



T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN  
ERGENLER VE SAĞLIKLI KARDEŞLERİNİN;  
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, PSİKOLOJİK  
DAYANIKLILIK VE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER  
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Doktora Tezi**

Betül AKYEL

Madde Bağımlılığı Anabilim Dalı

İzmir  
2021

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN  
ERGENLER VE SAĞLIKLI KARDEŞLERİNİN;  
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, PSİKOLOJİK  
DAYANIKLILIK VE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER  
AÇISIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Betül AKYEL

Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ

Madde Bağımlılığı Anabilim Dalı  
Madde Bağımlılığı Doktora Programı

İzmir  
2021

## Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

(Adı Soyadı)

(İmza)

**Başkan** : Prof.Dr. ....

(Danışman)

**Üye** : Prof.Dr. ....

**Üye** : Prof.Dr. ....

**Üye** : Prof.Dr. ....

**Üye** : Prof.Dr. ....

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih: .....

## Önsöz

Önsöz bölümü, öğrencinin tez konusunun belirlenmesinden tezin tamamlanmasına kadar geçen süreci, -süreçle ilgili duygularını da katarak- “kendi çıktığı bir bilim yolculuğu” gibi ele alıp etken bir dil aracılığıyla okuyuculara aktardığı bölümdür. Teşekkür bölümü ile karıştırılmamalıdır.

Önsöz yazısının bittiği yerin sol alt kısmında şehir adı ve tarih, sağ alt kısmında ise yazar adı bulunmalıdır.

İzmir, 10.08.2021

Adı SOYADI

## Özet

### **Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenler ve Sağlıklı Kardeşlerinin; Çocukluk Çağı Travması, Psikolojik Dayanıklılık ve Yürütücü İşlevler Açısından Değerlendirilmesi**

Özet 500 kelimeyi geçmeyecek şekilde olmalıdır. Özet yazısının hemen altında tezin başlığı mutlaka yazılmalıdır. Tezin amacı, yöntem, bulgular ve sonuç genel hatlarıyla verilmelidir. Özeti sonunda en az 3 en çok 6 anahtar kelime verilmelidir. Anahtar kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. Anahtar kelimeler öncelikle “Medical Subject Headings (MeSH)”e uygun olarak İngilizce belirlenmeli sonra Türkçe eşdeğerleri kullanılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler; ergenlik, madde kullanım bozukluğu, psikolojik dayanıklılık, çocukluk çağı travması,**

## **Abstract**

### **Thesis Title**

Abstract Türkçe zetin karşılığı olmalı, hemen altında tezin İngilizce başlığı mutlaka yazılmalıdır. Abstract metninin sonunda İngilizce en az 3 en çok 6 anahtar kelime (keywords) bulunmalıdır.

**Keywords;** adolescent,

## İçindekiler

Önsöz .....	II
Özet .....	III
Abstract .....	IV
İçindekiler .....	V
Tablolar Dizini.....	VI
Şekiller Dizini.....	VII
Grafikler Dizini .....	VIII
Kısaltma Listesi .....	VIII
Giriş .....	9
1.1. Araştırmanın Problemi.....	1
1.2. Araştırmanın Sorusu.....	1
1.3. Araştırmanın Hipotezleri .....	1
1.4. Araştırmanın Varsayımları .....	1
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	1
1.6. Araştırmanın Amacı .....	1
Genel Bilgiler .....	14
Gereç ve Yöntem .....	28
Bulgular .....	42
Tartışma .....	6
Sonuç ve Öneriler .....	25
Kaynaklar .....	27
Ekler .....	28
Teşekkür.....	9
Özgeçmiş .....	10

## **Tablolar Dizini**

Şekil tablosu ögesi bulunamadı.



## **Şekiller Dizini**

Şekil tablosu ögesi bulunamadı.

## Kısaltma Listesi

:  
:  
:  
:  
:  
:  
:  
:  
:

## Giriş

### Araştırmanın Konusu

Madde kullanım bozukluğunun, çok sayıda ve farklı psikopatoloji ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Ancak bunların ne oranda madde kullanıma ya da bağımlılığa neden olan predispozan risk faktörlerinden olduğu tartışma konusudur.

Yürütücü işlevlerde bozulma ve dürtüsellik madde kullanım sorunu yaşayan bireylerde oldukça yaygındır. Bu durumlar bağımlılığın predispozanı olabileceği gibi bağımlılığın neden olduğu bir komplikasyonu da olabileceği dizinde tartışılmaktadır (De Wit, 2009). Bu neden sonuç ilişkisi araştırılırken madde kullanım bozukluğu olan kişileri etkilenmemiş akrabaları ile birlikte incelemesi, önceden var olan ve bağımlılığa yatkınlık yaratan faktörlerin belirlenmesinin bir yoludur (Robbins ve ark., 2012).

Madde kullanım bozukluğunda aile bir risk faktörüdür. MKB sorunu olan kişilerin ailelerinde ve akrabalarında, genel topluma göre MKB görülme olasılığı sekiz kat fazladır (Merikangas ve ark., 1998). Bu durumda yürütücü işlevleri, MKB olan ergenler ve sağlıklı kardeşlerinde değerlendirmek bu işlevlerin bağımlılığın endofenotipi olup olmadığı konusunda bize bilgi sağlayacaktır. Dizinde dürtüsellüğün, madde kullanım bozukluğu riskine aracılık eden davranışsal bir endofenotip olduğunu gösteren yetişkinlerde yapılmış bir çalışma bulunmaktadır. (Ersche ve ark., 2010). Ancak bildiğimiz kadarıyla, yürütücü işlevleri daha genel hali ile değerlendiren ve MKB olan ergenler, sağlıklı kardeşleri ve kontrol grubunu birlikte karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır.

MKB'de yüksek riskli bir grup olarak kabul edilen aile üyelerinin, sorun yaşayan bireyle hem benzer bir genetik yapıya sahip olduğu hem de bireysel/ çevresel risk faktörlerini paylaşabileceği düşünülmektedir. Çocukluk çağı travmaları, alkol/madde kullanma riskini artıran önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. (Spinhoven ve ark., 2010). Bu çalışmada, çocukluk çağı travmalarının MKB olan ergenler ve kardeşlerinin arasında ne düzeyde benzerlik gösterdiği ve bunların kontrol grubundan ne düzeyde ayrıştığı değerlendirilmiştir.

Örseleyici yaşam deneyimleri ve travmalara rağmen, alkol ve maddeye yönelmeden sağlıklı kalabilmek sıklıkla psikolojik dayanıklılık ile ilişkilendirilmektedir. Psikolojik dayanıklılık, madde kullanım sorunları ve bağımlılık gelişimi açısından koruyucu bir özellik olarak görülmektedir. Psikolojik dayanıklılığı yüksek kişiler, etkin duygu düzenleme becerileri ve olumsuz duygulanıma toleransları ile madde kullanımından uzak kalabilmektedir. Ergenlerde yüksek psikolojik dayanıklılık, daha az madde kullanımı ve alkol sorunu ile ilişkilendirilmektedir (Weiland ve ark., 2012; Wingo ev ark., 2014). Bu çalışma içerisinde, MKB açısından önemli bir koruyucu faktör olarak kabul edilen psikolojik dayanıklılığın; MKB olan ergenler, sağlıklı kardeşleri ve kontrol grubunda değerlendirmiştir.

Psikolojik dayanıklılık, birçok farklı kişisel ve çevresel faktörü içinde barındıran çok boyutlu bir yapı olarak kabul edilmektedir (Feder ve ark., 2009). Bu çalışmada psikolojik dayanıklılık bu farklı boyutları içerecek şekilde değerlendirilmiştir. Psikolojik dayanıklılığın; zorluklarla baş edebilme becerisi yönü “mücadele azmi” alt boyutuyla, uyum sağlama becerisi yönü “uyum” alt boyutu ile incelenmiştir. Dayanıklılık açısından, önemli olumlu kişisel özelliklerden biri olan empati yapabilme becerisi ‘empati’ alt boyutu ile değerlendirilmiştir. Çevresel kaynakların dayanıklılığa olan katkısı ise ‘aile, okul ve arkadaş desteği’ alt boyutları ile ele alınmıştır. (Norman, 2000; Bulut ve ark., 2013).

MKB olan bireyleri, çocukluk çağı travmaları ve psikolojik dayanıklılık açısından değerlendirilen ve karşılaştıran çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalar sıklıkla yetişkinlik dönemindeki bireylerde yapılmıştır. Ergen grupta yapılanlar ise, MKB sorunu yaşayan gençler ile sağlıklı gençleri karşılaştıracak şekilde tasarlanmıştır.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada MKB tanısı alan ergenler, bu ergenlerin madde kullanımı olmayan kardeşleri ve sağlıklı kontrol grubunun çocukluk çağı travması, psikolojik dayanıklılık ve yürütücü işlevler açısından karşılaştırması amaçlanmıştır.

### **Araştırmanın Önemi**

Madde kullanım bozukluğunun, ailesel riskinin ve davranışsal endofenotip adaylarının saptanmasının ergenlik döneminde MKB sorunu yaşayan gençler ve benzer yaştaki kardeşlerini içerecek şekilde oluşturulduğu herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmanın bu dizaynı ile önemli bir boşluğu dolduracağı düşünülmektedir. Bağımlılığın erken dönem belirteçlerinin yetişkinlikten ziyade, ergenlik döneminde belirlenebilecek olmasının bağımlılığı önleme açısından büyük katkı sağlayabileceği inancındayız.

Madde kullanımı açısından ciddi bir risk grubu olan, MKB sorunu yaşayan ergenlerin kardeşlerinin değerlendirildiği mevcut çalışmalar oldukça azdır. Bu çalışma, sağlıklı kardeşleri yürütücü işlevler, çocukluk çağı travmaları ve psikolojik dayanıklılık açısından ayrıntılı bir biçimde değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme yapılırken kardeşlere ek olarak alınan sağlıklı kontrol grubu da üçlü karşılaştırma olanağı sağlaması ile çalışmanın gücünü artırmaktadır.

Bu çalışma; bir yandan MKB olan ergenleri, benzer yaştaki kardeşlerine ve sağlıklı gençlere göre madde kullanımına yatkın kılan özellikleri değerlendirirken diğer yandan sağlıklı gençleri madde kullanımından koruyan faktörleri de değerlendirilmiştir.

Çalışmadan elde edilecek tüm verilerin, ergen madde kullanım bozukluğu tanı, tedavi ve önleme çalışmaları açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

## **Hipotezler**

H1: MKB olan ergenler ve sağlıklı kardeşlerinde yürütücü işlevlerdeki bozulma kontrol grubundan daha şiddetlidir. Yürütücü işlevler madde kullanım bozukluğu açısından endofenotip adayı olabilir.

H2: MKB olan ergenlerde çocukluk çağı travması sağlıklı kardeşler ve kontrol grubuna göre daha fazla gözlenir. Çocukluk çağı travması olanlar madde kullanım bozukluğu açısından risk altındadır.

H3: Madde kullanımı olmayan kardeşler ve sağlıklı kontrol grubunda MKB olan ergenlere göre psikolojik dayanıklılık daha yüksektir. Psikolojik dayanıklılık madde kullanım bozukluğu açısından koruyucu bir faktördür.

## **Araştırmanın Varsayımları**

Araştırmada yer alan katılımcıların, ölçekleri ve görüşme sorularını yanıtlama esnasında samimi oldukları ve ciddiyetle gerçek yanıtları verdikleri varsayılmaktadır. Katılımcıların (özellikle sağlıklı kardeşlerin ve kontrol grubunun) madde kullanma ya da kullanmama durumlarına dair verdikleri bilgiler konusunda dürüst oldukları çalışmanın önemli varsayımları arasındadır.

Katılımcılar tarafından yanıtlanan ölçeklerin ise çocukluk çağı travmaları, psikolojik dayanıklılık ve yürütücü işlevleri yeterli ve uygun düzeyde ölçtüğü varsayılmaktadır.

## **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Örneklem sayısının düşük olması çalışmanın en belirgin kısıtlılıklarındandır. Çalışmaya alınma ölçütlerinde yer alan yaş aralığı değişkenin dar olması (13-19) ve aynı ailede benzer yaş grubunda MKB olan ve olmayan iki erkek kardeşin bulunma ihtimalinin düşük olması bu kısıtlılığın temel nedenidir.

Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı, sadece erkek madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde yapılmış olmasıdır. Bu durum sonuçların tüm MKB sorunu yaşayan ergenler için genellenmesini güç hale getirmektedir.

Çalışmanın kesitsel desende olması nedensellik ilişkisini kurmayı zorlaştıran bir başka kısıtlılık olarak kabul edilebilir. Örneklem sayısı artırılarak prospektif desende hazırlanacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

## Genel Bilgiler

### Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluğu

#### Tanım ve Sınıflandırma

Madde kullanımı, ergenlik döneminde sıkça rastlanan ve tüm dünyayı etkileyen bir sorundur. Madde kullanan gençlerin çoğu sorunlu kullanım düzeylerine ulaşmazken, bağımlılık sorunu yaşayan yetişkinlerin %90'ından fazlasının madde kullanımı ile ergenlik döneminde tanıştığı bilinmektedir (Casa, 2011). Erken başlangıçlı madde kullanımı; artan sağlık sorunları, akademik başarısızlık, şiddetli nörobilişsel bozulmalar ve psikososyal gelişim sorunlarını da beraberinde getirmektedir (Atherton ve ark.,2016).

Madde kullanımı olan ergenlerin (12-17 yaş) %5'nin ve genç yetişkinlerin (18-25 yaş) % 15'inin madde kullanım bozukluğu kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir (SAMHSA, 2016). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırması El Kitabı (DSM) ile madde kullanım bozukluğu tanısının sınırlarını çizmek mümkün olmaktadır. DSM'nin 2013 yılında yayınlanan beşinci baskısına (DSM-V) göre, madde kullanım bozukluğu tanısı koyabilmek için kişinin 12 aylık dönem içerisinde aşağıda verilen belirtilerin en az 2'sini karşılamış olması gerekmektedir. DSM-5 10 faklı madde grubu için değerlendirme içermektedir; 'Alkol, kafein, kenevir (kannabis), hallüsinojenler, uçucular, opiyatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, uyarıcılar (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar), tütün ve diğer maddeler (ya da bilinmeyen maddeler)' (APA, 2013).

- 1- Çoğu kez istenilenden daha fazla miktar ya da uzun sürelerde madde kullanımı
- 2- Madde kullanımını bırakmak ve kontrol altında tutmak için sürekli istek ya da sonuç vermeyen çabalar
- 3-Maddeyi temin etmek, madde kullanmak, maddenin yaratmış olduğu etkilerinden kurtulmak için gereken işlere çok fazla zaman ayrılması
- 4-Madde kullanmak için aşırı derecede bir arzu hissetme, kullanımına karşı kendinizorlanmış hissetme
- 5- Okul, iş, ev gibi alanların gerektiği sorumlulukları yerine getiremeyecek düzeyde, yineleyen bir biçimde madde kullanma



- 6- Madde kullanımının sebep olduğu ya da kullanım sonucu artan kişilerarası ve sosyal sorunlara rağmen madde kullanımını devam ettirme
- 7- Madde kullanımından dolayı toplumsal ve sosyal etkinliklerin ya da işle ilişkili etkinliklerin azaltılması veya tamamen bırakılması
- 8-Tehlike yaratabilecek durumlarda, tekrarlayan biçimde madde kullanılması
- 9-Madde kullanımının neden olduğu ya da artırdığı tekrar edici bedensel ve psikolojik sorunların bilinmesine rağmen madde kullanımının sürdürülmesi
- 10- Belirtilenlerden biriyle tanımlı olacak şekilde tolerans gelişimi:
- Aynı etkiyi elde edebilmek için daha yoğun madde kullanma ihtiyacı
  - Aynı miktarda madde kullanılmasına rağmen elde edilen azalmış etki
- 11- Belirtilenlerden biriyle tanımlı olacak şekilde yoksunluk gelişimi:
- Maddeye özgü yoksunluk bulguları yaşanması
  - Yoksunluk nedeniyle oluşan etkilerden kurtulma adına madde alınması

DSM 5 ile birlikte, MKB şiddeti belirlenebilmektedir. El kitabına göre; 2-3 arası tanı ölçütü karşılandığında ağır olmayan şiddette madde kullanım bozukluğu, 4-5 arası tanı ölçütünde orta şiddette madde kullanım bozukluğu, 6 ve daha üzeri tanı ölçütünde ise ağır düzeyde madde kullanım bozukluğu şeklinde sınıflandırılma yapılmaktadır. Ayrıca MKB geliştikten sonra en az 3, en fazla 12 ay boyunca tanı ölçütlerinin karşılanmaması (aşırı madde kullanma isteği dışında) durumu erken yatışma evresi, 12 ay ve daha uzun süre karşılanmaması (yoğun kullanma arzusu dışında) durumu ise sürekli yatışma olarak adlandırılmaktadır (DSM-5, 2013).

### **Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluğunun Yaygınlığı**

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi'nin (EMCDDA) 2018 raporunda; 1990'lardan itibaren madde kullanımının artışta olduğu, Avrupalı bireylerin yaklaşık olarak dörtte birinin yetişkinlik dönemine dek yaşam boyu en az bir defa madde kullanmış oldukları bildirilmektedir. Yine bu raporda; 15-34 yaş aralığındaki kişilerin en sık esrar olacak şekilde kokain, MDMA ve amfetamin kullandığı belirtildi. Esrar; hem madde kullanım bozukluğu sorunu yaşayan çocuk ve ergenlerin hem de bu sorunu olan

yetişkinlerin en sıklıkla kullandığı madde olarak öne çıkmaktaydı. EMCDDA raporunda; esrar yaşam boyu kullanım yaygınlığı 15-64 yaş aralığında %26.3 olarak saptandı. Maddeyi ilk deneme yaşına bakıldığında ise; sıklıkla ilk kullanımın 18 yaşından önce gerçekleştiği ve yaklaşık olarak 2 yıl sonrasında bu durumun ergenin ailesi ve yakınları tarafından fark edilebildiği bilinmektedir (EMCDDA, 2018).

Ergen bağımlılık merkezine başvuran olgular incelendiğinde, madde ilk deneme yaşı olarak 13.7-14.2 aralığı belirlenmiştir. Ergenin, madde kullanımının yarattığı sorun ile tedavi arayışı ise 16 yaş civarlarında gerçekleşmektedir. Gençler madde kullanımı ve yarattığı sorunlarla en fazla lise dönemlerinde yüz yüze gelmektedir. Tedavi birimine başvuran olgularda da yaşam boyu kullanım oranlarına benzer şekilde en sık kullanılan yasadışı maddenin esrar olduğu bildirilmiştir. Bu kişilerin yaklaşık olarak %70'inde, esrar kullanımına eşlik eden başka bir yasadışı madde daha olduğu belirlenmiştir (Yuncu Z ve ark., 2008).

2014 yılında İstanbul'da gerçekleştirilen, yaşları ortalama 16.54 olan 5750 lise öğrencisinin katıldığı bir çalışmada, tütün ve alkol dışında yaşam boyu herhangi bir madde kullanım yaygınlığı % 10 olarak bulunmuştur. Maddeler en az bir defa kullanma oranlarına göre ise; 'uçucu maddeler %4.9, benzodiazepin %3.8, esrar %2.9, kokain %0.6, eroin %0.4' olarak sıralanmaktadır (Evren ve ark., 2014).

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) tarafından 2019 yılında yayınlanan rapora göre, ülkemizdeki 15 yaş grubu öğrenciler arasında yaşam boyu madde kullanım oranı %1,5 olarak belirtildi (EMCDDA,2019). Mete ve arkadaşlarının 2020 yılında 14-18 yaş aralığındaki 1235 lise öğrencisiyle yaptığı bir çalışmada, sigara dışındaki bağımlılık yapıcı madde kullanma sıklığı ise %5 olarak bulunmuştur (Mete ve ark., 2020).

Yasal maddeler içerisinde yer alan tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı gençler arasında oldukça yaygındır. 2017 yılında gerçekleşen Küresel Gençlik Tütün Araştırmasının Türkiye sonuçlarına göre; lise öğrencilerinin % 17,9'unun bir tütün ürünü, % 7,7'sinin ise sigara içmekte olduğu belirlendi (KGTA,2017). Mete ve arkadaşlarının 2020 yılında 14-18 yaş aralığındaki 1235 lise öğrencisiyle yaptığı bir çalışmada, sigara içme oranı

%15,8 olarak bulundu. Bu çalışmaya göre gençlerde sigara kullanımı , başka bir madde kullanma riskini 8 kata kadar artırmaktadır (Mete ve ark, 2020).

### **Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluğunda Etiyoloji**

Ergen madde kullanım bozukluğunu anlamak için, bu sorunu çok boyutlu olarak ele almak gerekmektedir. MKB oluşumunun genetik ve çevresel etkilerin etkileşimlerinden oluştuğu bilinmektedir. Psikolojik özellikler, biyolojik etkenler, aile ve akran ilişkileri, okul durumu ergen MKB etiolojinde öne çıkmaktadır. Ergenlik döneminde birçok farklı faktör birleşerek, ergenin madde kullanım bozukluğu geliştirme riskini artırmaktadır. Madde kullanımı, genetik ve çevresel etkiler arasındaki karmaşık etkileşimlerden kaynaklanmaktadır (Ries ve ark., 2014).

Ailede bağımlılık sorunu yaşayan birinin varlığı ergende genetik yatkınlığa neden olmaktadır. Bununla birlikte, ergende çocukluk çağından itibaren başlayan özgül öğrenme güçlüğü, davranım bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresyon ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) varlığı MKB açısından önemli risk faktörleri arasındadır. DEHB olan ergenler, alkol/madde kullanımı ile daha erken yaşlarda tanışmakta ve MKB geliştirme riskleri daha yüksek olmaktadır (Levy ve ark., 2014; Tamar, 2008).

Yüksek yenilik ve heyecan arayışı, zarardan kaçınmama, sıkıntıya tahammülsüzlük gibi kişisel özelliklerin ergenlerde madde kullanımı ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (Wills ve Dishion, 2004). Yüksek dürtüsellik ve düşük zarardan kaçınma davranışı, alkol ve madde kullanma ihtimalini artırmaktadır. Ödülle duyarlılık, ödül arayışı, yüksek aktivite düzeyi ve dışadönüklük MKB ile ilişkilendirilen diğer kişisel faktörler arasında yer almaktadır (Evren, 2004). Duygusal değişkenlik, benmerkezci davranışlar, stres karşısında kontrolsüz tepki eğilimi, kişilerarası ilişkilerde öfkeli ve manipülatif, grandiyözite MKB açısından riskli kişilik özellikleri olarak görülmektedir (Başay ve ark., 2016).

Aile özellikleri ile ebeveynlerin davranış, tutum ve yaklaşımları ergenlerde madde kullanımı ile yakından ilişkidir. Parçalanmış aile yapısı, ailede ekonomik sorunlar ve yetersiz duygusal destek, aile içi şiddet ergenlerde madde kullanımı açısından risk oluşturmaktadır. Çocuklukta yaşanan olumsuz yaşam olayları ve çocukluk çağı travmaları ergenlik ve yetişkinlikte MKB riskini arttırmaktadır (Enoch, 2011) Çocukluk döneminde madde kullanımına maruz kalmak, ergenlik dönemi için risk oluşturmaktadır. Aile içerisinde alkol kullanım sorunu olan bir ortamda yetişmiş olan ergenlerde in madde kullanım sorunu yaşama olasılığı yaklaşık olarak iki kat artmaktadır. (Kilpatrick ve ark.,2000).

Ergenlerde madde kullanımı açısından risk oluşturabilecek çevresel faktörler arasında akran ve yaşanan semt özellikleri bulunmaktadır. Akranların fikir ve davranışlarının ergen için önem kazandığı bu dönemde, madde kullanan arkadaşın varlığı maddeyi deneme ve kullanımı sürdürme açısından ciddi bir risk faktörü olarak kabul edilir (Gutierrez ve Sher, 2015). Yaşanılan bölge ya da mahalle, ergenin madde kullanımı üzerinde etkilidir. Düşük sosyoekonomik düzey ve madde ulaşılabilirliğinin kolay olduğu bir bölgede yaşamak ergenin madde kullanma ihtimalini yükseltmektedir. Madde kullanımına yönelik olumlu algı ve yaşanan bölgede kullanımın onay görmesi de kullanım oranlarını artırmaktadır. Madde kullanımının olağan karşılandığı toplumlarda yetişenler madde kullanımı açısından risklidirler ( Keyes ve ark., 2016;;Zolkoski ve Bullock, 2012).

Tüm bu risk faktörlerine rağmen birçok ergen madde kullanmamakta ya da bağımlılık geliştirmemektedir. Riskli davranışların gelişmesi için savunmasız kabul edilebilecek bir zaman olan ergenlikte, MKB için ortam hazırlayacak faktörler olduğu gibi, kullanımı engelleyen koruyucu faktörler olduğu da açıktır. Ergen MKB tanı ve tedavisi için tüm bu faktörlere bütüncül olarak yaklaşmak gerekmektedir (Enoch,2011).

Madde kullanımı ve mizaç özellikleri arasında bir ilişki olduğu açıktır. Örneğin; görev yönelimli, dikkatini bir göreve kolayca odaklayabilen, görevi tamamlama ve takibini yapılan kişiler madde kullanımına daha az yönelmektedir. Olumlu duygusallık, başkalarından olumlu tepkiler alabilme, olumlu ruh halini deneyimleyebilme gibi mizaç

özellikleri de madde kullanımı ile ters yönlü olarak ilişkilendirilmektedir. Öz denetim becerileri gelişmiş ergenler, kendini kontrol edebilme ve davranışlarını denetleyebilme becerisi ile madde kullanımından uzak kalabilmektedir (Wills ve ark., 2000).

Aile içi etkili iletişim, sıcak ve sevecen tutum, yeterli gözetim ve denetim ergenlerde madde kullanımı açısından koruyucu aile özellikleri arasında yer almaktadır. Aile içinde belirlenmiş net kuralların olması ve bu kuralların tutarlı bir biçimde uygulanması ergenleri madde kullanımı ve diğer riskli davranışlardan korumaktadır. Ebeveyn izlem ve denetimi çocuk ve ergenler açısından en önemli koruyucu faktörlerdendir. Ergenin ailesi tarafından destek ve kabul görmesi alkol/madde kullanma riskini azaltmaktadır (Hawkins ve ark. 1992; Hemovich ve ark., 2011; Piko ve Kovács, 2010).

Ergenlerin alkol/madde kullanmasında okul durumu ve başarısının da belirleyici bir rolü bulunmaktadır. Yapılan birçok çalışmada, yüksek akademik başarıdan ziyade ergenin kişisel kapasitesine uygun bir performansının olmasının madde kullanımı açısından koruyucu bir faktördür. Bunun yanı sıra olumlu okul ortamı ve öğretmen tutumu madde kullanım riskini azaltmaktadır. Gencin okul ortamında kendini mutlu ve güvende hissetmesi, sorunları hakkında öğretmeninden destek alabilmesi okul bağlılığını artırmakta ve kendisini korumasına katkı sağlamaktadır. (Oman ev ark., 2004; Trujillo ve ark., 2019; Piko ve Kovács, 2010).

### **Çocukluk Çağı Travması**

Çocukluk çağı travması, 0-18 yaş dönemindeki çocukların fiziksel ve psikolojik bütünlüğünü tehdit eden, yaşamlarını tehlikeye sokan istismar ve ihmal davranışlarının tümünü kapsayan bir kavramdır. İstismar ya da ihmal, yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen, çocuğun gelişimini sekteye uğratan uygunsuz eylem ve eylemsizlikler olarak tanımlanmaktadır. (Çelik ve Hocaoğlu, 2018; Taner ve Gökler, 2004). DSÖ'nün istismar tanımlaması, 'yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen tüm davranışlar' şeklindedir. İhmal, çocuğun gelişimini ve refahını sağlamak için gerekli koşulların çocuğa bakmakla yükümlü kişi tarafından yerine getirilmemesidir. İstismar; fiziksel, duygusal ve cinsel

olmak üzere üç alt başlık, ihmal ise fiziksel ve duygusal olmak üzere iki alt başlık altında değerlendirilmektedir (Butchart ve ark., 2006; Şar,1997).

**Fiziksel istismar**, çocuğun beden bütünlüğüne zarar veren kasıtlı eylemlerdir. Bir kazaya bağlı olmadan çocuğun yaralanması veya yaralanma riski taşıması fiziksel istismar kapsamındadır. Sıklıkla anne-baba ya da çocuğa bakım veren kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir. (Kaplan ve ark., 1999; Acehan ve ark., 2013) 1807 öğrencinin katılımı ile 2008 yılında yapılan bir çalışmada gençlerin %22.8'inin fiziksel istismara maruz kaldığı, %17.2'sinde fiziksel istismarın ana-baba tarafından gerçekleştirildiği saptanmıştır (Bülbül ve ark., 2008). Çocukta sıkça karşılaşılan ve açıklanamayan morluklar, yanıklar ve yara izleri fiziksel istismar şüphesi yaratan önemli bulgulardır. Tokat atmak, sarsmak, boğazını sıkmak, tekmelemek, zehirlemek, yakmak gibi tüm zarar verici davranışlar fiziksel istismar örnekleridir (Tıraşçı ve Gören, 2007).

**Cinsel istismar**, bir çocuğun yetişkin tarafından cinsel eylemlere dahil edilmesidir. Çocuğun cinsellik içeren eylemlere maruz bırakılması ve bu durumlara göz yumulması cinsel istismar olarak değerlendirilmektedir (Aktepe, 2009). Cinsel istismar, DSÖ (2006) tarafından bilinçli bir biçimde rıza verebilecek gelişimsel kapasiteye ulaşmamış çocuğun toplumun normlarına ve yasalarına aykırı bir biçimde yetişkinler tarafından tehdit ya da kandırma yoluyla cinsel aktivitelere dahil edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Butchart ve ark., 2006; Johnson, 2004). Cinsel istismar; dokunma, penetrasyon, teşhircilik, cinsellik içeren konuşmalara maruz bırakmak, çocuğa yönelik sözel tacizde bulunmak, röntgencilik, çocuğa cinsel içerikli görüntü ve filmler seyrettirmek, fuhuşa zorlamak gibi farklı şekillerde gerçekleşebilir (Howe, 2005; Topbaş, 2004). Cinsel istismar yaygınlığı verileri; bildirilmemesi, gizli tutulması, tespit zorluğu gibi nedenlerle farklılık göstermektedir. Gençlerin, kişisel bildirimlerinin geriye dönük olarak alındığı çalışmalar ile cinsel istismar yaygınlığının % 8 - %26 aralığında olduğu saptanmıştır (Friedrich ve ark., 2001; Aksel ve ark., 2015)

**Duygusal istismar**, çocuğun niteliklerinin kötülenmesi, toplum normlarına ters düşecek şekilde saldırganca davranılması ve çocuğun kapasitenin üzerinde taleplerde bulunulması yolu ile duygusal olarak zarara uğratılması şeklinde tanımlanabilir

(Butchart ve ark., 2006). Çocuğa küfretmek, azarlamak, alay etmek, korkutmak, kıyaslamak, küçük düşürmek, aşağılamak lakap takmak ya da çocuğun yaşına ve gelişimine uygun olmayan beklentilerde bulunmak duygusal istismar olarak kabul edilmektedir. (Acehan ve ark.,2013). Duygusal istismar oldukça yaygın olup, tanınması, fark edilmesi ve kanıtlanması güç bir istismar türüdür. Tek başına gözlenebileceği gibi sıklıkla diğer travma türlerine (fiziksel/cinsel) eşlik eden bir travma türü olarak bilinmektedir (Kara ve ark.,2004).

**İhmal**, çocuğun beslenme, korunma, barınma, giyim, sağlık ve eğitim gibi ihtiyaçlarının kaynaklar olduğu halde çocuğa bakım vermesi gereken kişiler tarafından yerine getirilmemesidir (Krug ve ark., 2002). İhmal, çocuğun temel ve duygusal ihtiyaçlarının sağlanmasındaki başarısızlıklardır. Çocuğuna fiziksel sağlığına, zihinsel ve sosyal gelişimine zarar vermektedir. İhmal duygusal ve fiziksel olarak iki alt başlık altında değerlendirilebilir. Fiziksel ihmal; çocuğun beslenme, sağlık, güvenlik, eğitim gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır. Duygusal ihmal ise çocuğun ilgi, sevgi, aidiyet gibi temel psikolojik ihtiyaçlarının giderilmemesidir. Çocukluk döneminde yaşanan ihmal de istismar kadar olumsuz etkiler yaratmaktadır (Hildyard ve Wolfe, 2002; Karasu ve Bilgen 2017)

### **Risk Faktörü Olarak Çocukluk Çağı Travması / ÇÇT ve MKB (?)**

Çocukluk çağı travmaları, bireyleri yaşam boyu fizyolojik, davranışsal, psikolojik ve bilişsel açıdan olumsuz yönde etkilemektedir. Çocukluk çağı travmaları ile birçok farklı psikiyatrik hastalık arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (Oral ve ark., 2016). Depresyon, anksiyete, duygudurum bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları, kişilik bozukluğu ve alkol/madde kullanım bozukluğu en sık rastlananlar arasındadır (Bülbül ve ark., 2013).

Çocukluk çağı travmasına maruz kalmak, alkol/madde kullanma riskini artırmaktadır. Erken dönemde yaşanan travmalar, yetişkinlikte olumsuz duygudurum, düşük benlik algısı, öfke ve saldırganlık yaratmaktadır. Bireyler olumsuz duyguları ile başa çıkmak adına alkol/madde kullanımına yönelebilmektedir (Stewart ve Conrod, 2003; Yüncü ve Akyel, 2018). Moran ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan 2131 lise öğrencisinin

katıldığı bir çalışmada, istismar öyküsü olmayan öğrencilerin %4.2'sinde madde kullanımı olduğu; istismar öyküsü olanlarda bu oranın belirgin biçimde artış gösterdiği bildirilmiştir. Duygusal istismara uğrayan lise öğrencilerinin %7.7'sinin, cinsel istismara uğrayanların %11,9'unun, fiziksel istismara uğrayanların %14.7'sinin, hem fiziksel hem cinsel istismar öyküsü olanların ise %37'sinin madde kullanımı olduğu saptanmıştır (Moran ve ark., 2004).

Yapılan çalışmalar, çocukluk çağı travması olan bireylerin alkol/madde ile daha erken yaşta tanıştığını ve bu kişilerin kullanım bozukluğu geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Oberleitner ve ark., 2015; Gutierrez ve Sher, 2015). Evren ve arkadaşları tarafından ülkemizde yapılan bir çalışmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %56 kadarının çocukluk çağı travması öyküsü olduğu belirlenmiştir (Evren ve ark.,2006).

Çocuklukta yaşanan travmanın yoğunluğu ve türü, MKB klinik görünümünü etkilemektedir. Travma miktarı arttıkça, çoklu madde kullanım ihtimalinin artabileceği bildirilmiştir (Enoch ve ark., 2010). Travma yoğunluğu arttıkça aynı zamanda, kişinin sigara ve alkol kullanımı miktarı artmakta, damar yoluyla madde kullanma riski yükselmektedir (Anda ve ark., 2006).

Çocukluk döneminde travma öyküsü olan MKB olgularında özkıyım girişimlerinin ve kendine zarar verici davranışların travma öyküsü olmayanlara göre daha yoğun olduğu belirtilmektedir. Bu olguların prognozları daha kötü seyretmekte ve tedaviye uyumları daha düşük olmaktadır. Travma öyküsü olan MKB olguları, tedaviyi sürdürmekte sorun yaşamakta, sıklıkla tedaviden erken ayrılmaktadır (Schäfer ve ark., 2000; Evren ve ark., 2003).

### **Psikolojik Dayanıklılık**

Bireyler yaşam boyu birçok travmatik durum ya da zorlu yaşam olayı ile karşılaşabilmektedir. Bazıları bu durumlar karşısında psikopatoloji geliştirirken, bazıları sağlığını koruyabilmektedir. Zorlu yaşam olaylarına hızla adapte olabilen ve travmatik deneyimlerle başa çıkan bireylerdeki önemli ortak özelliklerden biri psikolojik dayanıklılıktır (Masten, 2001).



Psikolojik dayanıklılık, dilimize “resilience” kelimesinden aktarılmıştır. ‘Resilience’; bir maddenin elastik olması ve önceki iyi olma haline kolayca dönebilmesi, esneklik anlamına gelmektedir. (Masten, 1994). Bu kavram ulusal yazında, ‘kendini toparlama gücü’, ‘psikolojik sağlamlık’, ‘yılmazlık’ ve ‘psikolojik dayanıklılık’ gibi farklı şekillerde kullanılmaktadır. Basım ve Çetin tarafından 2011 yılında yapılan bir çalışmada, dilimizde ‘resilience’ kavramını en iyi açıklayan karşılığın “psikolojik dayanıklılık” olduğu ifade edilmiştir. (Basım ve Çetin, 2011).

Psikoloji literatüründe, içinde ortak noktalar barındıran birçok farklı psikolojik dayanıklılık tanımı bulunmaktadır. Kobasa’ya (1979) göre, stresli yaşam olayları ile karşı karşıya kaldığında kendini kolayca toparlayan bireylerin ortak bir kişilik özelliğidir. (Kobasa, 1979). Masten ve arkadaşları (1990) ise, karşı karşıya kalınan zorluklar sonucunda dayanıklılığı algılanan, fark edilen ve öğrenilen gelişimsel bir süreç olarak tanımlamıştır (Masten, 1990). Luthar (2000) dayanıklılığı, önemli zorluklara rağmen bireylerin adaptasyon gösterdiği dinamik bir süreç olarak görmektedir. (Luthar, 2000) Leipold ve Greve (2009) olumsuz koşullar altında bir bireyin istikrarını sürdürmesi ya da hızla iyileşmesi olarak kavramsallaştırmıştır (Leipold ve Greve, 2009). Rutter (2013) dayanıklılığı, bireylerin ciddi stres veya olumsuz deneyimler yaşamalarına karşın, aynı durumu yaşayan bireylerden görece iyi sonuçlar alabilmesi olarak tanımlamaktadır (Rutter, 2013).

Psikolojik dayanıklılığın, bir risk faktörü ile karşılaşılması durumunda ortaya çıktığı düşünülmektedir. Karşılaşılan olumsuz olaylar ve riskli durumlarda, birey var olan kişisel, bilişsel ve çevresel varlıklarını fark ederek geliştirme yönünde harekete geçer. Risk ve koruyucu faktörlerin bu etkileşimi psikolojik dayanıklılığın oluşmasına katkıda bulunmaktadır (Masten, 2011). Psikolojik dayanıklılık, geliştirebilen dinamik bir süreçtir. Her bireyin bu süreci birbirinden farklı olabilir. Bireyler sorunlarının çözümüne faydalı olan davranış ve durumları öğrenerek kendi dayanıklılık yolculuklarını oluşturabilirler (APA, 2004).

Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler, baş etme becerileri gelişmiş, kendine kabul ve saygısı olan, duygularını denetleyebilen, yeni durumlara kolay uyum sağlayabilen bireylerdir. İyimserlik, maneviyat, iletişim becerileri, bilişsel esneklik, mizah yeteneği,

sakin mizaç, empati ve sevecenlik psikolojik dayanıklılık ile ilişkili gösterilen kişisel özelliklerdir. (Luthar ve ark., 2000; Gürkan, 2006). Olumlu rol modellerin varlığı, sıcak aile ilişkileri, destekleyici okul ortamı ve ılımlı arkadaş ilişkileri gibi çevresel faktörlerin dayanıklılığın oluşmasında ya da artmasında önemli katkıları olmaktadır (Southwick ve ark., 2005).

### **Koruyucu Faktör Olarak Psikolojik Dayanıklılık / PD ve MKB (?)**

Psikolojik dayanıklılık, yaşanan zorluklar sonrasında psikopatoloji gelişmemesini ifade etmenin yanında, ruh sağlığı sorunlarının hızlı iyileşmesi sürecini de içermektedir. (Rutter, 2012). Son dönemde, olumsuz durumlar karşısında sağlığını koruyabilen bireylerin farklılıklarını ve kişinin sağlığını nasıl koruyabildiğini inceleyen çalışmalar ivme kazanmıştır. Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi, alkol/madde kullanım bozuklukları konusunda da psikolojik dayanıklılık öne çıkan bir kavramdır. Dayanıklılığı yüksek olan bireyler, öz denetim becerileri ve aile, okul gibi güçlü çevresel destekleri ile alkol/madde kullanımından uzak durmaktadırlar (Buckner ve ark., 2003).

Ergenlik döneminde psikolojik dayanıklılık ile madde kullanım bozukluğu arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. 13-18 yaş aralığındaki 7639 gencin katıldığı bir çalışmada, psikolojik dayanıklılığı yüksek olan katılımcılarda madde kullanım bozukluğu daha az rastlandığı bildirilmiştir (Skrove ve ark., 2013). Ülkemizde, 2019 yılında 862 lise öğrencisinin katılımı ile yapılan bir çalışmada da, benzer şekilde psikolojik dayanıklılık ile madde kullanım bozukluğu arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Tilim ve Murat, 2019). Psikolojik dayanıklılık düzeyi ile sigara kullanımı arasında da ilişki olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır. Goldstein ve arkadaşlarının 93 genç yetişkin ile yaptığı bir çalışmada, psikolojik dayanıklılık düzeyi artıkça tütün kullanımının azaldığı belirlenmiştir (Goldstein ve ark., 2013).

Çocukluk çağında travmatik yaşam öyküsü olan bireylerin yetişkinlikte madde kullanımını inceleyen çalışmalar, madde kullanımı olmayan bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Cadet, 2016). Çocukluk çağı travma öyküsü olan 2024 yetişkinin katıldığı bir çalışmada, psikolojik dayanıklılık

düzeyi yüksek olan travma mağduru kişilerin daha az alkol ve madde kullanımı olduğu belirlenmiştir (Wingo,2014).

### **Bağımlılıkta Endofenotip Yaklaşımı**

MKB multifaktöriyel ve çok genli katılımsal özellikler gösteren bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bu durumda, fenotip ile altta yatan genetik temel arasında doğrudan bir nedensellik ilişkisi kurmak güçleşmektedir. Psikiyatrik hastalıklarda etiyolojik modellemenin kurulmasına neden olan bu güçlüklerin giderilmesi için “endofenotip” yaklaşımı kullanılmaktadır (Flint ve Munafö, 2007).

Endofenotip; hastalığın genetiği ile ilişkili, doğrudan klinik görünümüne sebep olmayan ölçülebilir özellikler olarak tanımlanmaktadır. Endofenotipler, hastalığın genetik yükünü taşıdığı halde hastalanmamış kişiler ile hastalığı olan kişiler arasındaki ortak özelliklerdir. Bu özellikler, biyokimyasal, endokrinolojik, nörofizyolojik, nöroanatomik, nöropsikolojik, bilişsel veya davranışsal olabilir (Gottesman ve Gould, 2003). Bir özelliğin endofenotip adayı olarak sayılması için belirli ölçütleri karşılaması gerekmektedir. Belirlenen bu ölçütler; özelliğin kalıtılabilir olması, toplumdaki yaygınlığının hastalıkla bağlantılı olması, hastalığın klinik belirtileri görülmediğinde de saptanabilir olması, ailede hastalık ile aktarılabilir olması ve hastaların sağlıklı akrabalarında genel toplumdan daha sık görülmesi şeklindedir. (Leboyer ve ark., 1998) MKB etiyolojisinin anlaşılmasında endofenotiplerin aydınlatılmasının erken tanı ve müdahale açısından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

### **Endofenotip Adayı Olarak Yürütücü İşlevler**

Yürütücü işlevler; amaca ve geleceğe yönelik davranışlara rehberlik eden bir dizi üst düzey bilişsel süreci içermektedir. Karar verme, planlama, strateji geliştirme, akıl yürütme ve problem çözme gibi işlevler yürütücü işlevler başlığı altında yer alır (Suchy, 2009). Bu işlevler beynin bütünlüğüne bağlı olmakta birlikte, sıklıkla yürütücü işlevler beynin frontal lobuyla, özellikle prefrontal korteks ile ilişkilendirilmektedir (Anderson, 2002).

Yürütücü işlevler sıklıkla ketleme, çalışma belleği ve esneklik olmak üzere üç temel kapsamda incelenmektedir. Ketleme, hedefe ulaşmak için dikkat dağıtıcı etkileri ve

güçlü yatkınlıkları istemli biçimde engelleme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Miyake ve ark., 2000). Bu beceri ile dürtü ve alışkanlıkların etkisinden çıkıp hedeflenen işe odaklanabilmek mümkün olabilmektedir. Ketleme bireylere etkisiz ya da uygunsuz tepkileri durdurma ve tepkileri yeniden gözden geçirme şansı vermektedir (Barkley, 2011) Çalışma belleği, bilginin zihinde geçici olarak tutulması ve işlenmesini sağlamaktadır. Bilginin denetlenmesi, düzenlenmesi ve korunmasını sağlar. Akıl yürütme becerisi ile çalışma belleği yakından ilişkilidir. Geçmişte edilen bilgiler ile yeni gelen bilgileri ilişkilendirerek anlamlandırma ve öğrenme süreçlerini destekler. Esneklik, değişen koşullara göre görevler arası geçiş yapabilme ve tepki değiştirebilme becerisidir. Kurulumu değiştirebilme, gerektiğinde ilgisiz bir görevden farklı bir göreve katılabilme yeteneğidir. Bireylerin değişime uyum sağlamaları, beklenmedik fırsatları değerlendirmeleri, hatalardan sonuç çıkarabilmeleri bilişsel esneklik aracılığı ile gerçekleşmektedir. Bu beceri sıklıkla kurulum ya da kural değiştirme görevlerini içeren nöropsikolojik testler aracılığı ile ölçülür (Diamond, A. (2013); Stuss ve ark., 2000).

Kronik madde kullanımı ve yürütücü işlevlerdeki bozulmaların yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Özellikle yanıt inhibisyonu, dikkat, zihinsel planlama, çalışma belleği ve MKB arasındaki ilişkiyi gösteren birçok çalışma mevcuttur (Monterosso ve ark., 2005; Ersche ve ark., 2006) Yürütücü işlevler, kronik madde kullanımı sonucu bozulabilir ya da önceden var olan bozulmalar bireyleri bağımlılığa karşı savunmasız hale getirebilir (Beveridge ve ark., 2008). Bu bozulmanın yönünün anlaşılmasında endofenotip çalışmalarının katkısı olmaktadır. Bağımlılıkta endofenotip yaklaşımı, bireyleri bağımlılığa karşı savunmasız hale getiren bilişsel, duygusal ve kişilik belirteçlerini belirlemek için sıklıkla kullanılmaktadır. 2012 yılında Ersche ve arkadaşları tarafından uyarıcı kullanım bozukluğu olan 50 yetişkin, sağlıklı biyolojik kardeşleri ve sağlıklı kişilerde bilişsel işlevler ve kişilik özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada, bilişsel işlevde bozulmalar, yürütücü işlevlerde yaşanan sorunlar ve dürtüsellik uyarıcı bağımlılığı için endofenotip adayları olarak belirlenmiştir (Ersche ve ark., (2012)). Bilişsel işlevlerdeki değişimlerin, özellikle yürütücü işlevlerin alkol /madde bağımlılığı açısından önemli endofenotip adayları arasında olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Gierskive ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, birinci dereceden en az bir akrabasında AKB sorunu olan ve olmayan kişiler yürütücü işlevler açısından

değerlendirilmiştir. Aile öyküsü pozitif olan sağlıklı kişilerin inhibisyon ve set değiştirme süreçlerinde daha kötü performans sergilediği belirlenmiştir (Gierski ve ark., 2013). Yürütücü işlevlerdeki bozulmalar, bağımlılığın nörobilişsel endofenotipleri açısından önemli bir adaydır.

## **Gereç ve Yöntem**

### **Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma, MKB tanılı ergenler, onların sağlıklı kardeşleri ve sağlıklı gönüllülerin çocukluk çağı travması, psikolojik dayanıklılık ve yürütücü işlevler açısından değerlendirilmesine yönelik tek merkezden gerçekleştirilmiş kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

### **Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, Ocak 2019 –Mart 2020 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezinde gerçekleştirilmiştir.

### **Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne (EGEBAM) madde kullanım sorunu ile başvuran olgular, bu olguların sağlıklı kardeşleri ve sağlıklı ergenler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, 13-19 yaş aralığında MKB tanılı erkek olgular ve bu olguların aynı yaş aralığında madde kullanımı olmayan sağlıklı erkek kardeşlerinden oluşmaktadır. Araştırmanın kontrol grubunda madde kullanımı öyküsü olmayan sağlıklı erkek kardeşlere benzer yaşta sağlıklı ergenler yer almaktadır.

### **Örneklem Seçimi**

**Madde kullanım bozukluğu grubu;** EGEBAM'a başvuran ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre MKB tanısı almış 13-19 yaş aralığında, aynı yaş aralığında sağlıklı erkek kardeşi olduğu bilenen erkek olgulardan oluşturulmuştur. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) ile değerlendirilmiş ve DEHB dışında herhangi

bir psikopatoloji saptanmayan olgular çalışmaya alınmıştır. Eşik altı bulgular için ise Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) uygulanmış ve 60 puanın altında alan olgular gruba dahil edilmemiştir.

**Sağlıklı kardeş grubu;** MKB grubunun 13-19 yaş aralığındaki madde kullanım öyküsü olmayan erkek kardeşlerinden oluşturulmuştur. MKB grubundakine benzer şekilde eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, ÇDŞG-ŞY ile değerlendirilmiş ve eşik altı bulgular için ise ÇGDÖ uygulanmıştır.

**Kontrol grubu;** madde kullanım öyküsü olmayan, fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı 13-19 yaş aralığındaki erkek gönüllülerden oluşturulmuştur. Grubun oluşturulması aşamasında, yaş açısından sağlıklı kardeş grubuyla eşlenik biçimde ilerlemeye özen gösterilmiştir. Kontrol grubu olguları herhangi bir yakınmaları olmamasına rağmen ÇDŞG-ŞY ile değerlendirilmiştir. DEHB dışında tutularak herhangi bir psikopatolojisi saptanmadığında olgular gruba dahil edilmiştir. ÇGDÖ uygulanmış ve 60 puan üzerinde olması kriter olarak kabul edilmiştir.

### **Çalışmaya Alınma Ölçütleri**

#### Tüm gruplar

- ✓ 13-19 yaş arasında olmak
- ✓ Katılım onamı verebilecek bilişsel düzeyde olmak
- ✓ ÇGDÖ'den 60 puan ve üzerinde almak
- ✓ Kendisi ve ebeveynleri tarafından çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyor olmak

#### Madde kullanım bozukluğu grubu

- ✓ DSM 5 tanı ölçütlerine göre MKB tanısını almış olmak
- ✓ Son bir yıldır haftada en az 2-3 gün olacak şekilde yasadışı madde kullanıyor olmak
- ✓ 13-19 yaş aralığının madde kullanım öyküsü olmayan erkek kardeşe sahip olmak

- ✓ Son 24 saattir madde kullanmamış olmak
- ✓ ÇDŞG-ŞY 'e göre MKB ve DEHB dışında herhangi başka bir psikopatoloji saptanmamış olması

#### Sağlıklı kardeş grubu

- ✓ Alkol ve sigara dışında madde kullanım öyküsünün olmaması
- ✓ DSM 5' e göre MKB tanısı alan 13-19 yaş arası erkek kardeşinin olması
- ✓ ÇDŞG-ŞY 'e göre DEHB dışında herhangi başka bir psikopatoloji saptanmamış olması

#### Kontrol grubu

- ✓ Alkol ve sigara dışında madde kullanım öyküsünün olmaması
- ✓ MKB tanısı almış bir kardeşinin olmaması

### **Çalışmadan Dışlama Ölçütleri**

#### Tüm gruplar

- ✓ Çalışmaya katılım için ebeveynin onayının olmaması
- ✓ ÇGDÖ puanının 60'tan düşük olması
- ✓ Klinik düzeyde zeka geriliğinin olması
- ✓ Nörolojik hastalığının olması
- ✓ Görme ve işitme kusuru olması
- ✓ Renk körlüğü olması

#### Madde kullanım bozukluğu grubu

- ✓ Sağlıklı kardeşinin bulunmaması
- ✓ Son 24 saat içerisinde madde kullanmış olması
- ✓ ÇDŞG-ŞY 'e göre MKB ve DEHB dışında herhangi başka bir psikopatoloji saptanmış olması



- ✓ DSM 5 ölçütlerini karşılamayacak düzeyde madde kullanım öyküsünün bulunması

#### Sağlıklı kardeş grubu

- ✓ Alkol ve sigara dışında madde kullanım öyküsünün olması
- ✓ ÇDŞG-ŞY 'e göre DEHB dışında herhangi başka bir psikopatoloji saptanmış olması

#### Kontrol grubu

- ✓ Alkol ve sigara dışında madde kullanım öyküsünün olması
- ✓ MKB tanısı almış bir kardeşinin olması

### **Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; çocukluk çağı travması, psikolojik dayanıklılık düzeyi ve yürütücü işlevlerdir. Bağımsız değişken madde kullanımındır.

### **Veri Toplama Yöntemleri**

Veri toplamak için gerçekleştirilen uygulamalar iki oturum şeklinde gerçekleştirilmiştir. Uygulamalar, katılımcıların uygunluğu göz önünde bulundurularak aynı gün içerisinde ya da ortak karar ile belirlenen başka bir günde yapılmıştır.

Öncelikle çalışmanın belirtildiği tarih aralığında EGEBAM'a madde kullanım sorunu ile başvuran ve çalışmaya alınma ölçütlerini karşıladığı düşünülen olguların kardeş bilgileri ile alınmıştır. Ek olarak, geçmiş dönemde EGEBAM'a MKB sorunu ile başvurusu bulunan olguların dosyaları ayrıntılı bir biçimde taranmış ve kardeşi olanlar ile iletişime geçilmiştir. 13-19 yaş aralığında kardeş mevcut ise, bu kardeşler ebeveynlerinden biri eşliğinde çalışmaya davet edilmiştir. Kontrol grubu ise yaş, açısından MKB olgularının kardeşleriyle birebir eşlenik olacak şekilde kişisel ağlar ve hastane personelinin çevresi aracılığıyla ulaşılan sağlıklı ergenlerin gönüllü katılımı ile

oluşturulmuştur. Çalışmanın amacının ayrıntılı bir biçimde anlatılması ve olgu, kardeş, kontrol grubu ve ebeveynlerinden gönüllü onam formlarının alınmasının ardından uygulamalara geçilmiştir.

### Uygulama / I. Oturum

Gönüllü onam formlarının alınmasının ardından tüm katılımcılar Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) ile değerlendirilmiş ve Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) uygulanmıştır. DEHB dışında psikopatoloji saptanmayan olgular ile çalışmaya devam edilmiştir. Katılımcılar tarafımızdan hazırlanan sosyodemografik veri formlarını doldurmuştur. Bu sırada kendileri ile birlikte gelen ebeveynlerinden birinden Connors Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği'ni yanıtlamaları istenmiştir. İlk oturum içerisinde, diğer gruplardan farklı olarak sadece MKB grubu katılımcıları ile birlikte Bağımlılık Profil İndeksi Ergen Formu da doldurulmuştur. Bu aşamaların ardından, tüm katılımcılar öz bildirimine dayalı olan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'ni yalnız bir şekilde sessiz bir ortamda yanıtlamışlardır. Oturumun ilk aşaması yaklaşık 120 ila 150 dakika arasında tamamlanmıştır.

### Uygulama / II. Oturum

Uygulamanın ikinci oturumunda ise nöropsikolojik değerlendirmelere yer verilmiştir. Bu oturumda katılımcılara, Wisconsin Kart Eşleme Testi ve Raven Standart Progresif Matrisler Testi'nin uygulaması yapılmıştır. İki test katılımcıdan katılımcıya değişkenlik göstermekle birlikte yaklaşık 80 ila 100 dakika arasında tamamlanmıştır. WKET ve Raven test uygulamaları 'Türk Psikologlar Derneği' onaylı 'Nöropsikolojik Testler' eğitimine sahip araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

### **Kullanılan Gereçler**

**Sosyodemografik Bilgi Formu:** Olguların yaş, eğitim, yaşanılan yer, ekonomik durum, okul devam durumu, özel eğitim bilgileri, aile yapısı gibi bilgilerinin alındığı araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket formudur.

**Bağımlılık Profil İndeksi Ergen Formu (BAPİ-E):** Form ergenlerde bağımlılığın boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılığın şiddetini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ögel ve arkadaşları tarafından 2012 yılında geliştirilen bu form 25 soru ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler; madde kullanım özellikleri, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek ve motivasyon şeklindedir. Formun değerlendirilmesi, alt ölçeklerinin ayrı ayrı puanlanması ya da toplam puan hesabı şeklinde de yapılabilir. Alkol-madde kullanımı olduğu bilinen örneklerde uygulanmak için tasarlanmıştır. Bu nedenle çalışmamızda da yalnızca madde kullanımı bozukluğu olan grupta uygulanmıştır (Ögel ve ark., 2012).

**Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY):** Çocuk ve ergenlerde geçmişteki ve şimdiki psikopatolojileri saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (Kaufman, 1997). Uygulama üç bölüm şeklinde gerçekleştirilmektedir. Birinci bölümünde çocuğun genel sağlık durumu, okul bilgileri ve aile ilişkileri şeklinde genel bilgiler alınır. İkinci bölüm ise belirti ve davranışları değerlendiren tarayıcı soruları içermektedir. Bu tarama görüşmesinde pozitif bulgulara rastlandığında ek sorular sorulmaktadır. Anne-baba ve çocuğun kendisinden alınan bilgiler ile klinisyenin gözlemleri birleştirilerek değerlendirilmektedir. ÇDŞG-ŞY tanı konulan çocuk ve ergenlerde tanının varlığına dair bilgi verir, şiddeti belirlemez. Form; psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları, dışa atım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, tik bozuklukları ve yeme bozuklukları tanılarını belirlemektedir. Son bölüm çocuk ya da ergenin değerlendirilmenin yapıldığı dönemdeki işlevsellik düzeyini saptamaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Gökler).

### **Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ)**

ÇGDÖ, yetişkinlerde kullanılan işlevselliği ve hastalık şiddetini değerlendiren ölçeklerin çocuk ve ergen yaş grubu için uyarlanmış halidir. İşlevselliğin ve genel iyilik halinin

değerlendirmesini sağlayan ÇGDÖ, 10 bölümden oluşmakta ve 1-100 arasında puanlanmaktadır. Yüksek puanlar yüksek işlev düzeyine işaret etmektedir (Shaffer ve ark., 1983). ÇGDÖ'den 60 puan ve üzerinde almak çalışmamıza alınma kriterleri arasında yer almaktadır.

### **Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)**

Ölçek, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde istismar ve ihmal durumlarını niceliksel şekilde öz bildirime dayalı olarak değerlendirmektedir. Ölçeğin orijinal hali Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir. Çocukluk çağı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ile fiziksel ve duygusal ihmal olmak üzere 5 alt ölçek ve 28 maddeden oluşmaktadır (Bernstein ve ark., 1994). Farklı travma tiplerinin ayrı alt ölçekler ile değerlendirilmesine ve toplam travma puanının hesaplanmasına olanak tanır. Ölçek '1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Kimi zaman, 4=Sık olarak, 5=Çok sık' yanıt seçenekleri ile 5'li Likert tipindedir. Alt ölçek puanları 5-25, toplam travma puanı ise 25-125 arasında değişmektedir. Ölçekte üç madde travmanın inkârını ölçmektedir ve bu maddelerden alınan puanlar ölçek toplam puanını etkilememektedir (madde 11, 21 ve 25). Bu maddeler için ayrıca minimizasyon puanı hesaplanmaktadır. Minimizasyon maddelerine verilen sadece 'Çok sık' yanıtı 1 puan, diğer tüm yanıtlar ise 0 puan olarak sayılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Türkçe formun test-tekrar test güvenilirliği ve iç tutarlılık katsayısı yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada fiziksel ve cinsel istismar için 5 puanın, duygusal istismar ve fiziksel ihmal için 7 puanın, duygusal ihmal için ise 12 puanın kesme puanları olarak kullanılabilmesi bildirilmiştir. Toplam ölçek puanı için de bu sınır 35 olarak belirlenmiştir (Şar ve ark., 2012).

### **Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (EPDÖ)**

EPDÖ; Bulut ve arkadaşları (2013) tarafından ergenlerde psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi için geliştirilmiş öz bildirime dayalı ölçektir. 29 madde ve 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Yanıtlar "(1) Bana hiç uygun değil, (2) Bana uygun değil, (3)

Bana uygun, (4) Bana çok uygun” olacak şekilde 4’lü Likert tipindedir. Ölçekten alınan puanlar 29 ile 116 arasındadır. Ölçek maddelerinden 10’u (7, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 22, 23, 26) ters şekilde kodlanmaktadır (Tablo x.x). Ölçeğin genelinden alınan yüksek puanlar yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyini göstermektedir.

**Tablo 1. Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Ölçekleri**

<b>Alt Ölçekler</b>	<b>Maddeler</b>
Aile Desteği	1, 2, 3, 4, 8, 9, 12
Akran Desteği	24, 25, 27, 28, 29
Okul Desteği	10*, 11*, 17*, 22*, 23*
Uyum	5, 6, 7*, 13
Mücadele Azmi	14*, 15*, 16*, 18, 26*
Empati	19,20,21

EPDÖ’nün geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin toplam varyansın %56,99’nu açıkladığı ve Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısının 0.87 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgulara göre, ölçek ergenlerde psikolojik dayanıklılık düzeyini belirlemek için kullanılabilir ve geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır (Bulut ve ark., 2013).

### **Yenilenmiş Connors Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği – Uzun Form**

Connors Derecelendirme Ölçekleri, çocuk ve ergenlerdeki başta DEHB tanısına eşlik eden davranışlar ve diğer sorunlu davranışları belirlemek için kullanılan araçlardır. Bu

araçların ebeveyn, öğretmen ve ergenlerin kendi bildirimine dayalı oluşturulmuş uzun ve kısa formları bulunmaktadır. Bu çalışmada Connors Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği'nin uzun versiyonu kullanılmıştır. Ölçek 80 madde ve 14 alt ölçekten oluşmaktadır (Connors ve ark., 1998). Yenilenmiş formunun geçerlilik güvenirlik çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Ölçekte verilen farklı davranışların sıklığı anne/babalar tarafından son bir ay göz önünde bulundurularak “(0) Hiç doğru değil, (1) Biraz doğru, (2) Oldukça doğru, (3) Çok doğru” olarak derecelendirilmektedir. Alt ölçeklerden alınan yüksek puanlar, o alandaki sorunun şiddetinin yüksekliğine işaret etmektedir. Alt ölçekler sırasıyla ‘Karşı Gelme’, ‘Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik’, ‘Hiperaktivite’, ‘Kaygı-utangaçlık’, ‘Psikosomatik’, ‘DEHB İndeksi’, ‘Connors Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite’, ‘Connors Global İndeks-Duygusal Değişkenlik’, ‘Connors Global İndeks Toplam’, ‘DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik’, ‘DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik’, ‘DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam’ şeklindedir (Kaner ve ark., 2011).

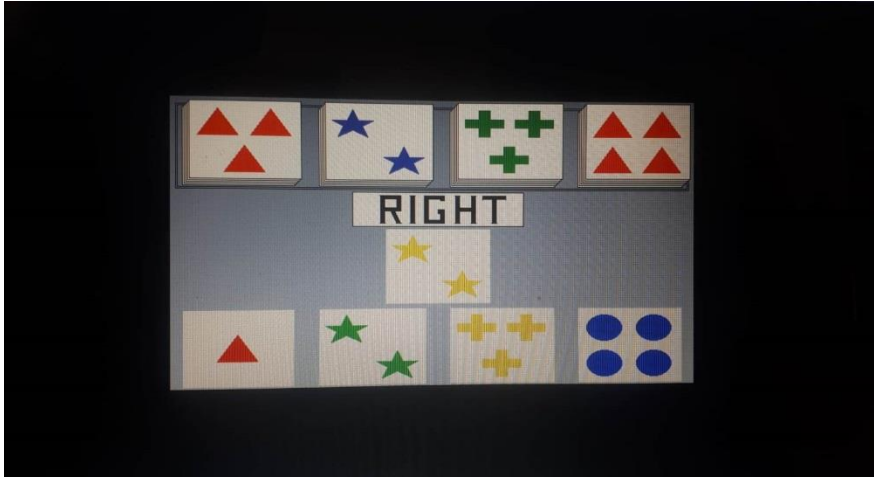
### **Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET)**

Test 1948 yılında Berg tarafından geliştirilmiş ve 1981 yılında Heaton tarafından son halini almıştır. Genişletilmiş ve geliştirilmiş El Kitabı ise 1993 yılında Heaton ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur (Heaton ve ark., 1993). WKET'nin Türkçe uyarlama çalışmaları Karakaş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ve BİLNOT-Çocuk bataryası testleri arasında yer almaktadır (Karakaş ve Doğutepe-Dinçer, 2011).

WKET bir frontal lob testi olarak bilinmekte ve yürütücü işlev testleri arasında ilk sıralarda bulunmaktadır. Literatüre birçok farklı ölçüm yaptığına dair görüş bulunurken, sıklıkla ‘ karmaşık dikkat, özellik belirleme, çalışma belleği, perseverasyon, soyut düşünme ve kavramsallaştırma’ gibi özellikleri ölçtüğüne dair fikir birliğine varılmıştır (Karakaş ve Doğutepe-Dinçer, 2011).

Testte 4 adet anahtar (uyarıcı) kart ve 64 adetlik iki kart destesinden oluşan tepki kartları yer almaktadır. Kartların her birinde farklı renk (sarı, kırmızı, mavi ve yeşil) ve sayıda

(bir, iki, üç ve dört) şekiller bulunmaktadır. Kullanılan şekiller; üçgen, daire, artı ve yıldızdır. Anahtar kartların dizilişi; '1 kırmızı üçgen, 2 yeşil yıldız, 3 sarı artı, 4 mavi daire' olacak şekilde standarttır. Katılımcıdan beklenen, kendisine verilen tepki kartlarını uygun şekilde anahtar kartlar ile eşlemesidir. Katılımcının her tepkisinden sonra yaptığı eşlemenin doğru ya da yanlış olmasına göre geribildirim verilmektedir. Katılımcı aynı kategori düzeyinde 10 adet doğru eşleme yaptığında, bir sonraki kategoriye geçilmektedir. Test, 128 tepki kartının tümü kullanıldığında ya da katılımcı tarafından 6 kategorinin doğru bir biçimde tamamlanması ile son bulmaktadır. Bu çalışmada WKET'nin bilgisayar uygulaması kullanılmıştır (Şekil x). Testte zaman sınırlaması yoktur.



**Şekil 1. Wisconsin Kart Eşleme Testi Bilgisayar Uygulaması**

WKET'e verilen yanıtlar ile 13 farklı puan hesaplanmaktadır (Tablo xx). BİLNOT-Yetişkin Bataryasında ve orijinal formunda yer alsa da WKET12 ve WKET 13 çocuk örnekleminde güvenilir sonuç vermemiştir. Bu nedenle diğer puanlar açısından çocuk ve ergenler için norm değerleri hesaplanırken, bu iki puana yer verilmemiştir (Karakaş ve Doğutepe-Dinçer, 2011). Bu çalışmada VKET2, VKET3, VKET4, VKET5, VKET6, VKET7, VKET8, VKET9, VKET11 puanları değerlendirmeye alınmıştır.

**Tablo 2. Wisconsin Kart Eşleme Testi Puanları ve Kısaltmaları**

<b>Kısaltmalar</b>	<b>Puanlar</b>
WKET1	Toplam tepki
WKET2	Toplam yanlış
WKET3	Toplam doğru
WKET4	Tamamlanan kategori
WKET5	Perseveratif tepki
WKET6	Perseveratif hata
WKET7	Perseveratif olmayan hata
WKET8	Perseveratif hata yüzdesi
WKET9	İlk kategoriye tamamlamada kullanılan tepki
WKET10	Kavramsal düzey tepki
WKET11	Kavramsal düzey tepki yüzdesi
WKET12	Kurulumu sürdürmede başarısızlık
WKET13	Öğrenmeyi öğrenme



## **Raven Standart Progresif Matrisler Testi (RSPMT)**

Testin ilk hali Raven, Court ve Raven tarafından 1938 yılında oluşturulmuş ve 1947 ve 1956 yıllarında değişimlere uğramıştır. RSPMT; Raven Progresif Matrisler'in diğer iki alt testi olan İleri Progresif Matrisler ve Renkli Progresif Matrisler testlerine göre en yaygın olarak kullanılanıdır. RSPMT'nin Türkçe geçerlik, güvenilirlik ve norm çalışmaları gerçekleştirilmiştir ve BİLNOT-Çocuk bataryası testleri arasında bulunmaktadır (Karakaş ve Doğutepe-Dinçer, 2011).

RSPMT sözel yetenek ve akademik başarıdan etkilenmeden irdeleme ve düzenli düşünme yeteneğini ölçmesi nedeniyle bir 'genel yetenek testi' olarak kabul edilmektedir. Test analitik zekanın yanında, problem çözüme, soyutlama, zihinsel beceri hızı ve görsel-mekansal algı yeteneğini de ölçmektedir. Dilden, motor becerilerden bağımsız olması ve sosyoekonomik düzeyden diğer testlere göre oldukça az etkileniyor olması testin farklı gruplarda kullanımını yaygınlaştırmaktadır (Raven, 2000).

Testte zorluk derecesi giderek artan 60 adet soru bulunmaktadır. Katılımcı verdiği her doğru yanıt için 1 puan, yanlış yanıt için ise 0 puan almaktadır. 60 adet soru, test içerisinde 12'ser maddelik 5 set halinde verilmektedir. Her sette katılımcıdan beklenen anlamsız şekilleri kavraması, belirlenmiş olan ilişkiler sistemini algılayabilmesidir. İlk iki sette katılımcı yanıtları 6 seçenek, diğer setlerde ise 8 seçenek arasından yanıtlamaktadır. Her setin zorluk derecesi birbirinden farklı şekilde oluşturulmuştur. Testin uygulaması bireysel ya da grup şeklinde yapılabilir. Testte zaman sınırlaması bulunmamaktadır (Raven, 2003). Uygulamanın, eğitimli bir uygulayıcı tarafından katılımcı ile karşılıklı olarak buldukları sessiz bir odada gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Çalışmamızda, uygulamalar önerilen şekli ile bireysel olarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların verdiği yanıtlar Raven Kayıt Formu'na kaydedilmiştir (EK x).

## **Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri**

Veriler SPSS Paket Programı 22.0 sürümü kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı değişkenler; ortalama, yüzde, standart sapma, ortanca ve minimum, maksimum değerleri kullanılarak sunulmuştur. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunun değerlendirmesi için Shapiro Wilk Testi ile yapılmıştır. Normal dağılıma uyanlarda İki Ortalama Arasında Farkın Önemlilik Testi ve Tek Yönlü ANOVA Testi kullanılmış, normal dağılım göstermeyen veriler ise Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi ile değerlendirilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiler, normal dağılım gösteren verilerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılıma uymayan verilerde ise Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0,05$  değeri kabul edilmiştir.

## **Süre ve Olanaklar**

- ✓ Eylül 2018 - Aralık 2018; Literatür taraması ve tezin yönteminin ayrıntılı biçimde oluşturulması
- ✓ Ocak 2019 - Mart 2020; Uygun örneklemin bulunması ve uygulamaların gerçekleştirilmesi
- ✓ Nisan 2019 – Haziran 2019; EGEBAM dosyalarının tümünün geriye dönük taranması ve örnekleme uygun koşulları sağlayan olguların araştırmaya katılım için davet edilmesi
- ✓ Mart 2020 - Eylül 2020; Verilerin girişı tamamlanması, bulguların analiz edilmesi ve yorumlanması
- ✓ Eylül 2020 – Mart 2021; Tezin yazım süreci

## **Etik Açıklamalar**

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna başvurulmuştur. Araştırma 7-7.2/11 nolu kurul kararı ile etik açıdan uygun bulunmuştur (EK X).

Araştırmaya katılan tüm olgular ve aileleri çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve kendilerinden gönüllü onam formları alınmıştır. Çalışma boyunca gönüllük ilkesine uygun hareket edilmiştir. Çalışmadan elde edilen verilerin anonim biçimde kullanılacağı ve gizliliğinin sağlanacağı katılımcılara bildirilmiştir.

## Bulgular

### 4.1. Örneklemin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya 27 MKB, 27 sağlıklı kardeş ve 27 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 81 olgu dahil edilmiştir. Araştırmada yer alan tüm olgular erkektir. Yaşları 13- 19 arasında olan olguların yaş ortalaması  $16,01 \pm 1.840$  'tır. MKB grubunun yaş ortalaması  $17 \pm 1.074$ , sağlıklı kardeşlerinin  $15,52 \pm 2.007$  ve kontrol grubunun yaş ortalaması  $15.52 \pm 1,929$  yıldır. Sağlıklı kardeşler ve kontrol grubu yaş açısından eşlenik olarak oluşturulduğundan, MKB ve sağlıklı kardeşleri arasındaki yaş ortalaması farklılığına bakıldı. Gruplar arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p=0,002$ ) (Tablo 3).

**Tablo 3. Katılımcıların Yaş Ortalamaları**

	MKB			Kardeşler			Kontrol		
	Ort.	SS	Medyan	Ort.	SS	Medyan	Ort.	SS	Medyan
Yaş	17	1.074	17	15,52	2.007	16	15.52	1,929	16
U				187,50					
P				0,002					

P: Mann-Whitney U Test

Çalışmaya alınan olguların ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu değerlendirilmiştir. MKB grubuna bakıldığında katılımcıların; % 48,1 (n=13) birinci çocuk, %37 (n=10) ikinci çocuk, %11,1 (n=3) üçüncü çocuk ve %3,7 (n=1) dördüncü çocuk olduğu belirlenmiştir. Kardeşler grubunun %18,5 (n=5) birinci çocuk, %55,6 (n=15) ikinci çocuk, %22,2 (n=6) üçüncü çocuk ve %3,7 (n=1) dördüncü çocuktur. Sağlıklı kontrol grubunda yer alan katılımcıların ise %55,6 (n=15) birinci çocuk, %37 (n=10) ikinci çocuk, %7,4 (n=2) üçüncü çocuktur. Sağlıklı kontrol grubunda yer alan katılımcılardan dört kardeş olan

bulunmamaktadır. Ailede kaçınıcı çocuk olduklarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,075) (Tablo 4).

**Tablo 4. Katılımcılar Ailede Kaçınıcı Çocuk**

	Ailede Kaçınıcı Çocuk							
	Birinci		İkinci		Üçüncü		Dördüncü	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>MKB</b>	13	48,1	10	37,0	3	11,1	1	3,7
<b>Kardeşler</b>	5	18,5	15	55,6	6	22,2	1	3,7
<b>Kontrol</b>	15	55,6	10	37,0	2	7,4	0	0
<b>P</b>	0,075							

P: Fisher's Exact Test

#### 4.2.1 Katılımcıların Aile Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan olgular aile, ebeveyn ve ev özellikleri açısından değerlendirilmiştir. Olguların annelerinin yaş ortalaması, MKB ve kardeşler grubunda  $40.52 \pm 4,458$  iken kontrol grubunda  $42.67 \pm 5.724$  şeklindedir. Babaların yaş ortalaması MKB/ kardeşler grubunda  $44.93 \pm 4,93$  ve kontrol grubunda  $47.19 \pm 6,731$  olarak bulundu. Gruplar arasında anne ve baba yaşları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,160; p=0,290) (Tablo 5).

**Tablo 5. Anne- Baba Yaş Ortalamaları**

	MKB			Kontrol			U	P
	Ort.	SS	Medyan	Ort.	SS	Medyan		
<b>Anne Yaş</b>	40,52	4,458	40	42,67	5,724	42	283,5	0,160
<b>Baba Yaş</b>	44,93	4,93	46	47,19	6,731	47	303,5	0,290

P: Mann-Whitney U Test

MKB ve sağlıklı kardeş grubundaki ergenlerin anne eğitim düzeyi; % 11,1 (n=3) okuryazar değil, %55,6 (n=15) ilkokul mezunu, %11,1 (n=3) ortaokul mezunu, %22,2 (n=6) lise mezunu şeklindedir. Kontrol grubundaki ergenlerin anne eğitim düzeyleri ise; %25,9 (n=7) ilkokul mezunu, %44,4 (n=12) lise mezunu ve %29,6 (n=8) üniversite mezunu şeklinde dağılım gösterdi. Anne eğitim düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0,05).

MKB ve sağlıklı kardeş grubundaki ergenlerin baba eğitim düzeyi; % 11,1 (n=3) okuryazar değil, %40,7 (n=11) ilkokul mezunu, %33,3 (n=9) ortaokul mezunu, %14,8 (n=4) lise mezunu şeklindedir. Kontrol grubundaki ergenlerin baba eğitim düzeyi ise; %22,2 (n=6) ilkokul mezunu, %14,8 (n=4) ortaokul mezunu, %44,4 (n=12) lise mezunu ve %18,5 (n=5) üniversite mezunu olarak dağılım gösterdi. Baba eğitim durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05) (Tablo 6).

**Tablo 6. Anne - Baba Eğitim Düzeyi**

Eğitim Düzeyi	Anne				Baba			
	MKB / Kardeşler		Kontrol		MKB / Kardeşler		Kontrol	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Okuryazar değil	3	11,1	0	0	3	11,1	0	0
İlkokul mezunu	15	55,6	7	25,9	11	40,7	6	22,2
Ortaokul mezunu	3	11,1	0	0	9	33,3	4	14,8
Lise Mezunu	6	22,2	12	44,4	4	14,8	12	44,4
Üniversite Mezunu	0	0	8	29,6	0	0	5	18,5
<b>P</b>	0,000				0,003			

P: Fisher's Exact Test

Örnekleminizdeki olguların ebeveynlerinin çalışma durumları değerlendirildiğinde; MKB ve sağlıklı kardeşler grubundaki annelerin %70,4'ü (n=19) çalışmadığını ve % 29,6'sı (n=8) çalışmakta olduğu bildirdi. Kontrol grubunda ise grubun %51,9'u (n=14) çalışmayan ve %48,1'ini (n=13) çalışan anneler oluşturmaktaydı. Gruplar arasında annelerin çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p=0,163).

MKB ve sağlıklı kardeşler grubundaki babaların %22,2'si (n=6) çalışmadığını ve %77,8'i (n=21) çalışmakta olduğunu bildirdi. Kontrol grubundaki babaların ise tamamı çalışmaktaydı (n=27). Baba çalışma durumunda gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı (p=0,023) (Tablo 7).

**Tablo 7. Anne - Baba Çalışma Durumu**

Çalışma Durumu	Anne				Baba			
	MKB / Kardeşler		Kontrol		MKB / Kardeşler		Kontrol	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	19	70,4	14	51,9	6	22,2	0	0
Çalışıyor	8	29,6	13	48,1	21	77,8	27	100
$\chi^2$	1,948 <sup>a</sup>							
<b>P</b>	0,163				<b>P</b> 0,023			

**P:** Pearson Ki-kare **P:** Fisher's Exact Test

Örneklemedeki olguların aylık gelir durumları; “0-3000 TL”, “3000-6000 TL”, “>6000 TL” arasında olacak şekilde kategorik olarak değerlendirildi. MKB ve kardeşler grubunun ortalama aylık gelirinin %48,1 (n=13) 3000TL ve altında, %40,7 (n=11) 3000 ile 6000TL arasında ve %11,1’inin (n=3) 6000TL ve üzerinde olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ise aylık gelir durumu; %22,2 (n=6) 3000TL ve altı, %51,6 (n=14) 3000 ile 6000TL arasında ve %25,9 (n=7) 6000TL ve üzerinde şeklindedir (Tablo 8). Gruplar arasında aylık gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,103).

**Tablo 8. Ailede Ortalama Aylık Gelir**

Ortalama Aylık Gelir	MKB / Kardeşler		Kontrol	
	n	%	n	%
0-3000 TL	13	48,1	6	22,2
3000-6000 TL	11	40,7	14	51,9
>6000 TL	3	11,1	7	25,9
$\chi^2$	4,539a			
<b>P</b>	0,103			

P: Pearson Ki-kare

Evde yaşayan kişi sayısı MKB ve sağlıklı kardeşler grubunda ortalama  $4,85 \pm 1,199$ ; kontrol grubunda  $3,89 \pm 0,751$  olarak belirlendi. Grupların toplam çocuk/kardeş sayısı; MKB ve kardeşlerinde  $3,04 \pm 0,980$  iken; kontrol grubunda  $2,04 \pm 0,537$  şeklindedir. Gruplar arasında evde yaşayan kişi sayısı ve toplam kardeş sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 9).



**Tablo 9. Toplam Çocuk ve Evde Yaşayan Kişi Sayısı**

	MKB / Kardeşler			Kontrol			U	P
	Ort.	SS	Medyan	Ort.	SS	Medyan		
Toplam çocuk sayısı	3,04	0,980	3	2,04	0,537	2	187,5	,000
Evde yaşayan kişi sayısı	4,85	1,199	5	3,89	0,751	4	160,0	,000

P: Mann-Whitney U Test

Grupların aile yapısı, evde yaşayan kişi sayısının yanında kimlerle yaşadığı şeklinde de değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucu; aynı evde öz anne ve baba ile yaşama durumu çekirdek aile, öz anne ve babanın bulunmaması durumunda ise parçalanmış aile şeklinde sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre MKB ve sağlıklı kardeşler grubunda grubun öz anne ve babasıyla yaşama oranı %77,8 (n=21) olarak bulundu. Kontrol grubunda öz anne ve babası ile yaşayanların oranı ise %88,9 (n=24) şeklindeydi. Gruplar arasında aile yapısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p=0,467) (Tablo 10).

**Tablo 10. Aile Yapısı**

Aile Yapısı	MKB / Kardeşler		Kontrol	
	n	%	n	%
Çekirdek Aile	21	77,8	24	88,9
Parçalanmış Aile	6	22,2	3	11,1
<b>P</b>	0,467			

P: Fisher's Exact Test

Madde kullanımında bir risk faktörü olması nedeniyle katılımcıların ailelerinde madde kullanım öyküsü değerlendirildi. MKB ve kardeşler grubunun ailelerinde %44,4 (n=12) oranında madde kullanım öyküsü var iken, %55,6'sında (n=15) madde kullanım öyküsü yoktu. Sağlıklı kontrol grubunun ailesinde ise madde kullanım öyküsüne rastlanmadı (%0; n=0). Ailedeki madde kullanım öyküsü açısından, MKB/Kardeşler ve sağlıklı grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0,001) (Tablo 11).

**Tablo 11. Ailede Madde Kullanım Öyküsü**

<b>Ailede Madde Kullanım Öyküsü</b>				
	<b>MKB/ Kardeşler</b>		<b>Kontrol</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Var	12	44,4	0	0
Yok	15	55,6	27	100
$\chi^2$	15,429a			
<b>P</b>	0,000			

P: Pearson Ki-kare

Çalışmaya katılan olguların ailelerinde psikiyatrik ve fiziksel hastalık olup olmadığı sorgulanmıştır. MKB/Kardeşler grubunun ailelerinin %40,7'sinde (n=11) psikiyatrik hastalık olduğu, %59,3'ünde (n=16) herhangi bir psikiyatrik hastalık olmadığı belirlendi. Sağlıklı kontrol grubunun ailelerinin %14,8'inde (n=4) psikiyatrik hastalık olduğu, %85,2'sinde (n=23) ise olmadığı saptandı. MKB ve kardeşler grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında ailede görülen psikiyatrik hastalık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p=0,033).

Katılımcıların ailesindeki fiziksel hastalık varlığı değerlendirilmiştir. MKB/Kardeşler grubunun %25,9'u (n=7) ailesinde fiziksel hastalık olduğunu, %70,4'ü (n=20) ise ailesinde fiziksel hastalık olmadığını bildirmiştir. Sağlıklı kontrol grubu; ailelerinin %11,1'inde (n=3) fiziksel hastalık olduğunu, %88,9'sinde (n=24) ise olmadığını bildirdi.

Ailede görülen fiziksel hastalık açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,513) (Tablo 12).

**Tablo 12. Ailede Psikiyatrik ve Fiziksel Hastalık Durumu**

	Ailede psikiyatrik hastalık				Ailede fiziksel hastalık			
	MKB / Kardeşler		Kontrol		MKB / Kardeşler		Kontrol	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	11	40,7	4	14,8	7	25,9	5	18,5
Yok	16	59,3	23	85,2	20	74,1	22	81,5
$\chi^2$	4,523a				0,429a			
<b>P</b>	0,033				0,513			

P: Pearson Ki-kare

#### 4.2.2 Katılımcıların Okul Özelliklerine İlişkin Bulgular

##### Okula Devam Etme

Çalışmaya alınan olguların okul özellikleri; okula devam etme durumu ve sınıf tekrarı olup olmadığı üzerinden değerlendirilmiştir. MKB grubundaki katılımcıların; % 70,4 (n=19) okulu bırakmış olduğu; %29,6'sının (n=8) ise okula devam ettiği belirlendi. Kardeşler grubunda ise %14,8 (n=4) oranında okulu bırakan ergen bulunurken, %85,2'sinin (n=23) okula devam ettiği saptandı. Kontrol grubunun ise tümü (%100; n=27) okula gitmeye devam eden katılımcılardan oluşmaktaydı. Kontrol grubundaki herhangi bir katılımcı okulu bıraktığını bildirmedi (%0; n=0). Okula devam etme durumu açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,01).

İkili karşılaştırmalara göre; MKB grubu ile kardeşleri ve MKB grubu ile kontroller arasında okula devam etme durumu açısından anlamlı farklılık saptandı (p=0,000).

Kardeşler ve kontrol grubu arasında okula devam etme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,111$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13. Katılımcıların Okula Devam Durumu**

Okul Durumu	MKB		Kardeşler		Kontrol	
	n	%	n	%	n	%
Devam ediyor	8	29,6	23	85,2	27	100
Bıraktı	19	70,4	4	14,8	0	0
<b>P</b>	0,000					
İkili Karşılaştırma						
	MKB-Kardeş		MKB-Kontrol		Kardeş-Kontrol	
<b>P</b>	0,000		0,000		0,111	

P: Fisher's Exact Test

### Sınıf Tekrarı

Katılımcıların okul özelliklerini değerlendirirken kullanılan bir diğer parametre sınıf tekrarı yapıp yapmadığı olmuştur. MKB grubunun % 25,9'u ( $n=7$ ) sınıf tekrarı yaptığını, %74,1'i ( $n=20$ ) herhangi bir sene kaybı yaşamadığını bildirdi. Kardeşler grubunda ise sınıf tekrarı yapan oran %11,1 ( $n=3$ ) iken, sınıf tekrarı yaşamayan oran %88,9 ( $n=24$ ) olarak belirlendi. Kontrol grubunda ise sınıf tekrarı yaşadığını bildiren bir katılımcı bulunmamaktaydı. Sınıf tekrarı yaşama durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,014$ )

İkili karşılaştırmalara göre; MKB ile kontrol grubu arasında sınıf tekrarı açısından anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,010$ ). MKB grubu ile kardeşleri ve kardeşler ile kontrol

grubu arasında ise sınıf tekrarı açısından anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0,161$ ;  $p=0,236$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14. Katılımcıların Sınıf Tekrar Durumu**

<b>Sınıf Tekrarı</b>						
	<b>MKB</b>		<b>Kardeşler</b>		<b>Kontrol</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Var	7	25,9	3	11,1	0	0
Yok	20	74,1	24	88,9	27	100
<b>P</b>	0,014					
<b>İkili Karşılaştırma</b>						
	<b>MKB-Kardeş</b>		<b>MKB-Kontrol</b>		<b>Kardeş-Kontrol</b>	
<b>P</b>	0,161		0,016		0,236	

P: Fisher's Exact Test

#### 4.2.3. Katılımcılarda Ek Psikiyatrik Komorbidite

Çalışmaya katılan olgular psikiyatrik ek tanı açısından ÇDŞG-ŞY ile değerlendirilmiştir. MKB, kardeşleri ve sağlıklı kontrol grubunda DEHB dışında yer alan ek psikiyatrik komorbidite olması durumunda katılımcılar çalışma dışında tutulmuştur. Bu nedenle psikiyatrik komorbidite varlığı her üç grupta da yalnızca DEHB üzerinden değerlendirilmiştir.

MKB grubundaki katılımcılarda %63 ( $n=17$ ) oranla MKB'ye eşlik eden DEHB saptandı. Kardeşler grubunun ise %25,9'unda ( $n=7$ ) DEHB gözlenirken, sağlıklı kontrol grubunda bu oran %18,5 ( $n=5$ ) şeklinde belirlendi. DEHB ek tanı sıklığı açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,01$ ) (Tablo 15).

Karşılaştırmalar ikili gruplar arasından yapıldığında, DEHB ek tanısı açısından MKB grubu ile kardeşleri arasında (p=0,006) ve MKB ile kontrol grubu arasında (p=0,001) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Kardeşler ile kontrol grubu arasında ise DEHB açısından farklılık saptanmadı (p=0,513).

**Tablo 15. Katılımcılarda DEHB Ek Tanı Varlığı**

<b>DEHB Ek Tanı</b>						
	<b>MKB</b>		<b>Kardeşler</b>		<b>Kontrol</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Var	17	63,0	7	25,9	5	18,5
Yok	10	37,0	20	74,1	22	81,5
$\chi^2$	13,321a					
<b>P</b>	0,001					
<b>İkili Karşılaştırma</b>						
	<b>MKB-Kardeş</b>		<b>MKB-Kontrol</b>		<b>Kardeş-Kontrol</b>	
<b>P</b>	0,006		0,001		0,513	

P: Pearson Ki-kare

#### **4.2.3. Katılımcıların Sigara Kullanımlarına İlişkin Bulgular**

Katılımcıların sigara kullanımları değerlendirilmiştir. MKB grubuna bakıldığında katılımcıların; % 92,6'sının (n=25) sigara kullandığı, %7,4'nün (n=2) ise kullanmadığı belirlendi. MKB grubunun kardeşlerinde ise sigara kullanan oran %33,3 (n=9) iken; sigara kullanmayan oran %66,7 (n=18) şeklindedir. Kontrol grubunda ise sigara kullananlar grubun %11,1'ni (n=3) oluştururken, sigara kullanmayanlar grubun %88,9'unu (n=9) oluşturmaktaydı. Sigara kullanımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0,001).

Sigara kullanımı açısından MKB grubu ile kardeşleri arasında ve MKB ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılık vardı (p=0,000). Kardeşler ile kontrol grubu ise sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmadı (p=0,050) (Tablo 16).

**Tablo 16. Katılımcıların Sigara Kullanımı**

<b>Sigara Kullanımı</b>						
	<b>MKB</b>		<b>Kardeşler</b>		<b>Kontrol</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kullanıyor	25	92,6	9	33,3	3	11,1
Kullanmıyor	2	7,4	18	66,7	24	88,9
$\chi^2$	38,609a					
<b>P</b>	0,000					
<b>İkili Karşılaştırma</b>						
	<b>MKB-Kardeş</b>		<b>MKB-Kontrol</b>		<b>Kardeş-Kontrol</b>	
<b>P</b>	0,000		0,000		0,050	

P: Pearson Ki-kare

#### **4.2.4. MKB Grubunun Madde Kullanım Özelliklerine İlişkin Bulgular**

##### **Madde Kullanımına Başlama Yaşı**

MKB grubundaki olguların madde kullanmaya başlama yaşları ortalama  $13,48 \pm 1,45$  (min 10 - max 16) olarak saptandı. Maddeyi düzenli olarak kullanım yılları ise  $3,26 \pm 1,53$  (min 1 – max 7) şeklindedir.

## Kullanılan Maddeler

Madde kullanım bozukluğu grubunda yer alan olguların yaşam boyu kullandıkları maddeler ve bunları hangi sıklıkla kullandıkları BAPİ-E ölçeğindeki ilk sorudan yararlanılarak değerlendirilmiştir. Buna göre MKB grubunda %100 (n=27) ile en sık kullanılan madde esrardır. Esrar kullanım sıklığı sırasına göre ekstazi %81,5 (n=22), akineton ve xanax gibi çeşitli haplar %55,6 (n=15), rohipnol ve rivotril gibi haplar %48,1 (n=13), taş %40,7 (n=11), amfetamin türevleri %33,3 (n=9), uçucular %33,3 (n=9), kokain %25,9 (n=7), eroin %14,8 (n=4) ve LSD benzeri halusinojenler %11,1 (n=3) takip etti (Tablo 17). Olguların şimdiki madde kullanımları değerlendirildiğinde; %11,1'i (n=3) sadece esrar kullandığını bildirirken, %88,9'i (n=24) çoklu madde kullandığını belirtti.

**Tablo 17. Yaşam Boyu Madde Kullanım Sıklığı**

Kullanılan Maddeler	MKB	
	n	%
Esrar	27	100
Ekstazi	22	81,5
Akineton, Xanax vb. Haplar	15	55,6
Rohipnol, Rivotril vb. Haplar	13	48,1
Taş	11	40,7
Amfetamin Türevleri	9	33,3
Uçucular	9	33,3
Kokain	7	25,9
Eroin	4	14,8
LSD, Benzeri Halusinojenler	3	11,1



## 4.2. Ölçeklerin Değerlendirilmesi

### Bağımlılık Profil İndeksi Ergen Formu (BAPİ-E)

BAPİ-E bağımlılık şiddetini ölçmek için kullanılan bir form olması nedeniyle yalnızca MKB grubundaki katılımcılara uygulanmıştır. Formdan elde edilen puanların ortalama ve standart sapma değerleri 5 alt ölçek ve toplam puan üzerinden ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Toplam puana bakıldığında, katılımcıların ortalama bağımlılık şiddeti puanı  $12.23 \pm 3.98$  olarak belirlendi. MKB grubunun BAPİ-E toplam puan ve alt boyut puanlarının ortalama değerleri ve standart sapmaları Tablo 18.'de sunulmuştur.

**Tablo 18. BAPİ Toplam ve Alt Ölçek Puanları**

BAPİ-E	MKB	
	Ort.	SS
Bağımlılık Şiddeti	12,23	3,98
Madde Kullanım Özellikleri	3,30	1,76
Tanı	12,93	5,05
Yaşam Üstüne Etkileri	15,52	5,39
Şiddetli İstek	2,33	1,18
Motivasyon	3,07	1,10

### Yenilenmiş Connors Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Uzun Form

Çalışmamızdaki tüm olgular DEHB benzeri bulguların ayrıntılı incelemesi için Connors Uzun Form ile değerlendirilmiştir. Gruplarımızın alt ölçeklerden aldığı ortalama puanlar Tablo 19.'da sunulmuştur.

**Tablo 19. Conners Alt Ölçek Puanları**

<b>Conners Ölçeği</b>							
	<b>MKB</b>		<b>Kardeşler</b>		<b>Kontrol</b>		<b>P</b>
	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	
<b>Karşı Gelme</b>	13,96	9,07	5,85	4,94	4,70	3,90	0,000
<b>Bilişsel Problemler</b>							
<b>Dikkatsizlik</b>	18,15	9,14	8,74	7,39	7,56	8,55	0,000
<b>Hiperaktivite</b>	11,04	7,28	3,93	4,65	2,22	3,31	0,000
<b>Kaygı / Utangaçlık</b>	4,15	3,88	4,37	3,26	3,11	3,50	0,262
<b>Mükemmeliyetçilik</b>	5,37	4,15	4,08	3,08	3,67	2,83	0,300
<b>Sosyal Problemler</b>	3,56	3,46	2,04	2,56	1,18	1,64	0,007
<b>Psikosomatik</b>							
<b>Yakınmalar</b>	4,07	2,99	2,93	2,93	2,00	2,76	0,008
<b>DEHB İndeksi</b>	17,44	9,10	8,15	6,78	7,41	8,43	0,000
<b>CGİ-Huzursuzluk</b>							
<b>İmpulsivite</b>	9,33	6,23	3,56	4,10	3,00	3,04	0,000
<b>CGİ-Duygusal</b>							
<b>Değişkenlik</b>	3,81	2,56	1,41	1,98	1,07	1,41	0,000
<b>CGİ Toplam</b>	13,15	8,30	4,96	5,69	4,07	4,18	0,000
<b>DSMIV-Dikkatsizlik</b>	12,67	6,74	5,89	4,36	5,30	6,13	0,000
<b>DSMIV-</b>							
<b>Hiperaktivite</b>	11,26	7,46	4,63	5,26	2,37	3,83	0,000
<b>Dürtüsellik</b>							
<b>DSMIV-Toplam</b>	23,92	13,07	10,52	8,98	7,67	8,66	0,000

P: Kruskal Wallis

Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle Conners alt ölçekleri Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Yapılan analizine göre “Karşı gelme”, “Bilişsel problemler-Dikkatsizlik”, “Hiperaktivite”, “Sosyal problemler”, “Psikosomatik”, “Dehb İndeksi”, “Huzursuzluk-İmpulsivite”, “Duygusal Değişkenlik”, “Global İndeks-Toplam”, “DSM4 Dikkatsizlik”, “DSM4 Hiperaktivite-Dürtüsellik”, “DSM4 Toplam” alt ölçeklerinin puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

Dunn-Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalara göre ise, “Karşı gelme”, “Bilişsel problemler-Dikkatsizlik”, “Dehb İndeksi”, “DSM4- Dikkatsizlik”, “DSM-4 Hiperaktivite-Dürtüsellik” alt ölçeklerinde MKB grubu ile Kardeşler ( $p=0,002$ ) ve MKB ile Kontrol grubu ( $p=0,000$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı.

“Hiperaktivite”, “Huzursuzluk-İmpulsivite”, “Global İndeks-Toplam” alt ölçeklerinde MKB grubu ile Kardeşler ( $p=0,000$ ) ve MKB ile Kontrol grubu ( $p=0,000$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. “Duygusal Değişkenlik” ve “DSM-4 Toplam” alt ölçeklerinde, MKB grubu ile Kardeşler ( $p=0,001$ ) ve MKB ile Kontrol grubu ( $p=0,000$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı.

“Sosyal problemler” alt ölçeğinde, MKB ile Kontrol grubu ( $p=0,005$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. “Psikosomatik” alt ölçeğinde, MKB ile Kontrol grubu ( $p=0,006$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı.

Conners alt ölçeklerinin ikili grup karşılaştırmalarında kontrol grubu ile kardeşler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

### **Çocukluk Çağı Travması Ölçeği (ÇÇTÖ)**

Örnekleminizde olguların çocukluk çağı travmaları ÇÇTÖ ile değerlendirilmiştir. Bu ölçekten alınan puanlar ile duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismarı ayrı ayrı değerlendirebilmektedir.

Ölçekten alınan toplam puana göre, MKB grubunun %51,9’unda ( $n=14$ ) en az herhangi bir türden çocukluk çağı travması olduğu belirlendi. Travmalar ayrı ayrı değerlendirildiğinde; %48,1 ( $n=13$ ) fiziksel istismar, %37 ( $n=10$ ) fiziksel ihmal, %37

(n=10) duygusal istismar, %33,3 (n=9) duygusal ihmal ve %14,8 (n=4) cinsel istismar olduğu saptandı.

Kardeşler grubunun %25,9'unda (n=7) en az herhangi bir türden çocukluk çağı travması olduğu belirlendi. Travmalar ayrı ayrı değerlendirildiğinde; %22,2 (n=6) fiziksel ihmal, %18,5 (n=5) fiziksel istismar, %14,8 (n=4) duygusal ihmal, %11,1 (n=3) duygusal istismar ve %3,7 (n=1) cinsel istismar olduğu saptandı.

Kontrol grubunun %14,8'inde (n=4) herhangi bir türden en az bir çocukluk çağı travması olduğu saptandı. Bu gruptaki travma türleri değerlendirildiğinde; %14,8 (n=4) fiziksel ihmal, %14,8 (n=4) fiziksel istismar, %11,1 (n=3) duygusal ihmal, %7,4 (n=2) duygusal istismar ve %3,7 (n=1) cinsel istismar şeklinde olduğu belirlendi (Tablo 20).

**Tablo 20. Katılımcılarda Çocukluk Çağı Travması ve Türleri**

<b>Çocukluk Çağı Travması</b>						
	<b>MKB</b>		<b>Kardeşler</b>		<b>Kontrol</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Var	14	51,9	7	25,9	4	14,8
Yok	13	48,1	20	74,1	23	85,2
<b>Çocukluk Çağı Travması Türleri</b>						
	<b>MKB</b>		<b>Kardeşler</b>		<b>Kontrol</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Fiziksel İstismar</b>						
Var	13	48,1	5	18,5	4	14,8
Yok	14	51,9	22	81,5	23	85,2
<b>Cinsel İstismar</b>						
Var	4	14,8	1	3,7	1	3,7
Yok	23	85,2	26	96,3	26	96,3

<b>Fiziksel İhmal</b>						
Var	10	37,0	6	14,8	6	22,2
Yok	17	63,0	21	85,2	21	77,8
<b>Duygusal İstismar</b>						
Var	10	37,0	3	11,1	2	7,4
Yok	17	63,0	24	88,9	25	92,6
<b>Duygusal İhmal</b>						
Var	9	33,3	4	14,8	3	11,1
Yok	18	66,7	23	85,2	24	88,9

Ölçek kategorik değerlendirilmesinin yanında alınan toplam puanda artış ile travma şiddetinde artış olduğuna dair yoruma da izin vermektedir. Grupların çocukluk çağı travmaları açısından farklılaşması ölçekten alınan toplam puanlar üzerinden değerlendirilmiştir. Puan ortalamaları ve medyan değerleri Tablo 21.'de sunulmuştur. Toplam puanlar değerlendirildiğinde, gruplar arasında çocukluk çağı travması varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ). Travma türleri açısından bakıldığında ise; gruplar arasında fiziksel istismar ( $p=0,003$ ), duygusal istismar ( $p=0,033$ ), duygusal ihmal ( $p=0,002$ ) açısından anlamlı farklılık vardı. Fiziksel ihmal ( $p=0,144$ ) ve cinsel istismar ( $p=0,194$ ) açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (Tablo 21).

**Tablo 21. Çocukluk Çağı Travması Ölçeği ve alt Ölçekleri Toplam Puanları**

<b>ÇÇTÖ Toplam ve Alt Ölçekleri</b>									
	<b>MKB</b>			<b>Kardeşler</b>			<b>Kontrol</b>		
	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Medyan</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Medyan</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Medyan</b>
<b>ÇÇTÖ Toplam</b>	40,30	13,13	36,00	32,07	6,47	30,00	30,78	6,07	29,00
<b>H</b>	14,606								
<b>p</b>	0,001								
<b>Fiziksel İstismar</b>	8,48	5,20	5,00	5,70	2,37	5,00	5,30	0,82	5,00
<b>H</b>	11,344								
<b>p</b>	0,003								
<b>Cinsel İstismar</b>	5,25	0,66	5,00	5,04	0,19	5,00	5,07	0,38	5,00
<b>H</b>	3,277								
<b>p</b>	0,194								
<b>Fiziksel İhmal</b>	7,41	2,65	7,00	6,26	1,40	6,00	6,15	1,46	6,00
<b>H</b>	3,875								
<b>p</b>	0,144								
<b>Duygusal İstismar</b>	7,89	4,00	7,00	6,00	1,62	6,00	6,07	1,73	6,00
<b>H</b>	6,845								
<b>p</b>	0,033								
<b>Duygusal İhmal</b>	11,26	3,74	11,00	9,07	3,30	9,00	8,19	3,14	7,00
<b>H</b>	12,005								

---

**p** 0,002

---

P: Kruskal Wallis

MKB grubunun çocukluk çağı travma toplam puanları kardeşlerinden ve kontrol grubundan daha yüksektir; düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda da bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p=0,020$ ;  $p=0,001$ ). Kardeşlerin ve kontrol grubunun çocukluk çağı travması toplam puanındaki farklılaşma ise istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,998$ ).

MKB grubunun fiziksel istismar puanları kardeşlerinden ve kontrol grubundan daha yüksektir; yapılan post hoc analizi ile de bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (sırasıyla  $p=0,018$ ;  $p=0,007$ ). Fiziksel istismar açısından kardeşler ve kontrol grubu arasında ise anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=1,000$ ).

Duygusal istismar açısından, MKB grubu diğer gruplara göre daha yüksek puanlar almıştır ancak ikili düzeltmeler bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını gösterdi (sırasıyla  $p=0,058$ ;  $p=0,088$ ). Kardeşler ve kontrol grubu arasında duygusal istismar puanları açısından anlamlı farklılık yoktu ( $p=1,000$ ).

Duygusal ihmal; üç grup arasında farklılık gösteren bir diğer alt ölçek idi. MKB grubu duygusal ihmal açısından diğer gruplardan yüksek puanlar aldı ve puanlar arasında yapılan ikili analizlerde bu farkın MKB ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p=0,002$ ). MKB ile kardeşleri ve kardeşler ile kontrol grubu arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmadı (sırasıyla  $p=0,064$ ;  $p=0,830$ ) (Tablo 22).

**Tablo 22.**

---

**ÇÇTÖ İkili Karşılaştırma**

---

		<b>MKB-Kardeş</b>	<b>MKB-Kontrol</b>	<b>Kardeş-Kontrol</b>
<b>ÇÇTÖ</b>	<b>H</b>	17,352	23,537	6,185
<b>Toplam</b>	<b>P</b>	0,020	0,001	0,998
<b>Fiziksel</b>	<b>H</b>	13,741	15,370	1,630

---

<b>İstismar</b>	<b>P</b>	0,018	0,007	1,000
<b>Duygusal</b>	<b>H</b>	14,241	13,259	0,981
<b>İstismar</b>	<b>P</b>	0,058	0,088	1,000
<b>Duygusal</b>	<b>H</b>	14,630	21,537	6,907
<b>İhmal</b>	<b>P</b>	0,064	0,002	0,830

P:Dunn-Bonferroni Post Hoc

### **Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (EPDÖ)**

Bu çalışmada psikolojik dayanıklılık EPDÖ ile değerlendirilmiştir. Bu ölçekten alınan puanlar toplam puan ve alt ölçeklerden alınan puanlar üzerinden hesaplanmıştır.

Grupların ölçekten aldığı toplam puanların ortalamaları Tablo X.'te sunulmuştur. Yapılan tek yönlü varyans analizine göre gruplar arasından psikolojik dayanıklılık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p=0,000$ ) (Tablo 23).

**Tablo 23. Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puanları**

	<b>MKB</b>		<b>Kardeşler</b>		<b>Kontrol</b>	
	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>
<b>EPDÖ Toplam</b>	84,74	13,61	97,45	11,54	101,44	7,68
<b>F</b>				16,336		
<b>P</b>				0,000		

P: Tek Yönlü Anova



MKB grubunun psikolojik dayanıklılık toplam puanları kardeşlerinden ve kontrol grubundan daha düşüktü. Yapılan düzeltmeli ikili grup karşılaştırmalarında, MKB-kardeşler arasında ( $p=0,000$ ) ve MKB- kontrol grubu arasında ( $p=0,000$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken; kardeşler ve kontrol grubu arasında psikolojik dayanıklılık puanları açısından anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0,394$ ) (Tablo 24).

**Tablo 24.**

<b>EPDÖ Karşılaştırma</b>			
	<b>MKB-Kardeş</b>	<b>MKB-Kontrol</b>	<b>Kardeş-Kontrol</b>
Ortalama Farkı	-12,70370	-16,70370	-4,00000
<b>P</b>	0,000	0,000	0,394

P: Tukey Post Hoc

EPDÖ'den alınan puanlar alt ölçekler düzeyinde değerlendirilirken puanların normal dağılım göstermemesi nedeniyle Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Gruplar arasında 'aile desteği, akran desteği, okul desteği, uyum boyutu, mücadele azmi ve empati' alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (sırasıyla;  $p=0,003$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,015$ ,  $p=0,003$ ,  $p=0,015$ ) (Tablo 25).

**Tablo 25.**

<b>EPDÖ Alt Ölçekleri</b>									
	<b>MKB</b>			<b>Kardeşler</b>			<b>Kontrol</b>		
	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Medyan</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Medyan</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Medyan</b>
<b>Aile Desteği</b>	20,52	4,85	20,00	23,92	3,40	25,00	24,29	2,85	25,00
<b>H</b>	11,555								
<b>p</b>	0,003								

<b>Akran Desteği</b>	16,07	2,62	16,00	18,44	1,97	20,00	19,19	1,49	20,00
<b>H</b>	23,525								
<b>p</b>	0,000								
<b>Okul Desteği</b>	13,07	3,84	13,00	15,63	3,94	16,00	17,33	2,32	17,00
<b>H</b>	16,691								
<b>p</b>	0,000								
<b>Uyum Boyutu</b>	12,11	2,12	12,00	13,15	2,39	14,00	13,41	1,28	13,00
<b>H</b>	8,460								
<b>p</b>	0,015								
<b>Mücadele Azmi</b>	13,78	3,43	15,00	16,33	3,03	16,00	16,74	2,46	17,00
<b>H</b>	11,675								
<b>p</b>	0,003								
<b>Empati</b>	9,19	1,55	9,00	9,96	1,97	11,00	10,48	1,42	11,00
<b>H</b>	8,459								
<b>p</b>	0,015								

P: Kruskal Wallis

EPDÖ'nün tüm alt ölçekleri için gruplar arasından ikili karşılaştırmalar gerçekleştirilmiştir. MKB grubunun aile desteği puanları kardeşlerinden ve kontrol grubundan daha düşüktür; düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p=0,016$ ;  $p=0,006$ ). Kardeşlerin ve kontrol grubunun aile desteği puanları arasından ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p=1,000$ ).

Akran desteği alt ölçeğinde, MKB grubu kardeşleri ve kontrol grubuna göre daha düşük puan almıştır; ikili karşılaştırmalarda bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p=0,001$ ;  $p=0,000$ ). Kardeş ve kontrol grubu arasında ise akran desteği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0,734$ ).

Okul desteği puanlarında MKB grubunun kardeşlerinden ve kontrol grubundan daha dūřuk olduğu ve ikili karşılaştırmalarda bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (sırasıyla  $p=0,038$ ;  $p=0,000$ ). Okul desteği puanlarında kardeşler ve kontrol grubu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p=0,358$ ).

Uyum boyutu MKB grubunun, kardeşleri ve kontrol grubuna gōre en dūřuk puanları aldığı bir diğer alt ōlçeđti. Dūzeltmeli ikili karşılaştırmalarda, MKB-Kardeřler ( $p=0,040$ ) ve MKB-Kontrol grubu ( $p=0,032$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Uyum boyutu ağısından kardeşler ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p=1,000$ ).

Mūcadele azmi alt ōlçeđinden, MKB grubu kardeřleri ve kontrol grubuna gōre daha dūřuk puanlar aldı. Puan farkı dūzeltmeli ikili karřılařtırmalara gōre istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p=0,023$ ;  $p=0,004$ ). Mūcadele azmi alt ōlçeđinden alınan puanlara gōre, kardeřler ve kontrol grubu arasından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p=1,000$ ).

Empati alt ōlçeđinden alınan puanlara bakıldığında ise; MKB grubunun kardeşlerine ve kontrol grubuna gōre daha dūřuk puanlar aldığı belirlendi. Dūzeltmeli ikili karşılaştırmalara gōre, MKB ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p=0,013$ ). MKB grubu ile kardeşleri ve kardeşler ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (sırasıyla  $p=0,156$ ;  $p=1,000$ ) (Tablo 26).

**Tablo 26.**

EPDŌ İkili Karşılaştırma		MKB-Kardeş	MKB-Kontrol	Kardeş-Kontrol
Aile	H	-17,772	-19,611	-1,889
Desteği	P	0,016	0,006	1,000
Akran	H	-21,481	-26,630	-7,148
Desteği	P	0,001	0,000	0,734

<b>Okul</b>	<b>H</b>	-15,852	-25,759	-9,907
<b>Desteği</b>	<b>P</b>	0,038	0,000	0,358
<b>Uyum</b>	<b>H</b>	-15,667	-16,167	-0,500
<b>Boyutu</b>	<b>P</b>	0,040	0,032	1,000
<b>Mücadele</b>	<b>H</b>	-16,963	-20,259	-3,296
<b>Azmi</b>	<b>P</b>	0,023	0,004	1,000
<b>Empati</b>	<b>H</b>	-12,241	-17,926	-5,685
	<b>P</b>	0,156	0,013	1,000

P:Dunn-Bonferroni Post Hoc

### **Raven Standart Progresif Matrisler Testi (RSPMT)**

Çalışmamızda yürütücü işlevlerin incelemesi için RSPMT kullanılmıştır. Bu testin değerlendirilmesi toplam puan üzerinden yapılmaktadır. Alınan toplam puanlara bakıldığında; MKB grubunun  $35,59 \pm 6,70$ ; kardeşler grubunun  $41,89 \pm 5,58$  ve kontrol grubunun  $49,96 \pm 5,60$  şeklinde olduğu belirlendi (Tablo 27).

**Tablo 27.**

<b>Raven Standart Progresif Matrisler Testi</b>						
	<b>MKB</b>		<b>Kardeşler</b>		<b>Kontrol</b>	
	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>
<b>Raven Set A</b>	10,22	1,89	10,74	1,02	11,33	0,73
<b>Raven Set B</b>	8,59	2,17	9,74	1,68	10,96	1,29
<b>Raven Set C</b>	7,37	1,88	8,93	1,52	10,00	1,21
<b>Raven Set D</b>	6,70	1,99	8,37	1,82	9,67	1,18
<b>Raven Set E</b>	2,74	1,75	4,19	2,22	8,00	2,51
<b>Raven Toplam</b>	35,59	6,70	41,89	5,58	49,96	5,60

Gruplar arasında RSPMT toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,000$ ). Tukey düzeltilmeli ikili grup karşılaştırmalarında RSPMT puanları açısından; MKB ile kardeşler ( $p=0,001$ ); MKB ile kontrol grubu ( $p=0,000$ ) ve kardeşler ile kontrol grubu ( $p=0,000$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Kontrol grubu RSPMT'den MKB ve kardeşlerine göre daha yüksek puanlar alırken, kardeşler de MKB grubuna göre daha yüksek puanlar almıştır (Tablo 28).

**Tablo 28.**

<b>Raven Toplam Karşılaştırma</b>			
<b>F</b>		39,167	
<b>P</b>		0,000	
	<b>Bağımlı-Kardeş</b>	<b>Bağımlı-Kontrol</b>	<b>Kardeş-Kontrol</b>
Ortalama Farkı	-6,29630	-14,37037	-8,07407
P	0,001	0,000	0,000

**P:** Tek yönlü Anova P: Tukey Post Hoc

### **Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET)**

Yürütücü işlevler WKET ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada VKET2, VKET3, VKET4, VKET5, VKET6, VKET7, VKET8, VKET9, VKET11 puanları değerlendirmeye alınmıştır. Üç grup arasında VKET2 (Toplam yanlış), VKET3 (Toplam doğru), VKET4 (Tamamlanan kategori), VKET5 (Perseveratif tepki), VKET6 (Perseveratif hata), VKET7 (Perseveratif olmayan hata), VKET8 (Perseveratif hata yüzdesi), VKET11 (Kavramsal düzey tepki yüzdesi) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,000$ ,  $p=0,001$ ). VKET9 (İlk kategoriyi tamamlamada kullanılan tepki) puanı açısından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p=0,318$ ) (Tablo 29.)

**Tablo 29.**

<b>WKET Puanları</b>											
	<b>MKB</b>			<b>Kardeşler</b>			<b>Kontrol</b>			<b>H</b>	<b>p</b>
	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Medyan</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Medyan</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Medyan</b>		
<b>VKET 2</b>	45,70	11,13	42,00	37,56	16,21	34,00	24,67	5,90	25,00	37,300	0,000
<b>VKET 3</b>	82,30	11,13	86,00	90,44	16,21	94,00	103,33	5,91	103,00	37,300	0,000
<b>VKET 4</b>	4,96	1,45	5,00	5,85	2,38	6,00	7,56	1,83	8,00	21,045	0,000
<b>VKET 5</b>	29,56	8,19	30,00	20,48	10,78	18,00	13,15	4,02	12,00	39,085	0,000
<b>VKET 6</b>	26,11	6,53	27,00	18,30	9,11	15,00	12,26	3,37	12,00	39,367	0,000
<b>VKET 7</b>	19,59	7,61	19,00	19,26	9,35	17,00	12,41	3,65	13,00	13,387	0,001
<b>VKET 8</b>	20,40	5,10	21,09	14,29	7,11	11,72	9,56	2,63	9,38	39,365	0,000
<b>VKET 9</b>	16,56	8,09	12,00	17,29	6,63	14,00	14,00	5,28	13,00	2,289	0,318
<b>VKET 11</b>	1,44	1,40	1,00	1,85	0,95	2,00	1,78	1,58	1,00	37,807	0,000

P: Kruskal Wallis

Üç grup arasında istatistiksel olarak farklılık gösteren VKET puanları düzeltmeli ikili grup karşılaştırmaları ile değerlendirilmiştir (VKET2, VKET3, VKET4, VKET5, VKET6, VKET7, VKET8, VKET11).

Toplam yanlış sayısını ifade eden VKET2 puanı, en yüksek MKB grubundadır. Sonrasında, bunu kardeşler ve kontrol grubu takip etmiştir. İkili karşılaştırmalara göre, MKB ile kardeşler ( $p=0,020$ ); MKB ile kontrol grubu ( $p=0,000$ ) ve kardeşler ile kontrol grubu ( $p=0,002$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı.

Toplam doğru sayısı en fazla grup ise, kontrol grubudur (VKET 3). Kontrol grubu; MKB ve kardeşlerine göre daha yüksek toplam doğru sayısına ulaşmışken, kardeşler de MKB grubuna göre daha fazla doğru yapmıştır. MKB ile kardeşleri, MKB ile kontrol grubu ve kardeşler ile kontrol grubu arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p=0,020$ ;  $p=0,000$ ;  $p=0,002$ ).

Tamamlanan kategori puanları (VKET 4) en yüksek kontrol grubundadır. Gruplar arasındaki puan farkları, MKB ile kontrol grubu ve kardeşler ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p=0,000$ ;  $p=0,021$ ). MKB ile kardeşleri arasında VKET 4 puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,189$ ).

Perseveratif tepki (VKET 5) puanları yüksekteken düşüğe sırasıyla MKB grubu, kardeşler ve kontrol grubu şeklindedir. Gruplar arasındaki puan farkları, MKB ile kardeşleri, MKB ile kontrol grubu ve kardeşler ile kontrol grubu arasında, istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p=0,002$ ;  $p=0,000$ ;  $p=0,016$ ).

Perseveratif hata (VKET 6) ortalaması en yüksek MKB grubundadır; bunu sırasıyla kardeşler ve kontrol grubu izlemektedir. Gruplar arasındaki farklılıkların, MKB ile kardeşleri, MKB ile kontrol grubu ve kardeşler ile kontrol grubu arasında, istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırasıyla  $p=0,001$ ;  $p=0,000$ ;  $p=0,022$ ).

Yapılan düzeltmeli ikili grup karşılaştırmalarına göre VKET 7 (Perseveratif olmayan hata) puanları açısından MKB grubu ile kardeşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p=1,000$ ). MKB ile kontrol grubu ve kardeşler ile kontrol grubu arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p=0,002$ ;  $p=0,017$ ).

Perseveratif hata yüzdesi (VKET 8) en yüksekten düşüğe doğru; MKB, kardeşler ve kontrol grubu şeklindedir. Gruplar arasındaki puan farkları ise, ikili karşılaştırmalara göre MKB ile kardeşleri, MKB ile kontrol grubu ve kardeşler ile kontrol grubu arasında, istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p=0,001$ ;  $p=0,000$ ;  $p=0,022$ ).

Kavramsal düzey tepki yüzdesi (VKET 11), en yüksek kontrol grubundadır. Kontrol grubu; MKB grubu ve kardeşlerine göre daha yüksek puanlar alırken, kardeşler de MKB grubuna göre daha yüksek puanlar almıştır. Gruplar arasındaki puan farklılıkları istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla  $p=0,001$ ;  $p=0,000$ ;  $p=0,022$ ) (Tablo 30).

**Tablo 30.**

<b>VKET İkili Karşılaştırma</b>		<b>MKB-Kardeş</b>	<b>MKB-Kontrol</b>	<b>Kardeş-Kontrol</b>
<b>VKET 2</b>	<b>H</b>	17,333	39,000	21,667
	<b>P</b>	0,020	0,000	0,002
<b>VKET 3</b>	<b>H</b>	-17,333	-39,000	-21,667
	<b>P</b>	0,020	0,000	0,002
<b>VKET 4</b>	<b>H</b>	-11,796	-28,926	-17,130
	<b>P</b>	0,189	0,000	0,021
<b>VKET 5</b>	<b>H</b>	22,037	39,907	17,870
	<b>P</b>	0,002	0,000	0,016
<b>VKET 6</b>	<b>H</b>	22,870	39,963	17,093
	<b>P</b>	0,001	0,000	0,022
<b>VKET 7</b>	<b>H</b>	4,333	22,056	17,722
	<b>P</b>	1,000	0,002	0,017
<b>VKET 8</b>	<b>H</b>	22,870	39,963	17,093
	<b>P</b>	0,001	0,000	0,022
<b>VKET 11</b>	<b>H</b>	-17,148	-39,241	-22,093
	<b>P</b>	0,002	0,000	0,002



P:Dunn-Bonferroni Post Hoc

### **4.3. Yürütücü İşlevler, Psikolojik Dayanıklılık ve Çocukluk Çağı Travması Arasındaki İlişki**

Yürütücü işlevler, psikolojik dayanıklılık ve çocukluk çağı travması arasındaki ilişki için korelasyon analizi yapılmıştır. Analizler yapılırken yürütücü işlevler için Raven, psikolojik dayanıklılık için EPDÖ ve çocukluk çağı travması için ÇÇTÖ toplam puanlarından yararlanılmıştır. Raven ve EPDÖ toplam puanı normal dağılım gösterdiği için, ikisi arasındaki korelasyonda Pearson momentler çarpım korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. ÇÇTÖ toplam puanı ve diğer değişkenlerin korelasyonunda ise Spearman sıra farkları korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Üç grup (MKB, kardeşler ve kontrol grubu) tüm değişkenler açısından değerlendirilmiştir.

MKB grubunda; Raven toplam puanı ile EPDÖ toplam puanı ( $r=0,472$ ;  $p=0,013$ ) arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı. Ayrıca EPDÖ toplam puanı ile ÇÇTÖ ( $\rho = -0,608$ ;  $p=0,000$ ) arasında da yüksek düzeyde negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulundu.

Kardeşler grubunda; ÇÇTÖ toplam puanı ile Raven toplam puanı arasında ( $\rho = -0,527$ ;  $p=0,000$ ) ve ÇÇTÖ toplam puanı ile EPDÖ toplam puanı arasında ( $\rho = -0,571$ ;  $p=0,000$ ) orta düzeyde negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

Kontrol grubunda; ÇÇTÖ toplam puanı ile EPDÖ toplam puanı arasında ( $\rho = -0,656$ ;  $p=0,000$ ) yüksek düzeyde negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 31).

Tablo 31.

		<b>MKB</b>		
		<b>Raven</b>	<b>EPDÖ</b>	<b>ÇÇTÖ</b>
		<b>Toplam</b>	<b>Toplam</b>	<b>Toplam</b>
<b>Raven</b>	<b>r / ρ*</b>		0,472	-0,225*
<b>Toplam</b>	<b>P</b>		<b>0,013</b>	0,259
<b>EPDÖ</b>	<b>r / ρ*</b>	0,472		-0,680*
<b>Toplam</b>	<b>P</b>	<b>0,013</b>		<b>0,000</b>
<b>ÇÇTÖ</b>	<b>r / ρ*</b>	-0,225*	-0,680*	
<b>Toplam</b>	<b>P</b>	0,259	<b>0,000</b>	
		<b>Kardeşler</b>		
		<b>Raven</b>	<b>EPDÖ</b>	<b>ÇÇTÖ</b>
		<b>Toplam</b>	<b>Toplam</b>	<b>Toplam</b>
<b>Raven</b>	<b>r / ρ*</b>		0,305	-0,527*
<b>Toplam</b>	<b>P</b>		0,122	<b>0,005</b>
<b>EPDÖ</b>	<b>r / ρ*</b>	0,305		-0,571*
<b>Toplam</b>	<b>P</b>	0,122		<b>0,002</b>
<b>ÇÇTÖ</b>	<b>r / ρ*</b>	-0,527*	-0,571*	
<b>Toplam</b>	<b>P</b>	<b>0,005</b>	<b>0,002</b>	
		<b>Kontrol</b>		
		<b>Raven</b>	<b>EPDÖ</b>	<b>ÇÇTÖ</b>
		<b>Toplam</b>	<b>Toplam</b>	<b>Toplam</b>
<b>Raven</b>	<b>r / ρ*</b>		0,015	0,039*
<b>Toplam</b>	<b>P</b>		0,940	0,845
<b>EPDÖ</b>	<b>r / ρ*</b>	0,015		-0,656*
<b>Toplam</b>	<b>P</b>	0,940		<b>0,000</b>
<b>ÇÇTÖ</b>	<b>r / ρ*</b>	0,039*	-0,656*	

---

<b>Toplam</b>	<b>P</b>	0,845	<b>0,000</b>
---------------	----------	-------	--------------

---

r: Pearson Korelasyon Katsayısı  $\rho^*$ : Spearman Korelasyon testi

## Tartışma

### TARTIŞMA

Bu çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan ergenler, onların sağlıklı kardeşleri ve kontrol grubu ile çocukluk çağı travması, psikolojik dayanıklılık ve yürütücü işlevler açısından karşılaştırılmıştır. Çalışma, kullanım bozukluğunun erken gelişim döneminde bireylerin bağımlılığa olan yatkınları ve dayanıklılıkları hakkında fikir vermesi açısından önemlidir.

Bu bölümde, çalışmadan elde edilen bulgular, sırasıyla tüm gruplarda sosyodemografik özellikler (bireysel, aile ve okul kapsamında), MKB olan grubun madde kullanım özellikleri, tüm grupların çocukluk çağı travması, psikolojik dayanıklılık ve yürütücü işlevler ile ilgili olacak şekilde ilgili literatür ışığında tartışılmaktadır.

#### 5.1. Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

##### Katılımcıların Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi

Erkek cinsiyeti MKB açısından sıklıkla bir risk faktörü olarak görülmektedir. Dünya geneline bakıldığında, erkeklerin madde kullanımının kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Son dönemde, kadınların ergen bağımlılık tedavi merkezlerine başvurularında artış olsa da, tedavi merkezlerindeki erkek olgu sayısı belirgin derecede fazladır. 2018 yılı için yatarak tedavi alan yetişkin MKB olgularının cinsiyet dağılımları incelendiğinde, kadınların bu oranın yalnızca %4,5'inin oluşturduğu belirlenmiştir (TUBİM, 2019). Ülkemizde ergen bağımlılık tedavi merkezlerine yapılan başvurular cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise, kadın olgu sayısının genel dağılıma oranının %14 ile %30 arasında değiştiği gözlenmektedir (Bilaç ve ark., 2019; Yüncü ve ark., 2014). Çalışmamızdaki tüm olgular erkek cinsiyetinden alınmıştır. Kadınların tedavi başvuru merkezlerine başvuru sayısının az olması alınma ölçütlerinin bu şekilde oluşturulması üzerinde etkilidir. Çalışma örneklemini kısıtlı sayıda olgu ile oluşturulacağından cinsiyet faktörünün bulguları etkilemesinden kaçınmak istenmiştir. Olguların sağlıklı kardeşleri ve kontrol grubu çalışmaya alınırken de aynı nedenlerle yalnızca erkek

cinsiyetinden ergenler çalışmaya dahil edilmiştir. İleriki çalışmalarda, MKB örnekleminde kardeş çalışmaları yapılırken cinsiyet farklılığı ayrıca değerlendirilebilir.

### **Katılımcıların Yaş Açısından Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada, MKB olan ergenlerin sağlıklı kardeşleri ve kontrol grubu yaş açısından eşlenik olarak oluşturulmuştur. Yaş ortalamaları MKB grubu için  $17 \pm 1.074$ , kardeşler için  $15,52 \pm 2.007$  olarak elde edilmiştir. Kardeşler ve MKB arasında yaş açısından farklılık saptanmıştır.

Yüncü ve arkadaşları tarafından ergen bağımlılık merkezine başvuran gençlerle yapılan bir çalışmada, maddenin 13-14 yaşlarında denendiği, tedavi arayışının 16-17 yaşlarında başladığı bildirilmiştir (Yuncu ve ark., 2008). Çalışmamızda yer alan MKB olguları benzer yaş grubundadır. Sağlıklı kardeşlerin çalışmaya dahil edilme ölçütleri arasında, yaşam boyu madde kullanma denemesi olmaması yer almaktaydı. Çalışmamızda yer alan sağlıklı kardeşlerin yaş ortalamalarına bakıldığında ise, ortalama madde deneme yaşını geçtikleri görülmektedir. Buna rağmen, MKB grubunun madde kullanmayan kardeşlerine göre 1,5 yaş kadar büyük olması, kardeşlerin ilerleyen yıllarda yeniden madde kullanımı açısından değerlendirilmesini gerektirebilir.

### **Katılımcıların Aile Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada, ebeveyn eğitim düzeyleri madde kullanmayan ergenler ile MKB olan ergenler arasında farklılık göstermiştir. Ailenin eğitim düzeyi ile çocuğun madde kullanma durumu arasında yapılan çalışmaların bulguları çeşitlilik göstermektedir. Farklı etnik grupların içinde yer aldığı Amerika'da 14,268 lise öğrencisinin katılımı ile gerçekleşen bir çalışmada, ebeveynlerin daha yüksek eğitimi olması, ergende daha düşük madde kullanma olasılığı ile ilişkilendirilmiştir (Small ve ark., 2014) 28 Avrupa ülkesinden gelen verilerin değerlendirildiği bir çalışmada, ebeveyn eğitimi düzeyi ile gençlerin esrar kullanımı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmezken, gençlerdeki eroin ve kokain kullanımı ile düşük ebeveyn eğitimi arasında ilişki saptanmıştır. (Gerra ve ark., 2020). Çalışmamızdaki bulgular, MKB ile düşük ebeveyn eğitimi seviyesi arasındaki ilişkiyi destekler yönde görünmektedir.

Bu çalışmada, gruplar anne/baba çalışma durumları açısından karşılaştırılmıştır. Kontrol grubunda çalışan anne ve baba sayısı, MKB grubuna göre fazladır. Örneklemimizdeki olguların ebeveynlerinin çalışma durumları değerlendirildiğinde; MKB grubundaki annelerin % 29,6'sı, kontrol grubundaki annelerin %48,1'i çalışmakta olduğunu bildirmiştir. MKB grubundaki babaların ise %77,8'i çalıştığını belirtirken, kontrol grubunda bu oran %100'e ulaşmaktadır. Baba çalışma durumunda gruplar arasında anlamlı farklılık saptanırken, anneler arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir. Çalışma durumuna ek olarak, ailenin aylık ortalama gelir durumu değerlendirilmiştir. Gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Dizinde gelir durumu ve ailenin çalışma durumunun ergen MKB üzerindeki etkisini inceleyen çalışma bulguları çeşitlilik göstermektedir. Düşük ve yüksek sosyoekonomik düzeyi farklı açılardan ergen MKB ile ilişkilendiren çalışmalar mevcuttur. Düşük sosyoekonomik düzey, yaşam koşullarını zorlaştırarak aile içi çatışmaları artırmakta ya da gencin gelecek beklentilerini düşürmektedir. Bu durumlar genci madde kullanımına yönlendirebilmektedir (Goodman ve Huang, 2002). Yüksek sosyoekonomik düzeyde ise, gencin maddi imkanları ile maddeye kolay ulaşabilmesi, kendisine daha yüksek düzeyde tolerans gösterilmesi gibi durumlar madde kullanma ihtimalini artırabilmektedir (Karatay ve Kubilay, 2004). Çalışmamızda ailelerin gelir düzeyleri açısından gruplar arasında belirgin bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda, olgularımızın yaşadığı ev koşullarını anlamak adına evde yaşayan kişi sayısı ve olguların kardeş sayıları araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu aracılığı ile sorulmuştur. Ailedeki çocuk sayısı fazla olduğunda, ebeveynin destek ve bakım becerileri kısıtlı düzeyde kalabilir, bu da MKB açısından riskli bir durum olarak görülmektedir (Wills ve ark., 1996). Çalışmamızda MKB olgularının kardeş sayısı, kontrol grubuna göre daha fazladır. Bir yandan da çalışmaya alınan MKB olgularında 'sağlıklı bir erkek kardeşi olmak' ön koşuldu. Kontrol grubunda alınan olgularda ise, kardeşi olup olmaması bir kriter olarak gözetilmemiştir. Bu nedenlerle de, MKB olgularının ortalama kardeş sayısı kontrol grubuna oranla daha fazla saptanmış olabilir. Evde yaşayan kişi sayısı, kardeş sayısı ile benzer şekilde MKB grubunda daha fazladır. Gruplarımızın ortalama aylık gelir düzeylerini benzer olarak saptamıştık. Bu durumda evde yaşayan kişi sayısının

fazla olduğu MKB grubunda, birey başına düşen ekonomik kaynaklar olumsuz yönde etkileniyor olabilir.

Bu çalışmada, olguların aile yapısı değerlendirilirken, öz anne ve baba ile yaşama durumlarına bakılmıştır. Aile yapısına dair alınan veriler, öz anne ve baba ile birlikte yaşama 'çekirdek aile' ; ebeveynlerden birinin olmaması (ölüm/boşanma) ya da üvey olması ise 'parçalanmış aile' şeklinde kategorize edilmiştir. Aile yapısına dair bulgular, sıklıkla anne/baba ile birlikte yaşamamanın ergenlerde madde kullanımı açısından koruyucu olduğunu göstermektedir. İki biyolojik ebeveynin birlikte olmadığı bir aile yapısı, yüksek oranda MKB riski, artan sigara ve kullanımı ile ilişkilendirilmektedir. Dizindeki çalışmalar yoğunluklu olarak, öz anne/baba dışındaki aile sistemlerinin ergenleri madde kullanımı açısından olumsuz etkilediği fikrini desteklerken, aile yapısı ve ergen madde kullanımı arasında bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. (Barrett ve Turner, 2006; McArdle ve ark., 2002). Çalışmamızda, MKB olgularında parçalanmış aile yapısı, kontrol grubuna göre sayıca fazla olsa da farklılık anlamlı bir düzeyde değildir. Bu noktada, MKB olgularında aile yapısı korunuyor gibi görünse de, bu bulgu bize aile içi iletişim ve ilişkiler hakkında yeterli fikir vermemektedir. Aile içinde yaşanan iletişim sorunları, evlilikteki çatışma düzeyleri, anne/babanın olumsuz tutum ve davranışları genci madde kullanımı konusunda olumsuz şekilde etkilemiş olabilir.

MKB olan ergenlerin ve kontrol grubunun ailelerinde göze çarpan önemli farklılıklardan biri, ailede (birinci/ikinci derece yakınlar) madde kullanım öyküsü varlığı idi. MKB grubunun ailelerinde %44,4 oranında madde kullanım öyküsü varken, kontrol grubunun ailelerinde ise madde kullanımı olan herhangi biri yoktu (%0). Yapılan çalışmalara göre, ailede kullanım öyküsünün olması gençlerde alkol ve madde kullanımı açısından önemli bir risk faktörüdür. MKB tanısı olan bireylerin ailelerindeki madde kullanım yaygınlığına bakıldığında oranların yüksek olduğu görülmektedir. Opiyat bağımlılığı tanısı almış alan 84 kişinin katılımı ile ülkemizde gerçekleştirilen çalışmada, katılımcıların %78,6'sı ailesinde alkol ya da madde kullanım öyküsü olduğu belirtilmiştir. (Nebioğlu ve ark., 2013). Madde bağımlılığı tedavi merkezine başvuran 200 erkek MKB olgusunun değerlendirildiği çalışmada, örneklemin %17'si ailesinde MKB tanısı alan bir üye olduğunu bildirmiştir (Ünal ve ark., 2021).

Madde kullanımı olan ebeveynlerin çocuklarının madde kullanma olasılığı madde kullanımı olmayan ebeveynlerin çocuklarına göre neredeyse üç kat daha fazladır (SAMHSA, 2006). Ebeveynlerde madde kullanımının olması, ergenlerin davranışlarını birçok farklı yol üzerinden etkilemektedir. Madde kullanan ebeveynlerin, bakım verme, sevecenlik gösterme, kuralları belirleme ve disiplin konularında sorun yaşaması ergenleri madde kullanıma yönelme anlamında olumsuz etkileyebilmektedir. Gençlerin ailelerinde madde kullanımı olması, gencin kullanımla ilgili beklentilerini, maddeye karşı olan tutumlarını değiştirmektedir. Aile tarafından kullanıma karşı gösterilen hoşgörü, cezalandırma beklentisinin az olması ve maddeye kolay ulaşabilir olmak gencin madde kullanıma ihtimalini artırmaktadır (Brook ve ark., 2006). Havaçeliği ve Yüncü tarafından 1522 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirdikleri çalışmada sigara, alkol ve yaşadışı madde kullanma deneyimi olan gençlerin ailelerinde de bu maddelerin kullanımının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Madde kullanım deneyimi olmayan ailelerin çocuklarında kullanım oranı %14.4 iken, ailesinde kullanım öyküsü olan gençlerde yasa dışı madde kullanım oranı %56 oranına kadar yükselmektedir (Havaçeliği ve Yüncü, 2017)

Bu çalışmada, dizinle uyumlu olarak ergen madde kullanımında 'ailede madde kullanım öyküsü' önemli bir ailesel risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer araştırmalardan farklı olarak, bu çalışmada ailesel risk faktörünün yüksek olduğu aynı ailede yetişen ancak kendisini madde kullanımından uzak tutan sağlıklı gencin özellikleri değerlendirilmiştir. Bu özellikler, tartışmanın ilerleyen bölümlerinde detaylı olarak ele alınacaktır.

Ebeveyn ruh sağlığının ergen MKB yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmada psikiyatrik hastalık öyküsü açısından gruplar değerlendirilmiş ve gruplar arasında belirgin biçimde farklılaşma olduğu saptanmıştır. MKB grubunun ailelerinin %40,7'sinde geçmişte ya da şu an bir psikiyatrik hastalık olduğu belirlenirken, kontrol grubunun ailelerinde bu oran %14,8'dir. MKB tanısı almış bireylerin, ebeveynlerinin ruhsal sağlıklarının değerlendirildiği mevcut çalışmalar da, babanın ve annenin psikopatoloji düzeyleri ile ergen MKB arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir (Burstein ve ark., 2012). Özellikle annenin psikopatolojisinin çocuğun madde kullanımı üzerinde doğrudan etkisi bulunmaktadır. Annede hem madde kullanım öyküsü hem herhangi bir psikiyatrik



hastalık öyküsü olan gençlerin madde kullanma olasılıkları yaklaşık 5 kat artmaktadır (Ali ve ark.,2016). Ülkemizde yapılan MKB olan ergenler ile ve sağlıklı gençlerin ebeveynlerinin psikopatolojik özellikler açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, MKB grubundaki ebeveynlerin %51,1'inde bir psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun ebeveynlerinde ise bu oran %12.5 olarak bulunmuştur (Yüncü ve ark., 2009).

Ailedeki fiziksel hastalık olmasının aileye yük getireceği ve çocuğa verilen bakımın niteliğini etkileyebileceği varsayılmıştır. Bu varsayım üzerinden gidilerek, ailedeki fiziksel hastalık yaygınlığı değerlendirilmiştir. Ailede fiziksel hastalık öyküsü oranları oldukça düşük saptanmış (MKB: %25,9; Kontrol: %,11,1) ve gruplar arasında herhangi bir farklılık gözlenmemiştir. Fiziksel hastalık tanımının net yapılmaması, katılımcılar tarafından bir anlam karmaşası yaratmış olabilir.

### **Katılımcıların DEHB EK Tanı Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi**

MKB tanısı alan ergenlerde ek psikiyatrik bozukluklar yüksek oranda görülmektedir. Eşlik eden psikiyatrik bozukluk, MKB şiddetini, klinik görünüm ve seyrini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle, MKB'ye eşlik eden ek psikiyatrik bozuklukların saptanması ve belirtilmesi önemlidir (Gattamorta ve ark., 2017). Çalışmalar, MKB nedeniyle tedavi gören gençlerin % 55 ile % 88 kadarının DEHB, davranım bozukluğu, anksiyete ya da depresyon gibi psikiyatrik bozukluklardan en az birinin kriterlerini karşıladığını göstermektedir (Mason ve ark., M. J., 2016). Bu çalışmada ergenler, eşlik eden psikiyatrik hastalıklar açısından değerlendirilmiş ve DEHB dışında herhangi bir psikiyatrik hastalığın tanı kriterlerini karşılaması durumunda çalışmaya dahil edilmemiştir.

Birçok araştırma, çocuk ve ergenlerde MKB ve DEHB tanı birlikteliğinin sıklıkla görüldüğünü göstermektedir. Ergenlerde madde kullanımı açısından DEHB önemli bir risk faktörü olarak ilişkilendirilmektedir. Yapılan çalışmalar, DEHB olan ergenlerin, DEHB olmayanlara göre MKB geliştirme ihtimallerinin belirgin biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir. 10 yıllık bir izlem çalışmasında, DEHB çocukların MKB geliştirme olasılığı, sağlıklı çocuklara göre yaklaşık iki kat daha fazla bulunmuştur (Biederman ve ark., 2006). Szobot ve arkadaşları tarafından Brezilya'da 968 erkek ergenin katıldığı çalışmada ise DEHB'nin neredeyse 9 kat

kadar MKB olasılığını artırdığı saptanmıştır (Szobot ve ark., 2007). Özen ve arkadaşları (2018), MKB tedavisi için başvuran 268 olguyu değerlendirildiği çalışmada, DEHB ek tanı oranını %32.47 olarak belirlemiştir. (Ozen ve ark., 2018). Çalışmamızda, dizinde yer alan birçok çalışmada olduğu gibi, MKB tanılı ergenlerde DEHB ek tanısına kardeşler ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla oranda rastlanmıştır. Bu çalışmada, çalışmaya alınma ölçütlerine uygun katılımcı bulunmasının zorluğu ve ergenlerde MKB'ye DEHB eşlik oranlarının yüksekliği gibi nedenlerle, DEHB eşlik eden olgular çalışmadan dışlanmamıştır.

Çalışmada, olgular DEHB ek tanı açısından ÇDŞG-ŞY ile değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra olguların DEHB bulgularını taramak ve değerlendirmek amacıyla gencin anne ya da babası tarafından dolduran Conners' Anababa Derecelendirme Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekten alınan toplam puan ve ölçeğin "Karşı gelme", "Bilişsel problemler-Dikkatsizlik", "Hiperaktivite", "Sosyal problemler", "Psikosomatik", "Dehb İndeksi", "Huzursuzluk-İmpulsivite", "Duygusal Değişkenlik", "Global İndeks-Toplam", "DSM4 Dikkatsizlik", "DSM4 Hiperaktivite-Dürtüsellik" ve "DSM4 Toplam" alt ölçeklerinden alınan puanlar ek tanı ile uyumlu biçimde MKB grubunda, diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

## **Katılımcıların Okul Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi**

### **Okul Devam Durumu**

Ergenlerde madde kullanımının, yüksek okul bırakma oranları ve düşük akademik başarı ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu ilişkinin iki yönlü olduğu düşünülmektedir. Düşük akademik başarının madde kullanımını arttığını, kronik madde kullanımının düşük akademik başarıya yol açabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. (Henry ve ark., 2007; Bergen ve ark., 2005).

### **Sınıf Tekrarı**

Düşük akademik başarının, MKB riskini 2 katına kadar yükselttiği belirtilmektedir. Akademik olarak başarılı olan gençler, eğitime devam etme eğilimi göstermekte ve riskli davranışlardan daha uzak durmaktırlar. (Kendler ve ark.,2020).11-18 yaş aralığında MKB nedeniyle yataklı serviste tedavi gören 92 olgunun değerlendirildiği

çalışmada, %70,7'sinin akademik başarının oldukça düşük olduğu ve %80,4'nün okulu lise ya da daha öncesinde bırakmış olduğu saptanmıştır (Bilaç ve ark., 2019). Opiyat kullanım bozukluğu olan kişilerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların %60,7'sinde okulu bırakma öyküsünün olduğu belirlenmiştir (Nebioğlu ve ark., 2013).

Çalışmamızda, katılımcılara okula devam etme durumları ve akademik başarıları hakkında fikir oluşturması açısından sınıf tekrarı yaşayıp yaşamadıkları soruldu. Mevcut literatürle benzer şekilde, bu çalışmada MKB grubunun okulu bırakma oranı kardeşlerine ve kontrol grubuna göre oldukça yüksek olarak belirlendi (% 70,4; n=19). MKB grubu aynı zamanda, diğer gruplara göre daha fazla oranda bir ya da birden fazla sene sınıf tekrarı yaşadığını bildirdi. Çalışmamız, ergenlerde okul başarısının MKB açısından koruyucu olduğunu ve madde kullanımının akademik başarı üzerinde olumsuz etkileri olduğunu göstermektedir.

### **Katılımcıların Sigara Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi**

Madde kullanımı olan bireylerde yaşam boyu ve eşzamanlı sigara kullanımı yüksek oranlardandır. Eş zamanlı kullanıma bakıldığında, gençler arasında tütün, alkol ve esrarın sıklıkla birlikte kullanılan maddeler olduğu görülmektedir. 2013 yılında, Amerika'da tütün kullanımı olan lise öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada, tütün kullanımının yanında öğrencilerin % 85,8'i alkol, % 64,5'i esrar kullanımları olduğunu bildirmiştir (Agrawal ve ark., 2012; Creamer ve ark., 2016).

Bağımlılık yapıcı bir madde kullanmak, diğer maddeleri kullanma olasılığını artırmaktadır. Esrarın diğer psikoaktif maddelere bir geçiş maddesi olduğu belirtilirken, sigaranın da esrar için bir geçiş maddesi olabileceği savunulmaktadır. Sıklıkla birçok ergen, bağımlılık yapıcı yasadışı maddeleri kullanmadan önce sigara içmeye başlamaktadır. Son dönemde yapılan çalışmalarda, bazı bireylerin de esrar kullanımı sonrasında birer sigara kullanıcısı olduklarını savunmaktadır. Kokain ve metamfetamin kullanan kişilerin neredeyse % 90'ından fazlası sigara içtiğini bildirmektedir. (Kandel, 2003). Çalışmamızda yer alan MKB olguların, %92,6'sının eşzamanlı olarak sigara kullanımı vardır. Olguların kardeşleri ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, bu oranın oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Sigara kullanımı açısından kardeşler ve kontrol grubu benzerlik göstermektedir.

## MKB grubunun madde kullanımına ilişkin özelliklerinin değerlendirilmesi

### Kullanılan maddeler

Bu çalışmada, MKB olguları arasında en sık kullanılan madde esrardır. Kullanım sıklığı açısından esrarı, sırasıyla ekstazi, akineton ve xanax gibi çeşitli haplar, rohipnol ve rivotril gibi, taş, amfetamin türevleri, uçucular, kokain, eroin %14,8 ve LSD benzeri halüsinojenler izlemektedir. Çalışmalar arasında ergen MKB olgularında kullanılan tercih maddeleri grubun özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Gençler arasında tercih maddeleri yıllar içerisinde yükseliş ya da düşüş trendleri göstererek değişse de, esrar ve ekstazi ergen madde kullanıcılarında sıklıkla karşımıza çıkan maddelerdir (Johnston ve ark., 2018). Çalışmamızda en çok kullanılan maddeler arasında ön sırada bu iki madde yer almaktadır.

Çalışmamızdaki olgular büyük oranda çoklu madde kullandığını belirtmiştir. Yapılan çalışmalar, ergen MKB olgularında çoklu madde kullanımının oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Çoklu madde kullanımı, kullanıcılar tarafından maddelerin etkisini artırmak, kullandıkları tercih maddesi maddesine ulaşamadıklarında başka bir maddeyi yerine koymak ya da kullanılan maddenin baskın etkisini stabilize etmek gibi amaçlarla tercih edilmektedir (Ayvasik ve Sümer, 2010).

### Kullanmaya başlama yaşı

Erken yaşta madde kullanımı, ergenlerde MKB oluşması riskini artırmakta ve uzun vadeli ciddi psikososyal problemler yaratmaktadır. Madde kullanımına erken yaşlarda başlayan bireyler, aile, akran, okul ve iş gibi yaşamın çeşitli alanlarında daha şiddetli sorunlar yaşamaktadır. Olguların ilk madde kullanım yaşının bilinmesi, MKB'nin erken dönemde önlenmesi ve prognoz seyrinin öngörülmesi açısından önemlidir (Poudel ve Gautam, 2017).

Bu çalışmada MKB grubunda yer alan ergenlerin ilk madde kullanım yaşı; ortalama  $13,48 \pm 1,45$  olarak belirlenmiştir. MKB tanısıyla yataklı serviste tedavi gören 105 ergenin değerlendirildiği çalışmada, olguların ortalama  $12,8 \pm 1,5$  yaşında maddeyle tanıştığı bildirilmiştir (Yıldız ve ark., 2020). 2003-2012 yılları aralığında çocuk ve ergenlere yönelik bağımlılık tedavi merkezine başvuran 2389 olgunun

değerlendirildiği çalışmada, ilk madde deneme yaşı ortalama  $14.2 \pm 1.9$  olarak saptanmıştır. Madde kullanan gençlerin ortalama  $29.4 \pm 2.4$  ay sonra da tedavi için başvurduğu belirtilmiştir (Yüncü ve ark., (2014)). Bizim çalışmamızda, MKB olguları maddeyi ortalama  $3,26 \pm 1,53$  düzenli kullanımdan sonra tedaviye başvurmuşlardır. Mevcut literatürün de işaret ettiği gibi, ergenler sıklıkla madde kullanımına 12-14 yaşlarında başlamaktadır. Madde kullanımını sürdüren ergenlerin ise kullanım nedeniyle yaşadığı sorunlara çözüm arayışı 2-3 yıl kadar sonra başlamaktadır.

### Bağımlılık şiddeti

Madde kullanımının bireylerde yarattığı sorunların boyutsal olarak değerlendirilmesi için MKB'nin şiddetinin belirlenmesi önemlidir. MKB olgu grubumuzda, bozukluğun şiddetini belirlemek ve farklı boyutlarını değerlendirmek için ergenlere özgü olan BAPİ-E formu kullanılmıştır. Bu çalışmada, MKB olgularının ortalama bağımlılık şiddeti puanı  $12.23 \pm 3.98$  olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan bu değer, orta düzeyde bağımlılık şiddetine işaret etmektedir. (Ögel ve ark., (2012)).

## 5.2. Örneklemde Çocukluk Çağı Travmaları Açısından Değerlendirilmesi

Bu çalışmada, MKB grubunun %52'sinde çocukluk çağı travması olduğu belirlenmiştir. Grubun %48'inde fiziksel istismar, %37'sinde fiziksel ihmal, %37'sinde duygusal istismar, %33'ünde duygusal ihmal ve %15'inde cinsel istismar saptanmıştır.

Kardeşler grubunun %26'sında çocukluk çağı travması olduğu belirlenmiştir. Bu grupta en sık görülen travma türü, grubun %22'siyle fiziksel ihmal olmuştur. Fiziksel ihmal görülme sıklığına göre, fiziksel istismar (%18,5), duygusal ihmal (%14,8), duygusal istismar (%11,1) ve cinsel istismar (%3,7) izlemiştir.

Kontrol grubunun çocukluk çağı travmalarına maruz kalma oranı, %15 civarlarında seyretmiştir. Bu grupta en sık karşılaşılan travma türü fiziksel ihmal ve fiziksel istismardır (%14,8). Grupta karşılaşılan diğer travma türleri sıklık sırasıyla duygusal ihmal (%11,1), duygusal istismar (%7,4) ve cinsel istismardır (%3,7).

Kategorik değerlendirmeye göre, MKB grubundaki olguların diğer iki grubun katılımcılarından göre daha yüksek oranlarda çocukluk ağı travmasına maruz kaldığı belirlenmiştir. Bu çalışmada travmaların saptanması için dilimize uyarlanması şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan “ocukluk ağı Travmaları leği” kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında, kategorik değerlendirme için kesme noktaları önerilmiş olsa da ölçekten alınan sonuçların puan uzerinden değerlendirilmesinin daha objektif sonuçlar verdiği belirtilmektedir (Sar ve ark., 2012). Bu nedenle, grupların çocukluk ağı travmaları açısından karşılaştırmalı değerlendirilmesi ölçekten alınan toplam puanlar uzerinden geçekleştirilmiştir.

Ölçekten alınan ortalama toplam puanlar, yüksekte duşuğe doğru sırasıyla MKB grubu, sağlıklı kardeşleri ve kontrol grubu şeklinde dir. MKB grubunun çocukluk ağı travma puanları ile kardeşleri ve kontrol grubundaki puanlar arasındaki fark anlamlıdır. Ancak, kardeşlerin ve kontrol grubunun çocukluk ağı travması toplam puanları benzerlik göstermektedir. Bu bulgular ışığında, çocukluk döneminde yaşanan travmaların madde kullanımı açısından önemli bir risk faktoru olduğunu söyleyebiliriz. Mevcut literatür incelendiğinde, çocukluk ağı travması ile MKB arasında ilişki olduğunu belirten çokça çalışmaya rastlamak mumkundur (Gutierrez ve Sher, 2015).

Dizinde madde kullanımı olan olguların kardeşleri ile travma açısından karşılaştırmalı olarak değerlendirildiğine rastlanmamıştır. Bu karşılaştırmanın yapılmamasının nedeni, aynı aile içinde yetişen çocukların benzer düzeyde travmaya maruz kalacağı ya da doğrudan travmaya maruz kalmak ile travmaya şahit olmanın benzer şekilde etkisi olacağı beklentisinden kaynaklanıyor olabilir. Ancak bu çalışma, aynı ailede yetişen benzer yaş gruplarındaki kardeşlerin farklı düzeylerde travmaya maruz kalabiliğine işaret etmektedir.

Çocukluk ağı travmalarının alt boyutları incelendiğinde, MKB grubunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda duygusal olarak istismara uğradığı saptanmıştır. Çalışmamızda, MKB ile kardeşleri ve kardeşler ile kontrol grubu arasında ise duygusal istismara uğrama açısından benzerlik görülmektedir. Yapılan alışmalar, çocukluk çağında maruz kalınan duygusal istismar arttıa, madde kullanımının da arttığını bildirmektedir (Moran ve ark., 2004). Rosenkranz ve arkadaşları (2012) tarafından yaşları 16-24 arası değişen madde kullanıcıları ile

yaptığı çalışmada, katılımcıların %65'e yakınının duygusal istismara maruz kaldığını ifade etmiştir (Rosenkranz ve ark., 2012). Bizim bu çalışmadan edindiğimiz bulgular, duygusal istismar ile madde kullanım riski arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir.

Cinsel istismar, ergenlerde ve yetişkinlerde madde kullanımını artırdığı bilinen bir diğer çocukluk çağı travması türüdür. Özellikle cinsel istismar mağduru kadınların, travma yaşamamış kadınlara oranla çoklu madde kullanıcısı olma riskleri 3-4 kat artmaktadır. (Tonmyr ve ark., 2010; Shin ve ark., 2010). Yapılan çalışmalar, çocukluk çağında aileleri tarafından yetersiz bakıma, ihmalkar ebeveyn tutumlarına maruz kalan, diğer bir deyiş ile ihmale uğrayan gençlerin de MKB riskinin fazla olduğunu göstermektedir (Barnes ve ark., 2000). Duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve cinsel istismar açısından MKB olguları, kardeşlerine ve kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar almış olsa da, gruplar arası farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlılık göstermemiştir.

Dizinde var olan çalışmalarla, çalışmamızın bu bulgusu istatistiksel anlamlılık düzeyinde benzerlik göstermemektedir. Bu durum araştırmaya katılan gençlerin cinsel istismarı gizlemelerinden ve ihmali net tanımlayamıyor olmalarından kaynaklı olabilir. Ergenlerde, cinsel istismarın farklı biçimlerde değerlendirilmesi ve duygusal/fiziksel ihmale yönelik daha ayrıntılı ölçme araçları kullanılmasının daha anlamlı sonuçlar verebileceği düşünülmektedir. Gruplar arasında travma alt boyutlarından alınan puan farklarının istatistiksel olarak anlamlılık düzeyinin altında kalmasının bir diğer nedeni de örneklem sayısının az olması olabilir.

MKB grubu, diğer iki gruba oranla belirgin biçimde daha yoğun fiziksel istismara maruz kalmıştır. Önceki çalışmalarda da, ergenlerde madde kullanımı ile aile içi şiddete maruz kalmak ilişkili bulunmuştur. Opiyat kullanımı olan ergenlerde yapılan bir çalışmada, kullanıcıların %24'ünde aile içi şiddet olduğu, tedavi merkezlerine başvuran ergenlerle yapılan bir çalışmada ise olguların %42,3'ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Nebioğlu ve ark., 2013; Aksoy ve Ögel, 2005). Uçucu madde kullanımı olan ergenlerle yapılan bir çalışmada ise katılımcıların anne/babaları tarafından şiddete maruz kalma oranlarının %86'ya kadar ulaştığı bildirilmiştir. (Yaşan ve Gürgen, 2004).

MKB ve kontrol grubu arasındaki farklılıkların aksine, kardeşler ile kontrol grubu olguları çocukluk çağında yaşanan travmalar açısından belirgin farklılıklar göstermemiştir. MKB olguları ise kardeşlerine göre, anlamlı düzeyde daha sık travmaya maruz kalmıştır. MKB grubunun kardeşleri ile arasındaki travma farklarının belirgin biçimde fiziksel istismardan kaynaklandığını görülmektedir. MKB olguları ile kardeşleri fiziksel istismar dışındaki travma türleri açısından benzer görünmektedir. Bu bulgu, fiziksel istismarın madde kullanımı açısından bir risk faktörü olduğunu destekler niteliktedir. Bir yandan da madde kullanan gencin yüksek oranda fiziksel istismara maruz kalması, ebeveynlerin gencin madde kullanımına şiddet göstererek tepki verdiği ihtimalini de akla getirmektedir. MKB sorunu olan gence doğru yaklaşım ve etkin başa çıkma becerileri konusunda ailelerin desteklenmesi önemlidir.

### **5.3 Örneklemin Psikolojik Dayanıklılık Açısından Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada, olguların psikolojik dayanıklılık düzeyleri 'Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği' aracılığı ile ölçekten alınan toplam puanlar ve ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar olarak ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Toplam puan ve alt ölçek puanlarına göre, madde kullanımı olan ergenler psikolojik dayanıklılığı en düşük olan grup olarak belirlenmiştir. Madde kullanımı olan ergenler ve kontrol grubu ise psikolojik dayanıklılık açısından benzerlik göstermiştir. Dizinde, ergenlerde madde kullanımı ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara rastlamak mümkündür. Psikolojik dayanıklılığın madde kullanan ve kullanmayan gençlerde farklılaşmadığını gösteren çalışmalar olmakla birlikte, sıklıkla psikolojik dayanıklılık ergenlerde tütün, alkol ve yasa dışı maddelerin kullanılma riskini azaltan koruyucu bir faktör olarak bildirilmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, psikolojik dayanıklılığın madde kullanımında koruyucu bir faktör olabileceğini destekler niteliktedir (Gökçen, 2015; Wong ve ark., 2013).

Psikolojik dayanıklılığı yüksek gençler, kendi yeteneklerini ve çevresel kaynaklarını kullanarak olumsuz durumlar karşısında proaktif başa çıkma mekanizmaları geliştirebilmekte ve madde kullanımından uzak kalabilmektedir. Bu kaynak ve varlıklar sıklıkla; aile, okul ve akran desteği ile gencin uyum sağlama yeteneği,



empati yapabilme becerisi ve zorlu yaşam olayları karşısındaki mücadele azmi ile ilişkilendirilmektedir (Nguyen ve ark., 2011; Bulut ve ark., 2013). Bu çalışmada, olgular tüm bu bireysel, ailesel ve çevresel açılardan değerlendirilmiştir.

Yapılan ikiz çalışmaları, bireyin psikolojik dayanıklılık düzeyinin hem genler hem de çevresel faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Özellikle, çevresel etkilerin dayanıklılık üzerinde zaman içerisinde kalıcı değişimler yaptığı vurgulanmaktadır (Amstadter ve ark., 2014). Bu çalışmada da, çevresel ve bireysel etkenlerin psikolojik dayanıklılık üzerinde değişim yarattığı görülmektedir. Aynı ailede yetişen benzer yaşta kardeşlerin değerlendirildiği çalışmamızda MKB olguları kardeşlerine göre 'aile, okul ve akran desteği' açısından farklılık göstermiştir.

Aile desteğinin, gençlerde psikolojik dayanıklılığı yükselten ve kendisini korumasına katkı sağlayan önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada, algılanan aile desteğinin en düşük olduğu grup MKB olgularıdır ve bu olgular kardeşlerinden ve kontrol grubundan farklıdır. MKB olgularının kardeşleri ve kontrol grubu algılanan aile desteği açısından benzerlik göstermiştir. Elde edilen bu bulgular, ailenin psikolojik dayanıklılık üzerindeki olumlu etkisi ve ailenin gencin madde kullanımı açısından koruyucu bir faktör olduğunu gösteren dizindeki diğer çalışmalarla uyumludur. Stresli bir durum ya da zorlu yaşam olayları ile karşı karşıya kalındığında, aileden görülen destek gencin bu durumlara karşı daha güçlü durabilmesini sağlamaktadır. Aile içerisinde, güvende hissetmek, kabul görmek ve açık bir iletişimde olmak gencin psikolojik dayanıklılığını düzeyini yükselmekte ve bu olumlu aile iklimi genci riskli davranışlardan uzak tutabilmektedir. (Obradović ve Masten, 2007; Toprak 2014). Çalışmamızın çocukluk çağı travmaları ile ilgili bulgularının tartışıldığı bölümde, aynı ailede içerisinde yetişen kardeşlerin farklı oranlarda travmaya maruz kalabildiğine değinmiştik. Bu noktada ise, aynı ailede bulunan iki kardeşin algıladıkları aile desteğinin farklı olabildiğini görmekteyiz.

Okul desteği açısından değerlendirildiğinde, MKB grubu kardeşlerinden ve kontrol grubundan daha düşük almıştır, kardeşler ve kontrol grubu ise benzerdir. Dizine bakıldığında da, olumlu bir okul ortamının madde kullanımı açısından koruyucu özelliği olduğuna dair bulgulara rastlamak mümkündür. Öğrenmeyi ve sorumluluğu destekleyen ortamların varlığı bireyleri madde kullanımı gibi riskli davranışlardan uzak tutmaktadır. Yapılan çalışmalar, okuldaki sosyal ve kültürel etkinliklerin,

öğretmenden alınan desteğin, yaşam becerileri kazandırılan öğretim faaliyetlerinin gençleri güvenli davranışlara yönlendirdiğine işaret etmektedir (Masten, 2007). Gençlere aitlik ve kimlik duygusu sağlayan okul ortamının, madde kullanımını azaltmakta büyük oranda etkili olduğu bildirilmiştir. (Meschke ve Patterson, 2003). Okul ortamının madde kullanımı açısından koruyuculuğunun yanında, kronik olarak madde kullanımı da okulu bırakma oranlarını artırabilmektedir. Bu çalışmada, okul bırakma oranlarının MKB grubunda oldukça yüksek olduğuna değinmiştik. Okul desteği puanlarının MKB olgularında diğer gruplara oranla daha düşük olması bu veri ile de tutarlılık göstermektedir.

Akran desteği, MKB grubunun kardeşleri ve kontrol grubuna göre daha düşük puan aldığı bir diğer psikolojik dayanıklılık alt boyutlarından biridir. Madde kullanan bir arkadaşın varlığı ve akarana özenme ergenlik döneminde madde kullanımı açısından önemli risk faktörleri arasındadır (Yoldaş ve Demircioğlu, 2020). Ancak, bu çalışmada değerlendirilen akran etkisi daha çok bireyin arkadaşlarından aldığı olumlu destek üzerinedir. Akran desteği, iyi bir rol model aracılığı ile gencin olumlu davranışlara daha çok yönelmesini destekliyor olabilir. Ergenlikte algılanan yüksek akran desteği, gencin kendisini güvende hissetmesini sağlamakta ve psikolojik dayanıklılık düzeyine katkı yapmaktadır (Campbell,1995). Çalışmamızda, algılanan akran desteğinin MKB grubunda en az olmasının bir diğer nedeni de, sıklıkla güvenli ve sürekli arkadaşlık ilişkilerinin okul ortamında olması ve bu grubun okul ortamından uzakta olması olabilir.

Mücadele azmi ve uyum boyutu, MKB grubunun diğer iki gruba göre daha düşük puanlar aldığı ve kardeşler ile kontrol grubunun benzerlik gösterdiği önemli psikolojik dayanıklılık parametleridir. Kişinin sorunları ile baş edebilmesi ve yeni durumlara kolayca uyum sağlayabilmesi psikolojik dayanıklılığını yükseltmektedir. Buckner ve arkadaşları (2007) yaptığı bir çalışmada, gençlerde alkol ve madde kullanımının sorunlarla mücadelede yaşanan eksikliklerden ve farklı durumlar karşısında yaşanan uyum sorunlarından kaynaklanabildiğini göstermektedir. (Buckner ve ark., 2007). Bireylere etkin başa çıkma mekanizmalarını kazandırmak psikolojik olarak dayanıklı olmalarını sağlamakta ve ruhsal gelişimlerini destekleyerek madde kullanımı riskini azaltmaktadır (Öz ve Bahadır-Yılmaz, 2009). Çalışmamızda da madde kullanımının

erken dönemde önlenmesi açısından, gençlerin sorunlar ile mücadele ve uyum sağlama becerileri konusunda desteklenmesinin önemini göstermektedir.

Empati, bu çalışmada psikolojik dayanıklılığın bir alt boyutu olarak değerlendirmeye alınmıştır. Empati puanları MKB ve kardeşlerinde kontrol grubuna göre daha düşük olarak saptanmıştır. Empati, kişinin kendi duygularını dışarıda tutarak başkalarının yaşadığı duygusal durumları ve bakış açılarını algılayabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Empati, hem bilişsel hem de duygusal süreçleri içinde barındırır (Decety ve Cowell, 2015). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde davranışsal, nöroanatomik ya da öz bildirim ile yoluyla empatiyi ölçen çalışmalar, MKB grubunun sağlıklı kişilere göre empati konusunda belirgin düzeyde sorunlar yaşadığını göstermektedir. Yapılan bu çalışmalar, empatik bozulmaların kronik madde kullanımının bir sonucu olarak bireylerin sosyal yaşamlarında ve kişilerarası ilişkilerinde yaşadığı bozulmaların bir çeşidi olduğunu vurgulamaktadır. Empatideki değişikliklerin madde kullanımı sonucu olan değişikliklerle ilişkili olması akla yatkındır. Empati eksikliğinin ergenlik döneminde MKB şiddeti ile ilişkisi birçok yönüyle bilinmektedir. (Massey ve ark., 2018). Bu çalışmadan elde ettiğimiz veriler, MKB grubunun sağlıklı kişilere göre empati konusunda yaşadığı sorunları gösteren diğer çalışmalar ile uyumludur.

Empatide yaşanan boylamsal değişikliklerin ergen madde kullanma davranışını nasıl öngördüğünü belirlemek önemlidir. Winters ve arkadaşları 2020 yılında yaptığı bir çalışmada, madde kullanımı nedeniyle tedavi gören 826 ergeni tedavi esnasında ve 6 ay sonrasında empati açısından değerlendirilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, düşük duygusal empatinin madde kullanımı açısından gelişimsel bir kırılma olabileceği düşünülmüştür (Winters ve ark., 2020). Yapılan çalışmalar, beynin empati ilişkili olduğu bilinen bölgelerinde atipik yapı ya da işlevi olan gençlerin, MKB açısından daha riskli olduğunu da ileri sürmektedir (Hill ve O'Brien, 2015). Çalışmamızda, sağlıklı kardeşlerin de MKB grubu gibi empati konusunda sorun yaşıyor olması, empatik bozuklukların madde kullanımı açısından bir endofenotip aday olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgunun aydınlatılması için daha büyük örneklemli ve empatinin farklı boyutları ile ayrıntılı değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç vardır.

Psikolojik dayanıklılık, birçok alt boyutuyla birlikte değerlendirilmiştir ve bu çalışmanın sonuçları, psikolojik dayanıklılığın yüksek olmasının gençlerin madde kullanım bozukluğundan uzak kalmasına katkı sağladığını göstermektedir.

#### **5.4. Örneklem Yürütücü İşlevler Açısından Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada, ergenlerin yürütücü işlevleri bir genel yetenek testi olarak kabul edilen Raven Standart Progresif Matrisler Testi ve karmaşık dikkat, özellik belirleme ve çalışma belleğini ölçen bir test olan Wisconsin Kart Eşleme Testi ile değerlendirilmiştir.

RSPMT'den kontrol grubu MKB ve kardeşlerine göre daha yüksek puanlar alırken, kardeşler de MKB grubuna göre daha yüksek puanlar almıştır. Madde kullanımının bireylerde bilişsel sorunlarla ilişkili olduğu bilinmektedir. Ancak belirtilen bu bilişsel eksikliklerin madde kullanımdan önce mi olduğu, yoksa kronik madde kullanımının bir sonucu mu olduğu net değildir. Özellikle madde kullanımı olan yetişkinlerin değerlendirildiği çalışmalar, MKB olanların sağlıklı kişilere göre yürütücü işlev becerilerinde sorunlar yaşadıklarını göstermektedir (Blume ve Alan Marlatt, 2009). Bağımlılık öyküsü pozitif olan ailelerde, madde kullanımı olmayan gençlerin boylamsal olarak değerlendirildiği çalışmalar aracılığıyla zayıf yürütücü işlevlerin bağımlılıkta bir öngördürücü faktör olup olmadığı hakkında bilgi elde edilebilmektedir. 850 ikiz üzerinde yapılan bir çalışmada, geç ergenlik ve erken yetişkinlikteki yürütücü işlevlerin madde kullanımı arasında ilişkiye bakılmıştır. Gustavson ve arkadaşları tarafından yapılan bu çalışma, düşük yaygın yürütücü işlevlerin geç ergenlik döneminde artan çoklu madde kullanımı açısından genetik bir risk faktörü olduğunu gösterirken, bir yandan da yürütücü işlevler dışındaki birçok çevresel faktörün de madde kullanımı açısından risk yaratabileceğini belirtmektedir.(Gustavson ve ark., (2017)).

Bu çalışmada, MKB olgularının diğer gruplara göre RSPT puanlarının düşük olması, madde kullanımının yarattığı nörobilişsel hasarları destekler niteliktedir. Kardeş grubunun sağlıklı ergenlere göre RSPT puanlarının düşüklüğü ise, yürütücü işlev sorunlarının madde kullanımı öncesinde de var olabileceğini düşündürmektedir. Madde kullanımı öncesi var olan zayıf yürütücü işlevler madde kullanımı sonrası

daha da şiddetli bir düşüğe geçiyor olabilir. Çalışmanın bu bulguları, olguları ileriki yıllarda da izleyerek ve ayrıntılı değerlendirerek netlik kazanabilir.

Wisconsin Kart Eşleme Testi, dorsolateral prefrontal korteks ile bağlantılı nöropsikolojik işlev bozukluğuna duyarlı olduğu gösterilen bir testtir ve alkol/madde kullanım sorunu yaşayan kişilerin bu testte sorun yaşadığı belirtilmektedir (Woicik ve ark., 2011). WKET birçok farklı puan türü üzerinden yorum yapılmasına izin veren ve bağımlılık çalışmalarında sıkça kullanılan bir test olması nedeniyle bu çalışma yürütücü işlevleri değerlendiren bir diğer test olarak seçilmiştir.

Bağımlılıkta nörobilişsel endofenotip adaylarını belirlemek için yapılmış az sayıda kardeş çalışması bulunmaktadır. Bu çalışmalarda, sıklıkla odaklanılan yanıt inhibisyonu, tepki süresi ve dürtüsel seçimler olmuştur. 20 kumar bağımlısı, 17 sağlıklı kardeşi ve 18 sağlıklı yetişkininin değerlendirildiği bir çalışmada, bağımlı ve kardeşlerinin yüksek dürtüsellik ve artmış risk alma davranışı konusunda örtüştüğü gösterilmiştir. Kumar bağımlılığı açısından bu özelliklerin önceden var olan ve bağımlılığa karşı savunmasızlık yaratabileceği bildirilmiştir (Limbrick-Oldfield ve ark., 2020). Ersche ve arkadaşlarının yaptığı uyarıcı kullanımı olan kişiler ve sağlıklı kardeşlerini değerlendirildiği başka bir çalışmada, dürtüsellüğün davranışsal bir endofenotip adayı olabileceği gösterilmiştir (Ersche ve ark., 2010). Yine Ersche ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir kardeş çalışmasında, madde kullanım sorunu yaşayan bireyler ve kardeşlerinin yürütücü işlevler ve tepki kontrolünde sorun yaşadığı belirtilmiştir. Uyarıcı kullanım bozukluğu olan bireyler ve kardeşlerinin endişeli ve dürtüsel kişilik özelliklerine daha yatkın olduğu saptanmıştır (Ersche ve ark., 2012).

Bu çalışmaya göre, MKB olguları, WKET testinde kardeşleri ve kontrollere göre daha yüksek düzeyde bilişsel işlev bozukluk sergilemiştir. Kardeşler grubunun WKET testi performansları ise sağlıklı gençlere göre daha kötüdür. Kontrol grubumuz WKET test puanlarının en başarılı seyrettiği grup olmuştur. Çalışmamızın bulguları dizinde yer alan kısıtlı kardeş çalışması ile benzerlik göstermektedir. Ancak dizinde, yürütücü işlevlerin ergenlerde değerlendirildiği bir kardeş çalışması bildiğimiz kadarıyla bulunmamaktadır. Çalışmamızdan elde edilen bu bulgular, çalışma belleği, set değiştirme, perseverasyon, özellik belirleme gibi çeşitli yürütücü işlevlerde yaşanan sorunların, madde kullanımı ile şiddetlenebilen ve ergenlerde

madde kullanma riskine aracılık eden nörobilişsel endofenotipler olabileceğini düşündürmektedir. Bu öneriler, boylamsal çalışmalar ve farklı yürütücü işlevlerin değerlendirildiği çalışmalar ile de desteklenebilir.

## Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, MKB olan ergenler, sağlıklı kardeşleri ve kontrol grubunu çocukluk çağı travması, psikolojik dayanıklılık ve yürütücü işlevler açısından değerlendiren bir çalışma olması itibariyle önemlidir.

Çalışmadan elde edilen bulgular, MKB olan ergenleri, benzer yaştaki kardeşlerine ve sağlıklı gençlere göre madde kullanımına yatkın kılan özellikler arasında çocukluk çağı travması öyküsünün yer alabileceğini göstermektedir. Diğer yandan, MKB olan ergenlerin fiziksel istismara maruz kalmasının kardeşlerinden daha fazla olması, ailelerin çocuklarının madde kullanımına olan yaklaşımı konusunda etkin eğitimlere ihtiyacı olduğunu düşündürmüştür.

Bu çalışmaya göre, sağlıklı gençleri ve madde kullanmayan kardeşleri, madde kullanımından koruyan faktörleri arasında psikolojik dayanıklılığın önemli bir yeri olduğunu göstermiştir. Bu bulguların, madde kullanımının önemlenmesi için oluşturan erken müdahale programlarının yapılandırılmasında kullanılması değerli olacaktır.

Psikolojik dayanıklılığın bir boyutu olarak kabul edilen empati konusunda, sağlıklı kardeşlerin de MKB olgularına benzer şekilde sorunlar yaşıyor olması, empatinin bağımlılıkta bir endofenotip adayı olarak değerlendirilmesi gerektiğine dair bize önemli bir ipucu vermiştir. İleride yapılacak çalışmalarda, empatinin ailede bağımlılık öyküsü pozitif olan bireyler ve ya sağlık kardeşlerde farklı boyutları ile karşılaştırmalı olarak değerlendirmesinin bağımlılıkta endofenotip çalışmalarına katkısı olacağı inancındayız.

Bu çalışma göre, yürütücü işlevlerde yaşanan sorunlar madde kullanımı ile şiddetlenebilen ve bağımlılığa aracılık eden nörobilişsel bir endofenotip adayı olarak ele alınabilir.

Özetle, çalışmamızdan elde edilen tüm bu sonuçlar MKB açısından empati ve yürütücü işlev becerilerinde yaşanan sorunların aile içinde aktarılabilirliğini gösterirken, bu özelliklerin tek başına MKB için neden olmadığı da açıktır. Çocuklukta yaşanan travmalar MKB riskini artırabilir; aile, okul, akran desteği gibi olumlu çevresel özellikler ve bireyin mücadele azmi ve uyum sağlama yeteneği MKB açısından koruyucu olmaktadır.

Çalışmamızdan elde edilen tüm bu bulguların, madde kullanımının etiolojisinin aydınlatılmasına ve önleme programlarının etkili şekilde oluşturulmasına önemli katkıları olacağı inancındayız.



## **Kaynaklar**

Tez içerisinde farklı kaynaklara (metin ve resimlemeler) atıf yaparken ve kaynaklar bölümünde yer verirken 'APA (6. Sürüm) Alıntı Stili' kullanılır. APA Alıntı Stilinde kaynaklar metinde parantez içinde yazar, soyadı ve basım yılı belirtilerek gösterilir. Kaynak gösteriminde Microsoft Office'in (2010 ve üzeri sürümlerinde) kendi kaynakça yönetim bölümü ya da EndNote, Mendeley vb. kaynakça yönetim yazılımları kullanılabilir.

Kaynaklar yazılırken her bir kaynak, paragraf başı olmadan, asılı girintisi 1.5 cm ve 1.5 satır aralığı olan paragraflar şeklinde alfabetik olarak yazılmalıdır.

Araştırmada kaynak gösterilen, alıntı yapılan yayınların aslının araştırmacının elinde olması gerekir. Yayınlanmamış raporlar, bildiriler, ders notları ve kişisel görüşler kaynak olarak gösterilemez.

## **Ekler**

Lütfen aşağıdaki maddeleri dikkatle okuyarak her maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna (sizi ne derece tanımladığına) karar veriniz. Vereceğiniz cevapların doğru ya da yanlışı yoktur. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ifadeleri dikkate alarak yanındaki boşluklardan bir tanesine çarpı (X) işareti koyunuz. Lütfen boş bırakmadan hepsini işaretlemeye çalışınız. Samimi olarak cevap vereceğinize inanıyor ve katılımınızdan dolayı teşekkür ediyorum.		Bana Çok Uygun	Bana Uygun	Bana Uygun Değil	Bana Hiç Uygun Değil
1	Ailem benimle gerçekten ilgilenir.				
2	Ailem başarılı olacağına inanır.				
3	Ailemle eğlenceli zaman geçiririm				
4	Aile içinde alınan kararlarda fikirlerim dikkate alınır				
5	Yaşam zorluklarına karşı dayanıklıyım.				
6	Zor şartlarda dahi serinkanlı davranabilirim.				
7	Genelde olaylara kötümser bakarım.				
8	Ailem paylaşacak bir şeyim olduğunda beni dinler.				
9	Ailem sorunlarım olduğunda bunu fark eder.				
10	Öğretmenlerimden benimle gerçekten ilgilenen kimse yok.				
11	Öğretmenlerim içinde yaptığımı takdir eden kimse yok				
12	Ailemin yanında bulunmaktan mutluluk duyarım.				
13	Şartlar değiştiğinde ne yapmam gerektiğini çabucak anlarım				
14	Kendimde hedeflerime ulaşacak kararlılığı göremiyorum				
15	Sorumluluk almak bana zor geliyor				
16	Hayat, bana pek yaşanılabilir gelmiyor.				
17	Öğretmenlerim arasında beni dinleyecek kimse yok				
18	Hayal ettiğim geleceğe ulaşabileceğime inanıyorum.				
19	Bir kişinin bir olay ya da durum karşısında nasıl hissedeceğini anlamakta iyiyimdir				
20	Diğer insanlara ilgi göstermekten hoşlanırım				
21	Karşımdaki kişinin o anda neler hissettiğini anlayabilirim				
22	Okulda olmasam hiçbir öğretmenim bunu fark etmez.				
23	Okulda güzel bir şey yaptığımda kimse bunu takdir etmez				
24	Yokluğumu fark edecek arkadaşlarım vardır.				
25	Sorunlarımı anlatabileceğim arkadaşlarım vardır.				
26	Yaşamımın alacağı yön üzerinde yeterince kontrolümün olmadığını hissediyorum				
27	Zor zamanlarımda kendisine güvenebileceğim arkadaşlarım vardır				
28	Zor durumda kaldığımda arkadaşlarım bana yardım ederler				
29	Güzel zaman geçirdiğim arkadaşlarım vardır				

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

## GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	<b>Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.</b>
81-90	<b>Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması , çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).</b>
71-80	<b>Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenen tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma)</b>
61-70	<b>Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.</b>
51-60	<b>Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).</b>
41-50	<b>Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).</b>
31-40	<b>Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıksız, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).</b>
21-30	<b>Davranışları hezeyanlar ve varsanılardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).</b>
20-11	<b>Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir ).</b>
1-10	<b>Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.</b>
0	Bilgi yetersiz

PUAN

### Sosyodemografik veri formu

1.Olgu Numarası:

2.Olgunun Yaşı:

3.Cinsiyet

- a)erkek
- b)kadın

4.Annenin Yaşı:

5.Babanın Yaşı:

6.Annenin Öğrenim Durumu ?

- a) Okuma yazma bilmiyor
- b) İlkokul
- c) Ortaokul
- d) Lise
- e) Üniversite

7.Babanın Öğrenim Durumu ?

- a) Okuma yazma bilmiyor
- b) İlkokul
- c) Ortaokul
- d) Lise
- e) Üniversite

8.Annenin İşi:

9.Babanın İşi:

10.Ailede Psikiyatrik Hastalık Var mı ?

- a) evet, ise belirtiniz .....
- b) hayır

11.Ailede Fiziksel Hastalık Var mı ?

- a) evet, ise belirtiniz .....
- b) hayır

12.Aile durumu ?

- a) anne baba sağ
- b) anne baba ölü
- c) anne ölü
- d) baba ölü
- e) anne-baba ayrı/boşanmış

13.Evde kimlerle yaşamakta ?

- a) öz anne-baba
- b) öz anne

- c) öz baba
- d) anne ve üvey baba
- e) baba ve üvey anne
- f) diğer akrabalar
- g) evlatlık edinilen aile
- h) yurтта

14.Evde birlikte yaşayan kişi sayısı:

15.Evin ortalama aylık geliri:

16.Toplam Çocuk Sayısı:

17.Kendisi kaçınıcı çocuk:

18.Okul Durumu

- a) okula devam etmekte
- e) okulu bıraktı

19.Okula devam ediyorsa kaçınıcı sınıfa gidiyor ?

20.Sınıf Tekrarı Var mı?

- a)evet, 1 sene
- b)evet, 2 sene ya da daha fazla
- b)hayır

21.Özel eğitim aldı mı?

- a) evet, ise belirtiniz .....
- b) hayır

**YENİLENMİŞ CONNERS EBEVEYN DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (3-17 YAŞ)**

Çocuğun adı: _____			Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 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 sorunu 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 görülmiyorsa 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 cevaplayınız.

	HIÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)	
1	Ofkeli ve ahğandır.	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	Urkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
5	Her şey yerli yerinde olmazdır	0	1	2	3
6	Hiç arkadaşı yoktur .	0	1	2	3
7	Karnı ağır.	0	1	2	3
8	Kavgı 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 karnı 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

- Bu proje, M.E.B. Eğitim Araştırma ve Geliştirme Dairesi tarafından desteklenmektedir.
- Copyright 1997, 2000 by Psychological Assessment Resource, Inc.
- Türkçe çeviri ve uyarılama çalışması ( \* ) Prof. Dr. Sema Kaner, Doç. Dr. Elvan Karacan, Yrd. Doç. Dr. Şener Büyükoztürk, Aylin Ak ve Latife Özyayın tarafından Psychological Assessment Resource, Inc. izni ile yapılmaktadır.
- \*Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Bölümü Öğretim Üyesi

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 yapılmıştır.	0	1	2	3
35	Arkadaşlarının evlerine çok sık davet edilmez.	0	1	2	3
36	Başu ağır.	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	Surada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıramın 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 yakını.	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 umutkandır.	0	1	2	3
51	Matematığı kavrayamaz	0	1	2	3
52	Yemekte lokmalar arasında koşutur 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 onurduğu 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	Ozensiz 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	Kinlidir 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 değışir	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 yapışırır	0	1	2	3





## **Teşekkür**

Bu bölüm, öğrencinin okuyucuya iletmek istediği özel mesaj veya teşekkür ifadelerinin yazılabileceği bölümdür. Teşekkür yazısının bittiği yerin sol alt kısmında şehir adı ve tarih, sağ alt kısmında ise yazar adı bulunmalıdır.

İzmir, 10.08.2021

Ad SOYAD

## **Özgeçmiş**

Tezi hazırlayanın lisans eğitiminden başlayarak akademik özgeçmişı verilmelidir. Özgeçmişin sonuna araştırmacıya ulaşabilmek amacı ile elektronik posta adresi eklenmelidir.