



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

METAMFETAMİN KULLANIM BOZUKLUĞU VE
ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
BİRLİKTELİĞİ VE KLİNİK ETKİLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ahmet ÖZTAŞ

Antalya, 2025



T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**METAMFETAMİN KULLANIM BOZUKLUĞU VE
ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
BİRLİKTELİĞİ VE KLİNİK ETKİLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ahmet ÖZTAŞ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Burak KULAKSIZOĞLU

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca tecrübelerini ve bilgi birikimini benimle paylaşan, birlikte çalıştığım için şanslı hissettiğim başta tez danışman hocam Doç. Dr. Burak KULAKSIZOĞLU, değerli hocalarım Prof. Dr. Gülsüm Özge BAYSAL, Dr. Öğretim Üyesi Özmen METİN, Doç. Dr. Buket CİNEMRE, Doç. Dr. Sercan KARABULUT ve tez süreci dahil olmak üzere eğitimim boyunca yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Ali ERDOĞAN hocama,

Hayat arkadaşım Fatma Nurbanu TURAN ÖZTAŞ başta olmak üzere, desteklerini benden hiç esirgemeyen tüm aileme,

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan doktor, hemşire, sekreter ve personel arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ahmet ÖZTAŞ

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR DİZİNİ.....	İV
TABLolar DİZİNİ.....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Madde Kullanım Bozukluğu.....	2
2.2. Metamfetamin Kullanım Bozukluğu.....	2
2.3. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	5
2.4. Madde Kullanım Bozuklukları Erişkin DHEB İlişkisi.....	10
3. YÖNTEM ve GEREÇLER.....	11
3.1. Örneklem.....	11
3.2. Uygulama.....	12
3.3. Veri Toplama Araçları.....	13
3.4. Veri Analizi.....	15
4. BULGULAR.....	15
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	48
6. ÖZET.....	55
7. ABSTRACT.....	56
8. KAYNAKLAR.....	57
9. EKLER	64

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
Meth	Metamfetamin
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. Basım)
AMBAUM	Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi
SCID-5-CV	DSM Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-5 Klinik Versiyonu
BDÖ	BARRAT Dürtüsellik Ölçeği
ASRS	Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim Ölçeği
HAD	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
SF-36	Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36
MKB	Metamfetamin Kullanım Bozukluğu
MDMKB	Metamfetamin Dışı Madde Kullanım Bozukluğu

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Sosyo-Demografik Özellikler	16
Tablo 4.2. Sigara, Alkol ve Diğer Madde Kullanımı	17
Tablo 4.3. Adli Olay Öyküsü	17
Tablo 4.4. Klinik Özellikler	18
Tablo 4.5. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	19
Tablo 4.6. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)	20
Tablo 4.7. Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği (HAD)	20
Tablo 4.8. Yaşam Kalitesi Ölçeği- (SF-36)	21
Tablo 4.9. Metamfetamin Kullanımını Yordayıcı Faktörler	23
Tablo 4.10. Hastada SCID-5'e Göre DEHB Tanısını Yordayıcı Faktörler	25
Tablo 4.11. Metamfetamin Kullanan Hastalarda Ölçek Skorları Arasındaki	
Korelasyon Analizi-I	28
Tablo 4.12. Metamfetamin Kullanan Hastalarda Ölçek Skorları Arasındaki	
Korelasyon Analizi-II	30
Tablo 4.13. Metamfetamin Kullanan Hastalarda Ölçek Skorları Arasındaki	
Korelasyon Analizi-III	31
Tablo 4.14. Metamfetamin Kullanan Hastalarda Ölçek Skorları Arasındaki	
Korelasyon Analizi-IV	33
Tablo 4.15. Çalışma Gruplarına Göre Sosyo-Demografik Özellikler	35
Tablo 4.16. Çalışma Gruplarına Göre Klinik Özellikler	37
Tablo 4.17. Çalışma Gruplarına Göre ASRS Ölçeği	39
Tablo 4.18. Çalışma Gruplarına Göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)	42

Tablo 4.19. Çalışma Gruplarına Göre HAD Ölçeği	44
--	----

Tablo 4.20. Çalışma Gruplarına Göre SF-36 Ölçeği	46
--	----

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Çalışma Gruplarına Göre Yaş	36
--	----

Şekil 4.2. Çalışma Gruplarına Göre Madde Kullanımını Bırakıp Yeniden Başlama Sayısı	38
--	----

Şekil 4.3. Çalışma Gruplarına Göre Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)	40
---	----

Şekil 4.4. Çalışma Gruplarına Göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)	43
---	----

Şekil 4.5. Çalışma Gruplarına Göre HAD Ölçeği	45
---	----

Şekil 4.6. Çalışma Gruplarına Göre Bazı SF-36 Ölçeği Boyutları	47
--	----

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Madde kullanımı, geçmişte ve günümüzde sürekli önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmıştır. Tarih öncesi dönemlere dayanan bazı maddelerin kullanımı, başlangıçta mistik ve tıbbi amaçlarla ilişkilendirilse de bu maddelerin bağımlılık yapıcı etkileri uzun süredir bilinmektedir. Ancak bu durumun aslında tıbbi bir sorun olarak kabul edilmesi, 20. yüzyılın ikinci yarısında anlaşılmıştır. (1)

Uyarıcılar ve uyuşturucu maddeler, değişik derecelerde fizyolojik ve psikolojik etkiler ortaya çıkarır. Bu maddeler genellikle keyif verici etkileri sebebiyle tekrar tekrar kullanılır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), genel olarak madde kullanım bozukluğunu, bir kişinin madde kullanımının, daha önce önemli olan diğer davranışların yerini alarak önemli bir problem haline geldiği bir sendrom olarak tanımlar. Bu tanımlarda, maddenin kullanımının, uyumsuz etkiler yaratmasının, davranış değişikliklerine yol açmasının ve uzun vadede maddeye bağımlılığın oluşmasının altı çizilmektedir. (2)

Metamfetaminin kullanım bozukluğu, küresel çapta önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak önem arz etmektedir. 2012 yılı verilerine göre, ABD'de yaşamları boyunca 12 milyondan fazla kişi metamfetamin kullanmış, son bir yıl içinde ise 1,2 milyon kişi ve son bir ay içinde 440.000 kişi bu maddeyi kullandığını bildirmiştir. (3)

Çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) görülme oranı %6 -9 arasında değişiklik göstermektedir. (4) DEHB, yetişkinlik döneminde de sürebilir, ancak bu dönemdeki yaygınlığına ilişkin veriler sınırlı olmakla birlikte erişkinlerde DEHB'nin görülme oranı yaklaşık %5'tir. (5) Çocukluk döneminde DEHB tanısı almış genç erişkinlerin, kontrol gruplarına kıyasla akademik ve mesleki başarılarının daha düşük olduğu, sosyoekonomik seviyelerinin daha alt düzeyde olduğu, erken ve dürtüsel cinsel davranışlar sergiledikleri, tutuklanma oranlarının ve sağlık harcamalarının daha çok olduğu farklı araştırmalarla gösterilmiştir. (6) Ayrıca, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde DEHB'nin yaşam boyu görülme oranının yaklaşık olarak %15 -25 arasında olduğu düşünülmektedir. (7)

Madde kullanım bozuklukları ile diğer psikiyatrik bozukluklar arasındaki eş tanı giderek daha fazla fark edilmesine rağmen, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde ya da diğer klinik gruplarda DEHB daha az tanınmakta ve bu bozukluk için rutin tarama yapılmamaktadır. Teşhis edilmemiş veya tedavi edilmemiş DEHB'li bireylerin, yasa dışı psikostimülanları kendi kendine ilaç tedavisi amacıyla kullanabileceği öne sürülmüştür. (8) Literatürde madde kullanım bozukluğu ve erişkin DEHB üzerine birçok çalışma olmasına rağmen, metamfetamin kullanım bozukluğu ile erişkin DEHB arasındaki ilişkiye dair yeterince araştırma yapılmamıştır.

Çalışmamızın amacı, metamfetamin kullanan ve kullanmayan madde kullanım bozukluğu hastalarını erişkin DEHB birlikteliği, depresyon ve anksiyete semptomları, dürtüsellik ve yaşam kalitesi yönünden birbirleriyle ve sağlıklı kişilerle karşılaştırarak tedavi düzenlenmesi, nüksün engellenmesi konusunda psikiyatristlere katkı sağlamak ve hastaların tedavi uyumunu arttırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Madde Kullanım Bozukluğu

Madde bağımlılığı, ilaç niteliği taşıyan maddelerin beyin işleyişini olumsuz etkilemesi sonucu, bu maddelerin keyif verici etkilerini yaşamak veya yoksunluk belirtilerinden kaynaklanan huzursuzluk ve eksiklik hissinden kurtulmak amacıyla sürekli ya da dönemsel olarak madde kullanma isteğiyle ortaya çıkan davranış bozukluklarıyla ilişkili bir beyin hastalığıdır. Bu bağımlılığa neden olan maddelerin ortak noktası, ilaç özelliği taşımaları ve beynimiz gibi duygu durumumuzu kontrol eden en önemli organı etkilemeleridir. Madde bağımlılığı, tıpkı şizofreni ya da depresyon gibi beyin işleyişinde bozukluk meydana getiren bir beyin hastalığı olarak değerlendirilebilir.

2.2. Metamfetamin Kullanım Bozukluğu

2.2.1. Epidemiyoloji

Kristal veya speed olarak bilinen Meth (metamfetamin), merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı etkisi olan bir madde olup, enjekte edilerek, tütülenerek, burundan çekilerek veya ağız yoluyla alınarak kullanılabilir. Yüksek dozlarda ve uzun süreli kullanımında bağımlılık yapma riski yüksektir. (9) Dünya genelinde en sık ele geçirilen yasa dışı üretilen psikostimülanlardan biri olup, 2015 ile 2019 yılları arasında yakalanan amfetamin türevi uyarıcı maddelerin %72'sini oluşturmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 yılındaki verilerine göre, dünya çapında amfetamin kullanan kişi sayısının yaklaşık 34 milyon olduğu tahmin edilmektedir. (10)

Avrupa'da uyuşturucu kullanımına yönelik yapılan araştırmalara göre, 15-64 yaş arası yetişkinlerin 11,9 milyonu (%3,6) hayatları boyunca amfetamin benzeri uyarıcı madde kullandığını, bu grubun %0,5'i ise son bir yıl içinde bu maddeleri kullandığını belirtmiştir. (11) ABD'de 2012 yılı verilerine göre, 12 yaş ve üzerindeki 12 milyondan

fazla kişinin (%4,7) yaşamlarında en az bir kez metamfetamin kullandığı, yaklaşık 440.000 kişinin (%0,2) ise son bir ay içinde bu maddeyi kullandığı bildirilmiştir. (12) Ayrıca, 2020 yılında Avrupa’da madde kullanım bozukluğu tedavisi gören 8.000’den fazla kişinin metamfetamin kullandığı kaydedilmiştir. (13)

Türkiye’de Meth kullanım yaygınlığına ilişkin kesin bir epidemiyolojik veri bulunmamakla birlikte, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi’nin (TUBİM) 2017 istatistiklerine bakıldığında, Meth Türkiye’de ilk kez 2009 yılında görülmüş ve o tarihten itibaren kullanım sıklığında bir artış gözlemlenmiştir. (14) Türkiye’de yapılan bölgesel bir araştırmaya göre, amfetamin türevi maddelerin son dönemde ülkemizde en çok kötüye kullanılan maddelerden olduğu belirlenmiştir. (15)

2.2.2. Etiyoloji

Meth, yapısal benzerliği nedeniyle dopamin taşıyıcı (DAT), noradrenalin taşıyıcı (NET), serotonin taşıyıcı (SERT) ve veziküler monoamin taşıyıcı-2’nin (VMAT-2) yerini alarak bu taşıyıcıların doğal işlevlerini tersine çevirir. (16, 17) Bu mekanizma sayesinde monoaminler sinaptik aralığa salınır ve beyin dopaminerjik, noradrenerjik ve serotonerjik sistemleri etkilenir. (17) Özellikle serotonerjik nöronların etkilenmesi, ağrı algısı, cinsel dürtü, ödül mekanizması ve üst düzey bilişsel işlevlere yönelik önemli etkilere sahiptir. (16, 17)

Meth, mezolimbik, mezokortikal ve nigrostriatal yolların dopaminerjik aktivasyonunu tetikleyerek, ilacın kullanımının hemen ardından gözlenen öforik etkileri yaratır. (18) Ayrıca, hipokampus ve prefrontal kortekste meydana gelen noradrenerjik uyarılma, hafıza ve bilişsel işlemlerle ilişkili bulunmuştur. (19)

2.2.3. Risk Faktörleri

Meth kullanımını tetikleyen nedenler arasında kişilik özellikleri, travmalar, aile ve çevrenin etkisi ve kişide bulunan başka ruhsal hastalıklar (örneğin DEHB) yer almaktadır. (20) Çocukluk ve ergenlik dönemindeki davranışsal problemler, sürekli yenilik arayışı, ebeveynlerin yasa dışı madde kullanımı ve olumsuz akran ilişkileri, yetişkinlikte düzenli Meth kötüye kullanımının en önemli nedenleri olarak tespit edilmiştir. (21) Kanada’da yapılan bir araştırmada ise erkek olmak, cinsel istismar olması, genç olmak, çevre, evsizlik ve daha önceden yasa dışı uyuşturucu-uyarıcı madde kullanımı gibi faktörlerin Meth kullanımını etkilediği bulunmuştur. (22)

2.2.4. Tanı Kriterleri

DSM-5'e göre, madde bağımlılığı "Uyarıcı Kullanım Bozukluğu- Amfetamin tipi madde" olarak belirlenir. Tanı kriterleri şu şekildedir:

A) Aşağıda bulunan kriterlerden en az iki tanesinin 12 ay süresince bulunması ve belirgin bir sıkıntı ile işlevsellikte bozulmaya yol açması gerekmektedir. Amfetamin türevi uyuşturucu-uyarıcı madde kullanım örüntüsü:

1. Amfetamin türü maddeler genellikle planlanan süre ve miktarın üzerinde kullanılır.
2. Amfetamin kullanımını kontrol altına alma veya bırakma konusunda sürekli bir arzu ya da başarısız denemeler bulunur.
3. Amfetamin elde etme, kullanma veya etkilerinden kurtulmak amacıyla fazla miktarda zaman harcanır.
4. Amfetamin kullanma isteği veya güçlü bir dürtü hissedilir.
5. İş, okul veya evdeki görevlerin yerine getirilmemesiyle sonuçlanan sürekli amfetamin kullanımı vardır.
6. Amfetaminin yol açtığı veya kötüleştirdiği sosyal veya kişilerarası problemlerine rağmen kullanım devam eder.
7. Amfetamin kullanımına bağlı olarak önemli mesleki, sosyal veya eğlence aktiviteleri azalır veya tamamen bırakılır.
8. Tehlikeli durumlarda tekrarlayan amfetamin kullanımı görülür.
9. Amfetaminin neden olduğu ya da kötüleştirdiği fiziksel veya psikolojik sorunlar olmasına rağmen kullanım devam eder.
10. Tolerans gelişimi.
11. Yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) veya narkolepsi gibi durumlar için tıbbi gözetim altında amfetamin kullanan kişilerde, son iki tanı kriteri geçerli olmaz.

(23)

2.2.5. Klinik Belirtiler

Meth kullanımının akut davranışsal etkileri arasında enerji ve uyanıklıkta artış, uyku ihtiyacında azalma, öfori, cinsel istekte artış, konuşmada artış, zayıflama, terleme

ve iştah azalması gibi belirtiler görülebılır. (24) Meth kullanımının şiddetlendirdiği semptomlar ise üç ana grupta toplanmıştır: Psikotik semptomlar (şüphecilik, halüsinasyonlar), duygulanım semptomları (depresyon, intihar eğilimi, kaygı) ve psikomotor semptomlar (gerginlik, dikkat dağınıklığı, motor hiperaktivite). (25)

18 tane çalışmayı kapsayan bir meta-analizde, madde kullanım bozukluğu tanısı olan bireylerde toplam dokuz bilişsel alanın bozulduğu belirlenmiştir: basit reaksiyon süresi, dikkat etme, yürütücü beceriler, motor yetenek öğrenme, bilişsel hafıza, bilgi işleme hızı, dil ve görsel yapı. (26) Düzenli Meth kullanımı ise başta kaygı bozukluğu, psikotik bozukluk ve depresif bozukluk olmak üzere çeşitli psikolojik semptomlarla ilişkilendirilmiştir. (27)

2.3. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.3.1. Tarihçe

DEHB'nin tanısıal süreci 18. yüzyıla kadar uzanır. İlk olarak, 1902 yılında George Still tarafından dikkat eksikliği ve davranış sorunları yaşayan çocuklar üzerine bilgiler sunulmuştur. Aşırı hareketlilik, öğrenme güçlükleri, dikkat dağınıklığı ve davranış bozuklukları tanımlanmış; bu belirtilerin çevresel faktörlerin yanı sıra genetik nedenlerle de ilişkilendirilebileceği vurgulanmıştır. Klinik tablo, "beyin hasarı veya zekâ geriliği olmaksızın dikkatsizlik ve dürtü kontrol bozukluğu" şeklinde tanımlanmış ve bu durum "Ahlaki Kontrolde Patolojik Yetersizlik" (moral control defect) olarak adlandırılmıştır. (28) Birinci Dünya Savaşı'nın ardından yaşanan ensefalit salgını sırasında, ensefalit geçirmış çocuklarda George Still'in tanımladığı hiperaktivite, dürtüsellik, saldırgan davranış ve duygusal dalgalanmalar gözlemlenmiştir. Bu gözlemler, 1934 yılında Khan ve Cohen tarafından organik bir durum olarak değerlendirilmiş ve beyin sapındaki hasarların bu değişikliklere neden olabileceği öne sürölmüştür. 1937'de Bradley, amfetamin tedavisi uygulanan bu çocuklarda hiperaktivite belirtilerinin iyileştiğini gözlemleyerek durumu "Minimal Beyin Disfonksiyonu" olarak adlandırmıştır. (29) Mackeith, uluslararası bir konferansta bu terimin kullanılmasına itiraz etmiş ve farklı alt grupların özelliklerine dikkat çekmiştir. 1960'lı yıllarda, birçok bilim insanı hastalığın zamanla kendiliğinden iyileşeceğine ve erişkinlik döneminde ortadan kalkacağına inanıyordu. (30)

Çocukluktaki DEHB kapsamlı bir şekilde araştırılmıştır. Ancak, Wood ve ekibinin 1976 yılında çocuklardaki DEHB belirtilerine benzer klinik özellikler gösteren bir grup erişkinle gerçekeştirdiği çalışma, psikostimulanların etkilerini ortaya koyarak erişkin DEHB'nin literatürde ilk kez yer almasını sağlamıştır. (31)

2.3.2. Epidemiyoloji

Çocukluk çağında sıkça karşılaşılan nöropsikiyatrik bozukluklardan biri olan DEHB'nin dünya genelindeki yaygınlığı %8-12 arasında değişmektedir. (32) Çocuklukta tanı konan DEHB vakalarının %50-80'i ergenlik döneminde de devam etmekte, erişkinlikte ise bu oranın yaklaşık %30-50 civarında olduğu düşünülmektedir. (33)

Erişkinlerde DEHB'nin yaygınlığıyla ilgili epidemiyolojik çalışmalar sınırlıdır. Bu durum, bazı vakaların evsizler ve cezaevlerinde kalan bireylerde görülmesi ve diğer bozukluklarla sıkça karıştırılması gibi nedenlerle örnekleme zorluklarından kaynaklanmaktadır. Mevcut veriler, toplum genelinde erişkin DEHB'nin yaygınlığının ve hastalığın etkilerinin tahmin edilenden çok daha yüksek olabileceğini göstermektedir. (34) ABD'de yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, NCS'nin (National Comorbidity Survey) bir parçası olarak 18-44 yaş arası 3199 kişiyle yapılan araştırmada erişkin DEHB bulunma sıklığı %4,4 olarak bulunmuştur. (35) Bu çalışmada taramada pozitif sonuç veren 154 kişi DSM-IV kriterlerine göre tanısız görüşmelere tabi tutulmuştur. Uluslararası bir epidemiyolojik çalışmada ise, ülkeler arasında yaygınlık oranlarında farklılıklar gözlemlenmiş olup, erişkin DEHB'nin ortalama bulunma sıklığı %3,4 olarak belirlenmiştir. (36)

Ülkemizde erişkin DEHB'nin prevalansını inceleyen çalışmalar genellikle toplumun tamamını kapsamayacak şekilde sınırlıdır. Ancak, bazı özel hastalar veya DEHB'li çocukların anne-babaları üzerinde yapılan araştırmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda, bipolar bozukluğu olan bireylerde %15.9-16.3, alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerin %25'inde ve DEHB'li çocukların anne-babalarında ise %24.3-43.5 oranında erişkin DEHB görülmüştür. (37, 38)

Başka bir araştırmada, genel erişkin psikiyatri polikliniğine gelen veya takipte olan 850 ardışık hasta taranmış ve DEHB'nin prevalansı %1.6 olarak bulunmuştur. (39)

2.3.3. Tanı

Dikkatsizlik, dikkatini belirli bir noktada toplamada zorluk, dış uyaranlarla kolayca dağılma, unutkanlık, eşyaları sürekli kaybetme ve düzensiz olma gibi belirtilerle kendini gösterir. (40)

Hiperaktivite, bir çocuğun yaşıtlarına kıyasla belirgin şekilde fazla hareketli olması ve bu davranışlarının okul veya oyun gibi günlük işlevlerde ebeveynler veya öğretmenler için sorun yaratması durumunda tanımlanır. Okul çağındaki çocuklar oturmakta veya beklemekte zorlanır, sık sık ayağa kalkar, dolaşır veya kanepe kenarına asılırlar. Ellerinde bir şeylerle oynar, ayaklarını ve ellerini sallayabilirler. (40) Ergen ve

yetişkinlerde hiperaktivite belirtileri, huzursuz olma ve sessiz etkinliklerde yoğunlaşmada zorluk olarak ortaya çıkar.

Dürtüsellik, istekleri erteleyememe, sorulara hızlı yanıt verme, başkalarının sözünü kesme, sırasını beklemekte güçlük çekme, aceleci davranışlar sergileme ve olası sonuçları dikkate almadan tehlikeli faaliyetlerde bulunma gibi özelliklerle kendini gösterir. (40)

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

A. Aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin 6 ay boyunca sürekli olarak görülmesi ve bu durumun işlevselliği veya gelişimi olumsuz etkilemesi gereken dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik, dürtüsellik profili:

1. Dikkatsizlik: Gelişim seviyesine uygun olmayan ve sosyal veya okul ile ilgili faaliyetlerde doğrudan olumsuz etkiler yaratan, aşağıdaki altı veya daha fazla belirtili en az 6 ay boyunca devam etmelidir:
 - Ayrıntılara dikkat edilmeden okul ödevlerinde, işte veya diğer etkinliklerde dikkatsiz hatalar yapılır.
 - Üzerine aldığı görevlerde veya oynadığı faaliyetlerde dikkatsizlik yaşar.
 - Kendisi ile konuşanlara karşı, dinlemiyormuş gibidirler.
 - Yönergeleri takip edemez ve sorumluluklarını, küçük işleri veya görevleri tamamlayamaz.
 - Sorumluluğundaki görev ve etkinlikleri düzenlemekte sıkıntı yaşar.
 - Zihinsel çaba isteyen durumlardan kaçınır, bu görevleri yapmak istemez veya bunlarda yer almaktan isteksizdir.
 - Eşyalarını (örneğin kitap, kalem, oyuncaklar, okul ödevleri,) kaybeder.
 - Dikkati uyaranlarla kolayca dağılır.
 - Günlük etkinliklerde unutkanlık yaşar.
2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişim seviyesine uygun olmayan ve toplumsal ya da okul/iş etkinliklerini direkt olarak olumsuz etkileyen, aşağıdaki 6 veya üzeri belirtili en az altı ay boyunca devam etmelidir:
 - Çoğu zaman ayakları-elleri sürekli hareketli veya oturduklarında hareket eder.
 - Derste veya oturması gereken başka durumlarda yerinden kalkar.

- Uygunsuz yerlerde koşturur veya tırmanır (ergenlerde veya erişkinlerde bu durum huzursuzlukla sınırlı olabilir).
- Sakin bir şekilde boş zaman etkinliklerde bulunma veya oyun oynama zorluğu yaşar.
- Sürekli hareketlidir veya motor takılmış gibi davranır.
- Çok konuşur.
- Sorular tamamlanmadan yanıtlar verir.
- Sıra beklemekte güçlük çeker.
- Başka kişilerin sözünü keser ve araya girer.

B. On iki yaşından önce dikkatsizlik, aşırı hareketlilik veya dürtüsellik belirtileri olmalıdır.

C. İki veya daha çok yerde belirtilerden kaynaklanan bir bozulma yaşanmalıdır (örneğin evde, işte veya okulda).

D. Toplumsal, okul veya mesleki işlerini yapmada belirgin bir bozulma olduğuna dair açık kanıtlar bulunmalıdır.

E. Bu belirtiler yalnızca bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni veya diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişinde görülmektedir ve başka bir rahatsızlıkla daha iyi açıklanamaz (örneğin Kaygı Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk veya bir kişilik bozukluğu). (41)

Genel olarak, çocukluk dönemindeki DEHB belirtileri erişkinlikte aynı belirginlikte olmayabilir. Erişkin DEHB'nin farklı yönleri hakkında yapılan araştırmalarda, tedavi arayan erişkinlerin en sık karşılaştığı sorunlar arasında iş yerinde yaşanan zorluklar, sık sık iş değiştirmenin getirdiği zorluklar, organizasyon eksiklikleri, düşük özsaygı, yeteneklerini sergileme zorlukları ve yaygın unutkanlık ile konsantrasyon eksiklikleri öne çıkmaktadır.

Bu şikayetlerin bir bölümü DSM ölçütlerinde yer almamaktadır. Tanı konmamış ancak belirgin DEHB semptomları gösteren 60 erişkinle yapılan bir çalışmada, en belirgin belirtiler arasında dikkat dağınıklığı, dürtüsellik ve hareketlilik yer aldığı; ayrıca yakın ilişkilerde zorluk, düşük öz güven ve potansiyellerini sergileme konusundaki sorunların da vurgulandığı görülmüştür. (42)

2.3.4. Etiyoloji

DEHB'nin etiyojisi konusunda tek bir hipotez kabul edilmemekte ve çeşitli hipotezleri destekleyen kanıtlar bulunmaktadır. Araştırmalar, bu bozukluğun nörokimyasal ve beyin görüntüleme değişiklikleri, genetik faktörler ve psikososyal nedenler gibi farklı yönlerini belirlemeye yönelik olarak devam etmektedir.

DEHB'nin genetiği, nörokimyası, beyin görüntüleme çalışmaları, risk etkenleri ve sıklığı üzerine yapılan araştırmalar, problemin özellikle frontal ve striatal nöron yollarında ve monoamin sistemlerinde sorunlar içerdiğini ve aynı zamanda ailevi bir eğilim gösterdiğini ortaya koymaktadır (43) Bu bozukluğun çok fazla nedene bağlı olma olasılığı yüksektir ve her vaka, farklı bir ya da birden fazla faktör tarafından etkilenebilir. Genel görüş, DEHB'nin çeşitli patolojilerin ortak bir semptom seti olduğu yönündedir. (44)

2.3.5. DEHB'ye Eşlik Eden Bozukluklar

Erişkin DEHB'li bireyler üzerine yapılan araştırmalar, bu kişilerin kaygı ve duygudurum bozuklukları, alkol veya madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozuklukları gibi ek bozukluklarla yüksek oranda birlikte yaşadıklarını göstermiştir. (45)

2.3.5.1. Duygudurum ve Kaygı Bozuklukları

Yapılan araştırmalarda, erişkin DEHB'li bireylerde distimik bozukluk ve/veya depresif bozukluk oranları %35-50 arasındadır. (46) Depresyonun bu bireylerde daha erken ortaya çıktığı düşünülmektedir. (47) Erişkin DEHB'li bireylerde bipolar affektif bozukluk (BAB) oranı %10–30 arasında değişmektedir. Doyle'nin 2006 yılında yaptığı çalışmaya göre, DEHB'li yetişkinlerin %5-10'unda BAB görülmektedir. (48)

Kaygı bozuklukları, özellikle sosyal fobi, yaklaşık %20-34 oranında gözlemlenmekte; obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ise genel toplumdaki seviyelere yakın oranlarda bulunmuştur. Yaygın anksiyete bozukluğu ise bazı çalışmalar tarafından genel toplumdaki oranlarla benzer düzeylerde rapor edilmiştir. (49) diğer çalışmalar %10-45 civarında bir aralıkta rapor edilmiştir. (50) Anksiyete bozukluklarının görülme oranı genel toplumla benzer olarak değerlendirilmiştir. (46)

2.3.5.2 Kişilik Bozuklukları

Bir çalışmada, DEHB tanısı almış bireylerde %45 oranında antisosyal davranış örüntüsü gözlemlenmiş ve %25'inin antisosyal kişilik bozukluğu tanısı aldığı belirlenmiştir. Bu, DEHB'li kişilerin çocukluk dönemlerinde suça yatkın olabileceğini göstermektedir. Ayrıca, DEHB'nin sıklıkla sınırda kişilik bozukluğuyla ilişkili olduğu ve sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerin bazı alt gruplarında DEHB'nin bulunduğu yönünde bulgular bulunmaktadır. (49)

2.3.5.3. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

Genel nüfusa kıyasla DEHB'nin madde bağımlılığı riskini iki kat artırdığı bulunmuştur. DEHB'de madde bağımlılığı oranı %40-50 arasında değişirken, bu kişiler genellikle daha genç yaşta madde kullanmaya başlamakta, iyileşme oranları daha düşük olmakta ve maddeyi bırakma konusunda daha fazla zorluk yaşamaktadır. (51)

Bir çalışmada, en fazla kötüye kullanılan uyuşturucu maddenin %67 oranında esrar olduğu, bunu %23 oranında kokain ve %18 oranında uyarıcı maddelerin takip ettiği belirlenmiştir. (52) Ayrıca, DEHB tanısı almış 114 erişkin üzerinde yapılan bir araştırmada, %36 oranında alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımı, %21 oranında kannabinoid kullanımı, %11 oranında kokain ve diğer psikostimülanlar kullanımı ve %5 oranında çoklu madde bağımlılığı tespit edilmiştir. (53)

2.4. Madde Kullanım Bozuklukları Erişkin DEHB İlişkisi

Alkol madde kötüye kullanımı ile DEHB arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır ve çeşitli faktörleri içerir. Bu risk faktörleri şunlardır: dürtüsellik, riskli akran grupları, komorbid davranışsal veya antisosyal kişilik bozuklukları, DEHB'nin tedavisinin geç başlaması, genetik risklerin paylaşımı ve alkol ya da maddelerin DEHB'li bireyler tarafından kendi kendine tedavi amacıyla kullanılması. (54)

Alkol ve madde kötüye kullanımı ile DEHB arasındaki komorbidite birçok çalışmada gözlemlenmiştir. Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre, yaşam boyu madde kötüye kullanımı öyküsü olan bireylerde DEHB'nin yaygınlığı %15-25 civarında tahmin edilmiştir. Diğer çalışmalarda ise alkol veya madde kötüye kullanımı olan hastaların %25 ila %35'inde DEHB bulunduğu saptanmıştır. (53, 55)

Madde kullanım sorunu yaşayan yetişkinlerde DEHB'nin varlığı, alkol ve madde kullanım sorunlarının artmasına ve bağımlılığa geçişin hızlanmasına yol açmaktadır. (56)

3. YÖNTEM ve GEREÇLER

3.1. Örneklem

Çalışmamıza Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne (AMBAUM) başvuran 18-65 yaş aralığında olan, süregelen fiziksel ya da nörolojik hastalığı olmayan ve araştırmada olmayı kabul eden, DSM-5 tanı kriterlerine göre metamfetamin kullanım bozukluğu bulunan 78 kişi, metamfetamin haricinde madde kullanım bozukluğu olan 78 ve sağlıklı 78 olmak üzere toplam 234 gönüllü kişi dahil edilmiştir. Araştırma, kesitsel bir çalışmadır. Katılımcılar, DSM bozukluklarını değerlendirmek için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-5 Klinik Versiyonu (SCID-5-CV) formuyla incelenmiştir.

3.1.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri

Gönüllü Hasta Grubu için seçim kriterleri:

1. DSM-5 kriterlerine göre madde kullanım bozukluğu tanılı olması
2. 18 ile 65 yaş aralığında olmak
3. Öz bildirimine dayalı ölçekleri doldurabilecek kadar okuryazar olmak
4. Aktif psikotik veya manik semptomlar taşımamak
5. Çalışmada bulunmayı kabul etmek ve onam imzalamak

Sağlıklı Kontrol Grubu için seçim kriterleri:

1. 18 ile 65 yaş aralığında sağlıklı bireyler
2. Öz bildirimine dayalı ölçekleri doldurabilecek kadar okuryazar olmak
3. Çalışmada bulunmayı kabul etmek ve onam imzalamak
4. Bilinen psikiyatrik hastalığı bulunmamak

3.1.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Gönüllü hasta grubu için dışlanma kriterleri:

1. 18-65 yaş aralığı dışında bulunmak
2. Aktif psikotik ve/veya manik semptomlarının olması
3. Santral sinir sistemine etki eden kronik nörolojik veya organik hastalığının olması
4. Mental retardasyon olması

Sağlıklı Kontrol Grubu için dışlanma kriterleri:

1. Bilinen psikiyatrik hastalık olması
2. 18-65 yaş aralığı dışında bulunmak
3. Geçmişte nikotin ve alkol haricinde madde kullanmış olmak
4. Santral sinir sistemine etki eden kronik nörolojik veya organik hastalığının olması
5. Mental retardasyon olması

3.2. Uygulama

Çalışma için 25.01.2024 tarihinde TBAEK-6 karar numarası ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden etik kurul onayı alınmıştır. Araştırma hakkında bilgilendirilen bireyler, kişisel bilgilerin gizli tutulacağı, isimlerinin çalışmada geçmeyeceği ve istedikleri zaman çalışmadan çekilebilecekleri konularında bilgilendirilmiş; katılımın tedavi sürecini etkilemeyeceği vurgulanarak gönüllü katılım belgesi imzalanmıştır.

Hastalarla görüşmeler, madde kullanımını bıraktıktan en az 2 hafta sonra, detoksifikasyon tedavisi tamamlanıp ve yoksunluk belirtileri ortadan kalktıktan sonra yapıldı. Bu yaklaşım, detoksifikasyon sürecindeki uyum sorunları ve bu dönemde ortaya çıkabilecek anksiyete ile depresyon belirtilerinin çalışmaya etkilerini en aza indirmeyi amaçladı.

Hasta grubu ve kontrol grubu ile bir kez görüşüldü. Görüşmeler, iki haftalık detoksifikasyon tedavisinin tamamlanmasının ardından gerçekleştirildi. Katılımcılar, DSM Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-5 Klinik Versiyonu (SCID-5-CV) formuna göre değerlendirildi, her katılımcıya Sosyodemografik Veri Formu, BARRAT Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (ASRS), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği-36 uygulandı.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1 Sosyodemografik Veri Formu:

Çalışmacıların hazırladığı form, katılımcıların sosyodemografik bilgilerini (yaşı, cinsiyet, medeni hali, mesleği) ve klinik özelliklerini (hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastane yatış sayısı gibi) değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır.

3.3.2. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim Ölçeği (ASRS):

DSÖ tarafından geliştirilen ruhsal bozuklukları tarama ölçeklerinden biri olan bu araç, kişilerin son 6 ay içinde hissettikleri ve davrandıkları durumları değerlendirmelerine yardımcı olur. Ölçek, 18 sorudan oluşur ve 0'dan 4'e kadar puanlama seçenekleri sunar: 0 (hiçbir zaman), 1 (nadiren), 2 (bazen), 3 (sık), 4 (çok sık). A bölümü olarak adlandırılan ilk 6 sorunun, DEHB tanısını öngörmeye daha etkili olduğu gösterilmiştir; diğer 12 soru ise B bölümünü oluşturur. A bölümündeki 4 veya daha fazla maddenin işaretlenmesi, DEHB semptomları açısından anlamlı bir bulgu olarak değerlendirilir ve ileri değerlendirme önerilir. (57)

Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, Doğan ve ekibi tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Bu çalışma, formun DEHB belirtilerinin taranması, tanının doğrulanması ve tedavi sonrası değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu ortaya koymuştur. (58)

3.3.3 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 (SF-36):

1992 yılında Rand Corporation tarafından geliştirilen bu ölçek, kişilerin son dört hafta içindeki sağlık durumlarını değerlendirir. 36 madde ve 8 boyut içerir ve genel sağlığı olumlu ve olumsuz yönlerden ele alır. Ölçek, fiziksel fonksiyonlar (10 madde), sosyal fonksiyonlar (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı kısıtlılıklar (4 madde), duygusal sorunlara bağlı kısıtlılıklar (3 madde), mental sağlık (5 madde), zindelik ve yaşam enerjisi (4 madde), ağrı (2 madde), genel sağlığın algılanması (5 madde) ve sağlık durumundaki değişiklik (1 madde) ile ilgilidir. (59)

Alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılarak fiziksel ve mental özet skalaları hesaplanabilir. Fiziksel skala, fiziksel aktivite, fiziksel rol, ağrı ve genel sağlık alt

boyutlarından oluşurken, mental skala zindelik, sosyal fonksiyon, duygusal rol ve mental sağlık alt boyutlarından oluşur. Her alt ölçek için elde edilen toplam puanlar, 0 (kötü sağlık durumu) ile 100 (iyi sağlık durumu) arasında değişim gösterir. (60) Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, Koçyiğit ve arkadaşları ile 1999 yılında gerçekleştirilmiştir. (61)

3.3.4. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)

Dürtüsellik değerlendirme amacıyla kullanılan bu öz bildirim ölçeği 30 maddeden oluşur. Ölçek, dikkat (dikkat bozukluğu ve bilişsel bozukluk), motor (sabır gösterememe ve motor dürtüsellik) ve plan yapamama (kontrol eksikliği ve bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük) olmak üzere üç ana alt boyuta ayrılır. Toplam puan, plan yapamama, dikkat, motor dürtüsellik ve genel dürtüsellik olarak dört farklı alt skor ile değerlendirilir. BDÖ puanı arttıkça dürtüsellik düzeyinin de yükseldiği gözlemlenir. BDÖ'nün Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik analizi, 2008 yılında Güleç ve ekibi tarafından yapılmıştır. (62)

3.3.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD):

HAD, anksiyete ve depresyonu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir öz-bildirim ölçeğidir. Toplamda 14 maddeden oluşur; bunlardan 7'si depresyon belirtilerini, 7'si ise anksiyete belirtilerini incelemektedir. Yanıtlar, 0 ile 3 arasında puanlanan dört dereceli Likert ölçeği kullanılarak değerlendirilir. HAD ölçeğinin Türkçe versiyonunda, anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10, depresyon alt ölçeği için ise 7 olarak belirlenmiştir. Bu formun geçerlilik ve güvenilirlik analizi Aydemir ve ekibi tarafından yapılmıştır.

3.3.6. DSM Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-5 Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV):

Ruh sağlığı profesyonelleri tarafından kullanılan SCID-5, yarı-yapılandırılmış bir klinik görüşme aracı olarak, DSM-5'te yer alan tanıları doğru bir şekilde belirlemede, bu tanıları için tarama yapmada ve benzer belirtilere sahip örneklemeler üzerinde incelemeler yapmada kullanılır. (63) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bayad ve arkadaşları tarafından 2019 yılında tamamlanmıştır. (64) Bu form, 10 modülden oluşur ve 32 tanısal kategori için detaylı tanı ölçütleri sunar, ayrıca 17 tanısal kategori için araştırmacı soruları içerir.

3.4. Veri Analizi

Veri IBM SPSS Statistics 25 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2017 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sürekli değişkenler ortalama±standart sapma (SS), medyan (IQR 25-75) ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Sürekli değişkenler arasındaki korelasyon analizinde, veri normal dağılım göstermediği için, Spearman Rho Korelasyon analizi kullanılmıştır. Bağımsız iki grup analizlerinde normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis H testten yararlanılmıştır. Kruskal Wallis H testin sonucuna göre ise, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi çalıştırılmıştır. Bağımsız kategorik değişkenlerin analizinde ise Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Yates Düzeltmesi ve Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi kullanılmıştır. Hastaların Metamfetamin kullanımı ve hastalarda DEHB düşüncesi ile ilişkili bağımsız risk faktörlerinin belirlenmesi için Lojistik Regresyon Analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar Odds Oranı (OR) ve %95 güven aralıkları ile sunulmuştur. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

En küçüğü 19, en büyüğü ise 58 yaşında olan katılımcıların yaş ortalaması $33,03 \pm 8,17$ yıldır. Büyük oranda (%81,2) erkeklerden oluşan katılımcıların %48,7'si bekarken, evli katılımcıların oranı %40,2 ve boşanmış katılımcıların oranı %11,1'dir. Üniversite mezunu katılımcılar %23,9'luk bir kesimi oluşturmuştur. Eğitim durumu parametresinde en yoğun katılımcının yer aldığı kategoriler ortaokul (%33,3) ve lise (%30,8) olmuştur. Düzenli çalışanların %69,2 oranına sahip olduğu katılımcılarda çalışmayanlar %20,1 ve düzensiz çalışanlar %10,7'lik bir paya sahiptir. Gelir durumuna bakıldığında, gelirini giderine denk gören katılımcıların oranı %45,3'tür. %36,3'lük bir bölümün ise geliri giderinden düşüktür. Geliri giderinden fazla olan katılımcıların oranı ise %18,4'tür. Katılımcılar yoğunlukla ilde (%82,5) ikamet etmektedir. Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların oranı %40,2 iken, anne-babası ile birlikte yaşayan katılımcıların oranı %41,5'tir. %18,4'lük bir kesim ise tek başına yaşamaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Değişkenler (n=234)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Yaş (Yıl)	33,03±8,17	30(27-38)	19-58
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet			
Erkek	190	81,2	
Kadın	44	18,8	
Medeni Durum			
Evli	94	40,2	
Bekar	114	48,7	
Boşanmış	26	11,1	
Eğitim Durumu			
İlkokul	28	12,0	
Ortaokul	78	33,3	
Lise	72	30,8	
Üniversite	56	23,9	
Çalışma hayatı			
Düzenli Çalışıyor	162	69,2	
Düzensiz Çalışıyor	25	10,7	
Çalışmıyor	47	20,1	
Gelir			
Gelir giderden az	85	36,3	
Gelir gidere eşit	106	45,3	
Gelir giderden fazla	43	18,4	
İkamet Yeri			
Köy/Kasaba	3	1,3	
İlçe	38	16,2	
İl	193	82,5	
Aile Tipi			
Eş-Çocuk	94	40,2	
Anne-Baba	97	41,5	
Tek	43	18,4	

Sigara kullanma oranı %72,2 iken alkol kullananların oranı %30,3 olarak ölçülmüştür. “Diğer madde” olarak görülen maddelerin kullanım oranı ise %66,7’dir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Sigara, Alkol ve Diğer Madde Kullanımı

Değişkenler (n=234)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara Kullanımı		
Var	169	72,2
Yok	65	27,8
Alkol Kullanımı		
Var	71	30,3
Yok	163	69,7
Diğer Madde Kullanımı		
Var	156	66,7
Yok	78	33,3

Katılımcıların %37,2’sinin geçmişinde adli bir olay öyküsü bulunmaktadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Adli Olay Öyküsü

Değişkenler (n=234)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Adli Olay Öyküsü		
Var	87	37,2
Yok	147	62,8

Tablo 4.4’te Madde kullanımı olan katılımcıların klinik özelliklerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Buna göre, tam olarak yarısında (%50) Metamfetamin Kullanım Bozukluğu olduğu görülen katılımcılarda, en sık kullanılan maddeler %65,4 ile Opiyat ve %53,2 ile Esrar olmuştur. Şimdiye kadar kullanılan diğer maddelerin oranları şu şekildedir: Metamfetamin %50,0; Kokain %24,4; Ekstazi %19,2 ve Diğer Maddeler (sentetik kannabinoid) %37,2. Madde kullanan Katılımcılar arasında madde kullanımında en az 1 yıl ara verenlerin oranı %56,4 olarak tespit edilmiştir. Madde kullanımına ara veremeyen katılımcıların oranı ise %4,5’tir. Katılımcıların %51,3’ünde hastaneye yatış öyküsü olup, SCID-5’e göre DEHB tanı kriterlerini karşılayanların oranı %24,4 olarak ölçülmüştür. En erken 10 yaşında en geç ise 47 yaşında madde kullanımına başlayan

katılımcılarda ortalama madde kullanım başlangıç yaşı $19,54 \pm 6,13$ yıldır. Metamfetamin kullanımına başlangıç yaşı ise ortalama $25,13 \pm 6,87$ yıl olarak hesaplanmıştır. 0 ile 20 arasında değişen değerler alan madde kullanımını bırakıp yeniden başlama sayısının medyan değeri 3, ortalaması ise $4,29 \pm 2,77$ 'di.

Tablo 4.4. Klinik Özellikler

Değişkenler (n=234)	n	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Metamfetamin Kullanım Bozukluğu	156			
Var		78	50,0	
Yok		78	50,0	
Şimdiye Kadar Kullanılan Maddeler	156			
Metamfetamin		78	50,0	
Opiyat		102	65,4	
Kokain		38	24,4	
Esrar		83	53,2	
Ekstazi		30	19,2	
Diğer Maddeler (sentetik kannabinoid)		58	37,2	
En Uzun Madde Kullanmama Süresi	156			
0 Ay		7	4,5	
1-3 Ay		16	10,3	
3-6 Ay		21	13,5	
6-12 Ay		24	15,4	
1 Yıl ve Üzeri		88	56,4	
Hastaneye Yatış	156			
Var		80	51,3	
Yok		76	48,7	
SCID-5'e göre Hastada DEHB Tanısı	156			
Var		38	24,4	
Yok		118	75,6	
		Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Madde Kullanım Başlangıç Yaşı	156	19,54±6,13	18(16-20)	10-47
Metamfetamin Kullanım Başlangıç Yaşı	78	25,13±6,87	24,5(20-30)	15-45
Madde Kullanımını Bırakıp Yeniden Başlama Sayısı	156	4,29±2,77	3(3-5)	0-20

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeğine (ASRS) ilişkin istatistiki bilgiler Tablo 4.5'tedir. ASRS Dikkat boyutunun ortalaması $13,07 \pm 7,06$; ASRS Dürtüsellik ve Hiperaktivite boyutunun ortalaması ise $12,63 \pm 7,13$ olarak hesaplanmıştır. 3 ile 59 arasında değişen ASRS toplam skoru ortalama değeri $25,70 \pm 13,28$ 'dir. ASRS değerlerine göre yapılan değerlendirmeye göre, katılımcıların %17,5'i yüksek ihtimalle DEHB olarak etiketlenmiştir. Geriye kalan %82,5'lik bölüm ise DEHB olarak görülmemiştir.

Tablo 4.5. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Değişkenler (n=234)	Ort $\pm$ SS	Med(IQR)	Min-Max
ASRS Dikkat Boyutu Skoru	13,07 $\pm$ 7,06	12(8-16)	0-35
ASRS Dürtüsellik ve Hiperaktivite Boyutu Skoru	12,63 $\pm$ 7,13	11(8-17)	0-32
ASRS Toplam Skor	25,70 $\pm$ 13,28	22(16-30)	3-59
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
ASRS Gruplandırma			
DEHB Değil	193	82,5	
Yüksek İhtimalle DEHB	41	17,5	

Tablo 4.6'da Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) alt boyutlarının aldığı değerler görülmektedir. 5 ile 20 arasında değişen değerler alan BDÖ alt boyutlarının ortalamaları şu şekildedir: BDÖ Plan Yapamama Boyutu Skoru $10,69 \pm 3,73$; BDÖ Motor Dürtüsellik Boyutu Skoru $9,18 \pm 2,49$ ve BDÖ Dikkat Dürtüsellik Boyutu Skoru $8,96 \pm 2,99$.

Tablo 4.6. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)

Değişkenler (n=234)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
BDÖ Plan Yapamama Boyutu Skoru	10,69±3,73	10(8-13)	5-20
BDÖ Motor Dürtüsellik Boyutu Skoru	9,18±2,49	9(7-11)	5-16
BDÖ Dikkat Dürtüsellik Boyutu Skoru	8,96±2,99	9(6-11)	5-20

Tablo 4.7’da Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği (HAD) alt boyutlarının aldığı değerler görülmektedir. Toplam skoru ortalama 12,41±8,17 değerini alan HAD ölçeğinin HAD Anksiyete Boyutu ortalama skoru 6,79±4,09 iken HAD Depresyon Boyutu skoru ortalama 5,62±4,63 olarak ölçülmüştür. Anksiyete ve Depresyon boyutlarına göre yapılan değerlendirmelere göre, HAD Anksiyete skoru 10’un üzeri olan hastaların oranı %17,9; HAD Depresyon skoru 7’nin üzerinde olanların oranı ise %28,6’dır.

Tablo 4.7. Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği (HAD)

Değişkenler (n=234)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
HAD Anksiyete Boyutu Skoru	6,79±4,09	6(3-10)	0-19
HAD Depresyon Boyutu Skoru	5,62±4,63	4,5(2-8)	0-20
HAD Toplam Skor	12,41±8,17	11(6-18)	0-36
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
HAD Anksiyete Boyutu Gruplandırma			
10 ve Altı	192	82,1	
10 Üzeri	42	17,9	
HAD Depresyon Boyutu Gruplandırma			
7 ve Altı	167	71,4	
7 Üzeri	67	28,6	

Son olarak, SF-36 Ölçeği alt boyutları skorlarına ait istatistiki bilgiler Tablo 4.8’de yer almaktadır.

Tablo 4.8. Yaşam Kalitesi Ölçeği- (SF-36)

Değişkenler (n=234)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
SF-36 Ölçeği Boyutları			
Fiziksel Fonksiyon	97,65±7,25	100(100-100)	45-100
Fiziksel Rol Güçlüğü	95,09±15,27	100(100-100)	0-100
Emosyonel Rol Güçlüğü	63,11±41,68	66,67(33,33-100)	0-100
Enerji/ Canlılık/ Vitalite	28,02±10,06	31,75(21,5-37)	0,75-52,75
Ruhsal Sağlık	24,61±8,76	26,6(18,2-31)	1,2-39,2
Sosyal İşlevsellik	75,85±20,34	75(62,5-87,5)	25-100
Ağrı	93,4±14,32	100(90-100)	10-100
Genel Sağlık	73,18±13,93	75(65-85)	35-100

Metamfetamin kullanımını yordayan bağımsız faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan Lojistik Regresyon analiz sonuçları Tablo 4.9’da yer almaktadır. Buna göre, erkek olmak ($p=0,004$), yaş ($p=0,031$), evli olmak ($p=0,009$), ortaokul ve altı eğitim durumuna sahip olmak ($p=0,034$), düzenli çalışmama ($p<0,001$), gelirin giderden az olması ($p=0,013$), eş ve çocukla birlikte yaşamak ($p=0,009$), anne baba ile birlikte yaşamak ($p<0,001$), tek yaşamak ($p=0,011$), sigara kullanımı ($p<0,001$), adli olay geçmişinin olması ($p<0,001$), Opiyat kullanımı ($p<0,001$), Kokain kullanımı ($p=0,048$), Esrar kullanımı ($p=0,001$), Hastaneye yatış öyküsü ($p<0,001$), Hastada SCID-5’e göre DEHB tanısının varlığı ($p=0,002$), ASRS Dikkat Boyutu skoru ($p<0,001$), ASRS Dürtüsellik ve Hiperaktivite Boyutu Skoru ($p<0,001$), ASRS Toplam Skoru ($p<0,001$), ASRS: Yüksek İhtimalle DEHB olma durumu ($p=0,001$), BDÖ Plan Yapamama Boyutu Skoru ($p<0,001$), BDÖ Motor Dürtüsellik Boyutu Skoru ($p<0,001$), BDÖ Dikkat Dürtüsellliği Boyutu Skoru ($p<0,001$), HAD Anksiyete Boyutu Skoru ($p=0,005$), HAD Depresyon Boyutu Skoru ($p=0,001$), HAD Toplam Skoru ($p=0,001$), HAD Anksiyete: 10’un üzerinde olması ($p=0,005$), HAD Depresyon: 7’nin üzerinde olması ($p=0,020$), SF-36 Fiziksel Fonksiyon skoru ($p=0,013$) ve SF-36 Ruhsal Sağlık skoru ($p=0,033$) Metamfetamin kullanımını anlamlı şekilde etkileyen faktörler olmuştur.

Metamfetamin kullanımını erkek olmak 3,864 kat; ortaokul ve altı eğitim durumuna sahip olmak 1,814 kat; düzenli çalışmama 3,727 kat; gelirin giderden az olması 2,030 kat; anne baba ile birlikte yaşamak 3,802 kat; sigara kullanımı 25,742 kat; adli olay geçmişine sahip olmak 3,701 kat; opiyat kullanımı 3,571 kat; kokain kullanımı 2,040 kat; esrar kullanımı 2,545 kat; hastanede yatış öyküsüne sahip olmak 3,951 kat; hastada SCID-5'e göre DEHB tanısının var olması 2,844 kat; ASRS Ölçeğine göre hastanın yüksek ihtimalle DEHB olması durumu 3,206 kat; HAD Anksiyete skorunun 10'un üzerinde olması 2,671 kat ve HAD Depresyon skorunun 7'nin üzerinde olması 2,010 kat artırmaktadır. ASRS Dikkat boyutu skoru 1 birim arttığında 1,086 kat artan Metamfetamin kullanım ihtimali, ASRS Dürtüsellik ve Hiperaktivite boyutu skoru 1 birim arttığında 1,100 kat; ASRS toplam skoru 1 birim arttığında 1,052 kat; BDÖ Plan Yapamama skoru 1 birim arttığında 1,248 kat; BDÖ Motor Dürtüsellik boyutu skoru 1 birim arttığında 1,310 kat; BDÖ Dikkat Dürtüsellliği boyutu skoru 1 birim arttığında 1,234 kat; HAD Anksiyete boyutu skoru 1 birim arttığında 1,102 kat; HAD Depresyon boyutu skoru 1 birim arttığında 1,112 kat; HAD toplam skoru 1 birim arttığında 1,060 kat ve SF-36 Fiziksel Fonksiyon boyutu skoru 1 birim arttığında 1,152 kat artmaktadır. SF-36 Ruhsal Sağlık boyutu skoru 1 birim arttığında ise Metamfetamin kullanım ihtimali %3,3 azalmaktadır. Metamfetamin kullanım durumunu negatif yönlü etkileyen diğer faktörler şunlardır: Yaş bir birim arttığında Metamfetamin kullanım ihtimali %3,9 azalmaktadır. Evli hastalarda ve eşi ve/veya çocuklarıyla birlikte yaşayan hastalarda %54,2 azalan Metamfetamin kullanım ihtimali, tek yaşayan hastalarda da %67,1 oranında azalmaktadır.

Tablo 4.9. Metamfetamin Kullanımını Yordayıcı Faktörler

Değişkenler	B	p [†]	OR	%95GA
Cinsiyet: Erkek	1,352	0,004	3,864	1,556-9,569
Yaş	-0,040	0,031	0,961	0,927-0,996
Medeni Durum: Evli	-0,780	0,009	0,458	0,255-0,823
Medeni Durum: Bekar	0,542	0,053	1,719	0,993-2,978
Medeni Durum: Boşanmış	0,434	0,306	1,543	0,673-3,541
Eğitim Durumu: Ortaokul ve Altı	0,595	0,034	1,814	1,047-3,140
Mesleki Durum: Düzenli Çalışmama	1,316	<0,001	3,727	2,072-6,704
Gelir Durumu: Gelir Giderden Az	0,708	0,013	2,030	1,160-3,553
İkamet Yeri: İl	-0,174	0,627	0,840	0,416-1,697
Aile Tipi: Eş Çocuk	-0,780	0,009	0,458	0,255-0,823
Aile Tipi: Anne Baba	1,335	<0,001	3,802	2,147-6,732
Aile Tipi: Tek	-1,113	0,011	0,329	0,139-0,778
Sigara Kullanma	3,248	<0,001	25,742	6,099-108,647
Alkol Kullanma	-0,153	0,615	0,858	0,472-1,560
Adli Olay Geçmişi	1,309	<0,001	3,701	2,089-6,557
Opiyat Kullanma	1,273	<0,001	3,571	2,020-6,135
Kokain Kullanma	0,713	0,048	2,040	1,007-4,131
Esrar Kullanma	0,934	0,001	2,545	1,448-4,476
Ekstazi Kullanma	0,492	0,216	1,635	0,750-3,567
Madde Kullanım Başlangıç Yaşı	-0,027	0,311	0,973	0,923-1,026
Madde Kullanımı Bırakıp Başlama Sayısı	0,088	0,154	1,092	0,967-1,232
Hastaneye Yatış	1,374	<0,001	3,951	2,215-7,050
Hastada DEHB Düşüncesi	1,045	0,002	2,844	1,446-5,591
ASRS Dikkat Boyutu Skoru	0,082	<0,001	1,086	1,043-1,131
ASRS Dürtüsellik ve Hiperaktivite Boyutu Skoru	0,095	<0,001	1,100	1,056-1,145
ASRS Toplam Skor	0,050	<0,001	1,052	1,029-1,075
ASRS: Yüksek İhtimalle DEHB Olma	1,165	0,001	3,206	1,606-6,401
BDÖ Plan Yapamama Boyutu Skoru	0,221	<0,001	1,248	1,147-1,358
BDÖ Motor Dürtüsellik Boyutu Skoru	0,270	<0,001	1,310	1,162-1,477
BDÖ Dikkat Dürtüsellliği Boyutu Skoru	0,211	<0,001	1,234	1,120-1,361
HAD Anksiyete Boyutu Skoru	0,097	0,005	1,102	1,030-1,179
HAD Depresyon Boyutu Skoru	0,106	0,001	1,112	1,047-1,180
HAD Toplam Skor	0,058	0,001	1,060	1,025-1,097
HAD Anksiyete: 10 Üzeri	0,983	0,005	2,671	1,352-5,277
HAD Depresyon: 7 Üzeri	0,698	0,020	2,010	1,118-3,614
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	0,141	0,013	1,152	1,031-1,287
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	0,010	0,333	1,010	0,990-1,032
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	-0,006	0,051	0,994	0,987-1,000
SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite	-0,012	0,370	0,988	0,961-1,015
SF-36 Ruhsal Sağlık	-0,034	0,033	0,967	0,937-0,997
SF-36 Sosyal İşlevsellik	-0,013	0,058	0,987	0,974-1,000
SF-36 Ağrı	0,008	0,470	1,008	0,987-1,029
SF-36 Genel Sağlık	-0,013	0,202	0,987	0,968-1,007

[†]Lojistik Regresyon Testi

Tablo 4.10’da ise hastalarda SCID-5’e göre DEHB tanısının olmasını etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan analiz sonuçları yer almaktadır. Bekar hastalarda ($p=0,019$) 2,279 kat artan SCID-5’e göre DEHB tanısının olması ihtimali, düzenli çalışmayan hastalarda ($p<0,001$) 3,763 kat; geliri giderinden az olan hastalarda ($p=0,011$) 2,393 kat; sigara kullanan hastalarda ($p=0,013$) 3,481 kat; Metamfetamin kullanan hastalarda ($p=0,002$) 2,844 kat; Ekstazi kullanan hastalarda ($p=0,002$) 3,720 kat; HAD Anksiyete boyutu skoru 10’un üzerinde olan hastalarda ($p<0,001$) 8,957 kat ve HAD Depresyon boyutu skoru 7’nin üzerinde olan hastalarda ($p<0,001$) 4,927 kat artmaktadır. ASRS Dikkat Boyutu skoru ($p=0,001$; 3,877 kat), ASRS Dürtüsellik ve Hiperaktivite Boyutu skoru ($p<0,001$; 2,145 kat), BDÖ Plan Yapamama Boyutu skoru ($p<0,001$; 1,522 kat), BDÖ Motor Dürtüsellik Boyutu skoru ($p<0,001$; 1,735 kat), BDÖ Dikkat Dürtüsellliği Boyutu skoru ($p<0,001$; 1,827 kat), HAD Anksiyete Boyutu skoru ($p<0,001$; 1,374 kat), HAD Depresyon Boyutu skoru ($p<0,001$; 1,244 kat) ve HAD toplam skor ($p<0,001$; 1,162 kat) birer birim arttığında hastalarda SCID-5’e göre DEHB tanısı alma ihtimali de artmaktadır. Hastalarda DEHB tanısı alma ihtimalini azaltan etkiye sahip olan parametreler ise SF-36 ölçeği boyutları olmuştur ($p<0,05$). SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Boyutu skoru 1 birim arttığında %2,1 azalan DEHB tanısı alma ihtimali, SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite Boyutu skoru 1 birim arttığında %6,4; SF-36 Ruhsal Sağlık Boyutu skoru 1 birim arttığında %6,2; SF-36 Sosyal İşlevsellik Boyutu skoru 1 birim arttığında %3,4 ve SF-36 Genel Sağlık Boyutu 1 birim arttığında %5,1 azalmaktadır.

Tablo 4.10. Hastada SCID-5'e Göre DEHB Tanısını Yordayıcı Faktörler

Değişkenler	B	p [†]	OR	%95GA
Cinsiyet: Erkek	0,668	0,189	1,950	0,720-5,283
Yaş	-0,046	0,054	0,955	0,912-1,001
Medeni Durum: Evli	-0,664	0,073	0,515	0,249-1,063
Medeni Durum: Bekar	0,824	0,019	2,279	1,144-4,539
Medeni Durum: Boşanmış	-0,602	0,346	0,548	0,157-1,915
Eğitim Durumu: Ortaokul ve Altı	0,060	0,860	1,062	0,547-2,062
Mesleki Durum: Düzenli Çalışmama	1,325	<0,001	3,763	1,897-7,465
Gelir Durumu: Gelir Giderden Az	0,872	0,011	2,393	1,223-4,683
İkamet Yeri: İl	0,851	0,126	2,343	0,788-6,966
Aile Tipi: Eş Çocuk	-0,664	0,073	0,515	0,249-1,063
Aile Tipi: Anne Baba	0,253	0,457	1,287	0,662-2,504
Aile Tipi: Tek	0,535	0,180	1,708	0,780-3,738
Sigara Kullanma	1,247	0,013	3,481	1,305-9,286
Alkol Kullanma	0,506	0,149	1,659	0,834-3,300
Adli Olay Geçmişi	0,359	0,294	1,432	0,732-2,801
Metamfetamin Kullanma	1,045	0,002	2,844	1,446-5,591
Opiyat Kullanma	0,374	0,269	1,454	0,749-2,822
Kokain Kullanma	0,391	0,358	1,479	0,642-3,406
Esrar Kullanma	0,569	0,096	1,767	0,903-3,456
Ekstazi Kullanma	1,314	0,002	3,720	1,631-8,485
Madde Kullanım Başlangıç Yaşı	-0,037	0,298	0,964	0,900-1,033
Metamfetamin Kullanım Başlangıç Yaşı	-0,049	0,222	0,953	0,881-1,030
Madde Kullanımı Bırakıp Başlama Sayısı	0,125	0,055	1,133	0,998-1,287
Hastaneye Yatış	0,404	0,242	1,498	0,761-2,949
ASRS Dikkat Boyutu Skoru	1,355	0,001	3,877	1,759-8,545
ASRS Dürtüsellik ve Hiperaktivite Boyutu Skoru	0,763	<0,001	2,145	1,581-2,912
ASRS Toplam Skor	8,595	0,973	-	-
BDÖ Plan Yapamama Boyutu Skoru	0,420	<0,001	1,522	1,332-1,739
BDÖ Motor Dürtüsellik Boyutu Skoru	0,551	<0,001	1,735	1,453-2,072
BDÖ Dikkat Dürtüsellliği Boyutu Skoru	0,603	<0,001	1,827	1,536-2,174
HAD Anksiyete Boyutu Skoru	0,318	<0,001	1,374	1,239-1,523
HAD Depresyon Boyutu Skoru	0,218	<0,001	1,244	1,153-1,343
HAD Toplam Skor	0,150	<0,001	1,162	1,107-1,219
HAD Anksiyete: 10 Üzeri	2,192	<0,001	8,957	4,204-19,083
HAD Depresyon: 7 Üzeri	1,595	<0,001	4,927	2,457-9,882
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	0,017	0,548	1,017	0,962-1,076
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	0,030	0,155	1,030	0,989-1,073
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	-0,022	<0,001	0,979	0,970-0,987
SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite	-0,066	<0,001	0,936	0,904-0,969
SF-36 Ruhsal Sağlık	-0,064	0,001	0,938	0,903-0,975
SF-36 Sosyal İşlevsellik	-0,035	<0,001	0,966	0,951-0,982
SF-36 Ağrı	-0,007	0,510	0,993	0,972-1,014
SF-36 Genel Sağlık	-0,052	<0,001	0,949	0,926-0,973

[†]Lojistik Regresyon Testi

Tablo 4.11-14 arasında, metamfetamin kullananların aralıkları arasındaki ölçek skorlarına ait ayrıntılı analiz sonuçları yer almaktadır. Analizlerde kullanılan "r" değeri, yaygınlığını temsil etmektedir. Korelasyonun maliyeti, -1 ile +1 arasında değer alabilir. +1, pozitif yönler tam birdir; -1 ise negatif yönlerde tam bir şekilde bulunur. Korelasyonun sıfıra yaklaşması zayıf olduğunu, -1 ya da +1'e yaklaştıkça kuvvetlendiğini gösterir. Buna göre, $r=0,00$ "ilişki yok", $r=0,01-0,29$ "düşük düzeydeki ilişki", $r=0,30-0,70$ "orta düzeydeki ilişki", $r=0,71-0,99$ "yüksek düzeyde ilişki" ve $r=1,00$ "mükemmel ilişki" olarak montaj. Pozitif yönde bir ilişki, iki değişkenin birlikte aynı yönde hareket ettiğini gösterir; yani onun iki değişkeni aynı anda artıyor ya da azalıyorsa, pozitif bir ilişki söz konusudur. Negatif bir ilişki ise değişkenlerin ters yönlerinde hareket ettiği, yani bir değişken artarken diğersinin azaldığını ifade eder.

Tablo 4.11'de ASRS ölçeği skorları ile diğer ölçekler arasındaki korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. ASRS Dikkat boyutu skoru ile ASRS Dürtüsellik ve Hiperaktivite, BDÖ Plan Yapamama, BDÖ Motor Dürtüsellik, BDÖ Dikkat Dürtüsellliği, HAD Anksiyete, HAD Depresyon ve HAD toplam arasında doğrusal, pozitif yönlü ve orta düzeyli anlamlı ilişkiler saptanmıştır. ASRS Dikkat boyutu ile pozitif yönlü ve yüksek düzeyli anlamlı ilişkiye sahip olan ölçek skoru ise ASRS toplam skordur. SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü, SF-36 Ruhsal Sağlık, SF-36 Sosyal İşlevsellik ve SF-36 Genel Sağlık ölçek skorları ise ASRS Dikkat boyutu negatif yönlü anlamlı ilişkilere sahiptir. Bu ilişkilerin orta düzeyde olduğu anlaşılmaktadır. Yine negatif yönlü ilişkinin saptandığı SF-36 SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite parametresinde ise ilişki kuvveti zayıftır.

ASRS Dürtüsellik ve Hiperaktivite skoru ile pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişkilere sahip olan parametreler BDÖ Plan Yapamama, BDÖ Motor Dürtüsellik, BDÖ Dikkat Dürtüsellliği, HAD Anksiyete, HAD Depresyon ve HAD toplam skor parametreleridir. Pozitif yönlü ve yüksek düzeyde ilişkinin saptandığı parametre yine ASRS toplam skor olmuştur. SF-36 ölçeği boyutları arasında SF-36 Fiziksel Fonksiyon ve SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü parametreleri ile ASRS Dürtüsellik ve Hiperaktivite arasında pozitif düşük düzeyli ilişkiler varken, SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü, SF-36 Ruhsal Sağlık ve SF-36 Sosyal İşlevsellik parametrelerinde negatif yönlü ve orta düzeyli, SF-36 Enerji/ Canlılık/

Vitalite ve SF-36 Genel Sağlık parametrelerinde negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişkiler saptanmıştır.

ARSR Toplam skorun BDÖ Plan Yapamama, BDÖ Motor Dürtüsellik, BDÖ Dikkat Dürtüselligi, HAD Anksiyete, HAD Depresyon ve HAD toplam skor ile arasında anlamlı, doğrusal, pozitif yönlü ve orta düzeyli; SF-36 Fiziksel Fonksiyon ve SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü ise pozitif yönlü ve düşük kuvvetli ilişkisi bulunmuştur. SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite parametresi ile negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişkisi saptanan ARSR toplam skorun SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü, SF-36 Ruhsal Sağlık, SF-36 Sosyal İşlevsellik ve SF-36 Genel Sağlık ile anlamlı bulunan ilişkisi negatif yönlü ve orta düzeylidir.

Tablo 4.11.Metamfetamin Kullanan Hastalarda Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Analizi-I

		ASRS Dikkat	ASRS Dürtüsellik ve Hiperaktivite	ASRS Toplam Skor
ASRS Dikkat	r	1		
	p	.		
ASRS Dürtüsellik ve Hiperaktivite	r	0,670**	1	
	p	<0,001	.	
ASRS Toplam Skor	r	0,894**	0,916**	1
	p	<0,001	<0,001	.
BDÖ Plan Yapamama	r	0,576**	0,455**	0,571**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
BDÖ Motor Dürtüsellik	r	0,499**	0,498**	0,544**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
BDÖ Dikkat Dürtüsellliği	r	0,598**	0,488**	0,593**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
HAD Anksiyete	r	0,632**	0,564**	0,659**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
HAD Depresyon	r	0,526**	0,413**	0,519**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
HAD Toplam Skor	r	0,615**	0,518**	0,627**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	r	0,046	0,220**	0,161*
	p	0,481	0,001	0,014
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	r	0,073	0,167*	0,130*
	p	0,263	0,011	0,047
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0,378**	-0,338**	-0,389**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite	r	-0,269**	-0,225**	-0,248**
	p	<0,001	0,001	<0,001
SF-36 Ruhsal Sağlık	r	-0,353**	-0,338**	-0,381**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
SF-36 Sosyal İşlevsellik	r	-0,357**	-0,336**	-0,387**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
SF-36 Ağrı	r	-0,083	-0,109	-0,111
	p	0,205	0,095	0,09
SF-36 Genel Sağlık	r	-0,393**	-0,251**	-0,344**
	p	<0,001	<0,001	<0,001

^sSpearman Rho Korelasyon Analizi

** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Metamfetamin kullanan hastalarda BDÖ Plan Yapamama boyutu ile BDÖ Motor Dürtüsellik, BDÖ Dikkat Dürtüselligi, HAD Anksiyete, HAD Depresyon ve HAD toplam skor arasında pozitif yönlü, anlamlı ve orta kuvvetli ilişkiler saptanmıştır. BDÖ Plan Yapamama ile pozitif yönlü ilişkisi olduğu belirlenen diğer parametre olan SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü'nde ise ilişkinin kuvveti zayıftır. BDÖ Plan Yapamama parametresinin negatif yönlü anlamlı ilişkisi olan parametrelerden SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü, SF-36 Ruhsal Sağlık, SF-36 Sosyal İşlevsellik ve SF-36 Genel Sağlık orta düzeyli; SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite ve SF-36 Ağrı ise düşük düzeyli ilişkilere sahiptir.

Tablo 4.12'de yer alan sonuçlarda bir diğer BDÖ boyutu olan Motor Dürtüsellik parametresinin BDÖ Dikkat Dürtüselligi, HAD Anksiyete, HAD Depresyon ve HAD toplam skor ile pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişkileri olduğu görülmüştür. SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite skoru ile negatif yönlü ve orta düzeyli ilişkisi saptanan BDÖ Motor Dürtüsellik boyutunun SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü, SF-36 Ruhsal Sağlık, SF-36 Sosyal İşlevsellik ve SF-36 Genel Sağlık ile olan ilişkileri yine negatif yönlü ancak zayıf kuvvetli ilişkilerdir.

Son BDÖ boyutu Dikkat Dürtüselligi ise HAD Anksiyete, HAD Depresyon ve HAD toplam skor ile orta kuvvetli ve pozitif yönlü; SF-36 Ruhsal Sağlık ve SF-36 Sosyal İşlevsellik ile ise orta kuvvetli ve negatif yönlü ilişkileri vardır. Negatif yönlü ilişkilerin görüldüğü diğer SF-36 boyutlarından Emosyonel Rol Güçlüğü, Enerji/ Canlılık/ Vitalite, Ağrı ve Genel Sağlık parametrelerinde ilişkiler zayıf düzeydedir.

Tablo 4.12. Metamfetamin Kullanan Hastalarda Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Analizi-II

		BDÖ Plan Yapamama	BDÖ Motor Dürtüsellik	BDÖ Dikkat Dürtüselligi
BDÖ Plan Yapamama	r	1		
	p	.		
BDÖ Motor Dürtüsellik	r	0,633**	1	
	p	<0,001	.	
BDÖ Dikkat Dürtüselligi	r	0,662**	0,586**	1
	p	<0,001	<0,001	.
HAD Anksiyete	r	0,644**	0,510**	0,586**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
HAD Depresyon	r	0,553**	0,422**	0,492**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
HAD Toplam Skor	r	0,637**	0,490**	0,574**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	r	0,108	0,124	0,042
	p	0,099	0,058	0,523
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	r	0,166*	0,065	0,081
	p	0,011	0,325	0,22
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0,409**	-0,305**	-0,288**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite	r	-0,253**	-0,198**	-0,212**
	p	<0,001	0,002	0,001
SF-36 Ruhsal Sağlık	r	-0,414**	-0,311**	-0,304**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
SF-36 Sosyal İşlevsellik	r	-,416**	-,290**	-,350**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
SF-36 Ağrı	r	-0,165*	-0,09	-0,143*
	p	0,011	0,172	0,028
SF-36 Genel Sağlık	r	-0,372**	-0,227**	-0,280**
	p	<0,001	<0,001	<0,001

^SSpearman Rho Korelasyon Analizi

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.13'te yer alan parametreler arasında HAD Anksiyete skorunun pozitif yönlü ilişkisinin olduğu parametreler HAD Depresyon ve HAD toplam skordur. Söz konusu ilişkiler yüksek düzeyli ilişkilerdir. HAD Anksiyete ile SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü, SF-36 Ruhsal Sağlık, SF-36 Sosyal İşlevsellik ve SF-36 Genel Sağlık parametreleri arasındaki anlamlı ilişkiler negatif yönlü ve orta düzeyli; SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite ve SF-36 Ağrı parametreleri arasındaki ilişkiler ise negatif yönlü ve düşük düzeylidir.

HAD Depresyon ile HAD toplam skor arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli ilişki vardır. SF-36 boyutlarından Emosyonel Rol Güçlüğü, Enerji/ Canlılık/ Vitalite, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Ağrı ve Genel Sağlık parametreleri ile HAD Depresyon arasındaki ilişkilerin tamamı negatif yönlüdür. Bu ilişkilerden Ağrı düşük düzeyli iken, geriye kalan tüm ilişkilerin kuvveti orta düzeylidir.

HAD toplam skoru ile SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü, SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite, SF-36 Ruhsal Sağlık, SF-36 Sosyal İşlevsellik ve SF-36 Genel Sağlık arasında negatif yönlü ve orta düzeyli; HAD toplam skoru ile SF-36 Ağrı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişkiler saptanmıştır.

Tablo 4.13. Metamfetamin Kullanan Hastalarda Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Analizi-III

		HAD Anksiyete	HAD Depresyon	HAD Toplam Skor
HAD Anksiyete	r	1		
	p	.		
HAD Depresyon	r	0,732**	1	
	p	<0,001	.	
HAD Toplam Skor	r	0,933**	0,923**	1
	p	<0,001	<0,001	.
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	r	0,019	0,064	0,038
	p	0,773	0,331	0,564
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	r	0,022	-0,066	-0,031
	p	0,738	0,318	0,64
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0,425**	-0,452**	-0,462**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite	r	-0,289**	-0,369**	-0,344**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
SF-36 Ruhsal Sağlık	r	-0,445**	-0,471**	-0,490**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
SF-36 Sosyal İşlevsellik	r	-0,459**	-0,464**	-0,496**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
SF-36 Ağrı	r	-0,219**	-0,199**	-0,226**
	p	0,001	0,002	<0,001
SF-36 Genel Sağlık	r	-0,389**	-0,323**	-0,380**
	p	<0,001	<0,001	<0,001

^SSpearman Rho Korelasyon Analizi

** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.14’te ise Metamfetamin kullanan hastalarda SF-36 ölçeği boyutlarının kendi arasındaki korelasyon sonucu görülmektedir. Anlamlı bulunan tüm ilişkiler pozitif yönlü, doğrusal ilişkilerdir. SF-36 Fiziksel Fonksiyon ile SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü ve SF-36 Genel Sağlık arasındaki ilişki düşük düzeyli; SF-36 Fiziksel Fonksiyon ile SF-36 Ağrı arasındaki ilişki ise orta düzeylidir. Orta düzeyli bir başka ilişki ise SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü ile SF-36 Ağrı arasındadır. SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü ile anlamlı ilişkileri olduğu görülen tüm SF-36 boyutlarında ilişki kuvveti orta düzeydedir. SF-36 Ağrı boyutu ile düşük düzeyli bir ilişkisi bulunan SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite parametresinin SF-36 Ruhsal Sağlık, SF-36 Sosyal İşlevsellik ve SF-36 Genel Sağlık parametreleri ile ilişkileri orta düzeylidir. SF-36 Ruhsal Sağlık ve -36 Sosyal İşlevsellik parametrelerinin anlamlı ilişkileri olduğu görülen diğer SF-36 boyutları ile arasındaki ilişkiler orta kuvvetli iken SF-36 Ağrı ile SF-36 Genel Sağlık arasındaki ilişki düşük düzeylidir.

Tablo 4.14. Metamfetamin Kullanan Hastalarda Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Analizi-IV

		SF-36 Fiziksel Fonksiyon	SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite	SF-36 Ruhsal Sağlık	SF-36 Sosyal İşlevsellik	SF-36 Ağrı	SF-36 Genel Sağlık
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	r	1							
	p	.							
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	r	0,281**	1						
	p	<0,001	.						
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0,011	0,046	1					
	p	0,864	0,483	.					
SF-36 Enerji/ Canlılık/ Vitalite	r	0,001	0,034	0,494**	1				
	p	0,985	0,603	<0,001	.				
SF-36 Ruhsal Sağlık	r	0,002	0,047	0,658**	0,649**	1			
	p	0,976	0,47	<0,001	<0,001	.			
SF-36 Sosyal İşlevsellik	r	0,051	0,057	0,670**	0,499**	0,677**	1		
	p	0,437	0,389	<0,001	<0,001	<0,001	.		
SF-36 Ağrı	r	0,332**	0,307**	0,318**	0,200**	0,311**	0,477**	1	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	.	
SF-36 Genel Sağlık	r	0,179**	0,044	0,499**	0,505**	0,625**	0,468**	0,212**	1
	p	0,006	0,504	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	.

^SSpearman Rho Korelasyon Analizi

** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.15'te çalışma gruplarına göre sosyo-demografik özelliklerin anlamlı şekilde farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan analiz sonuçları yer almaktadır. Tabloda yer alan tüm parametrelerin çalışma gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Söz konusu anlamlı farklılıkların hangi çalışma grupları arasında olduğunu anlayabilmek amacıyla Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi çalıştırılmıştır. Buna göre, Sağlıklı Gönüllüler grubunda yer alan katılımcıların yaşları, Metamfetamin kullananlara göre anlamlı şekilde yüksektir (Şekil 4.1). Sağlıklı Gönüllüler grubunda kadınların ve evli katılımcıların yoğunluğu diğer iki gruba göre daha yüksektir. Metamfetamin kullananlarda ise bekarların yoğunluğu Sağlıklı Gönüllülere göre daha yüksektir. Eğitim durumu parametresinde çalışma gruplarına göre anlamlı farklılıkların görüldüğü alt kategoriler ortaokul ve üniversite kategorileridir. Sağlıklı Gönüllülerde üniversite mezunu olmak diğer iki gruba göre anlamlı şekilde yüksekken; ortaokul mezunu olmak ise diğer iki gruba göre anlamlı şekilde düşük oran almıştır. Düzenli çalışmanın diğer iki gruba göre anlamlı şekilde yüksek görüldüğü Sağlıklı Gönüllülerde düzensiz çalışma ve çalışmama oranları diğer iki çalışma grubuna göre düşüktür. Geliri giderinden fazla olan katılımcıların Sağlıklı Gönüllüler grubunda diğer iki gruba göre anlamlı şekilde yüksek bir yoğunlukta olduğu saptanan gelir parametresinde geliri giderinden az olan katılımcıların Metamfetamin kullanan hastaların olduğu grupta, Sağlıklı Gönüllülere göre daha yüksek bir orana sahip olduğu anlaşılmıştır. Sağlıklı Gönüllülerin ilde yaşama sıklıkları diğer iki gruba daha yüksekken, ilçede yaşama sıklıkları ise diğer gruplara göre anlamlı şekilde düşüktür. Son olarak, eş ve çocuklarıyla birlikte ve tek başına yaşama pratiği Sağlıklı Gönüllülerde diğer iki çalışma grubuna göre anlamlı olarak yüksek oranlar almıştır. Anne baba ile yaşamak ise Metamfetamin kullanan hasta grubunda ve Metamfetamin kullanmadan madde kullanan hasta grubunda, Sağlıklı Gönüllüler grubuna göre daha yüksektir.

Tablo 4.15. Çalışma Gruplarına Göre Sosyo-Demografik Özellikler

Değişkenler (n=234)	Çalışma Grupları			P	Post-Hoc Analiz Sonuçları		
	Metamfetamin Kullananlar (n=78)	Metamfetamin Kullanmadan Madde Kullananlar (n=78)	Sağlıklı Gönüllüler (n=78)		p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
Yaş (Yıl)	30(26-37)	30(27-37)	31(28-40)	0,024^k	>0,999	0,024	0,176
Cinsiyet				<0,001*			
Erkek	72(92,3) ^a	73(93,6) ^a	45(57,7) ^b				
Kadın	6(7,7) ^a	5(6,4) ^a	33(42,3) ^b				
Medeni Durum				0,002*			
Evli	22(28,2) ^a	27(34,6) ^a	45(57,7) ^b				
Bekar	45(57,7) ^a	40(51,3) ^{a,b}	29(37,2) ^b				
Boşanmış	11(14,1) ^a	11(14,1) ^a	4(5,1) ^a				
Eğitim Durumu				<0,001*			
İlkokul	10(12,8) ^a	13(16,7) ^a	5(6,4) ^a				
Ortaokul	33(42,3) ^a	36(46,2) ^a	9(11,5) ^b				
Lise	26(33,3) ^a	26(33,3) ^a	20(25,6) ^a				
Üniversite	9(11,5) ^a	3(3,8) ^a	44(56,4) ^b				
Çalışma hayatı				<0,001*			
Düzenli	39(50) ^a	47(60,3) ^a	76(97,4) ^b				
Çalışıyor							
Düzensiz	13(16,7) ^a	11(14,1) ^a	1(1,3) ^b				
Çalışıyor							
Çalışmıyor	26(33,3) ^a	20(25,6) ^a	1(1,3) ^b				
Gelir				<0,001*			
Gelir	37(47,4) ^a	30(38,5) ^{a,b}	18(23,1) ^b				
giderden az							
Gelir	33(42,3) ^a	42(53,8) ^a	31(39,7) ^a				
gidere eşit							
Gelir	8(10,3) ^a	6(7,7) ^a	29(37,2) ^b				
giderden fazla							
İkamet Yeri				<0,001*			
1(1,3) ^a		2(2,6) ^a	0(0) ^a				
Köy/Kasaba							
İlçe	14(17,9) ^a	21(26,9) ^a	3(3,8) ^b				
İl	63(80,8) ^a	55(70,5) ^a	75(96,2) ^b				
Aile Tipi				<0,001*			
Eş-Çocuk	22(28,2) ^a	27(34,6) ^a	45(57,7) ^b				
Anne-	49(62,8) ^a	42(53,8) ^a	6(7,7) ^b				
Baba							
Tek	7(9) ^a	9(11,5) ^a	27(34,6) ^b				

^kKruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, Med(IQR)

Post-Hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

1: Metamfetamin Kullananlar

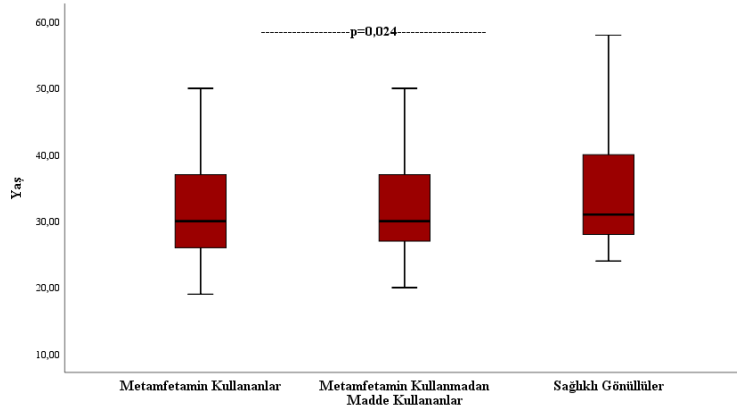
2: Metamfetamin Kullanmadan Madde Kullananlar

3: Sağlıklı Gönüllüler

*Pearson Ki-Kare test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%).

Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir, farklı harfler farkı temsil etmektedir.

Şekil 4.1. Çalışma Gruplarına Göre Yaş



Metamfetamin kullanan hastalar ile Metamfetamin dışında madde kullanan hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırıldığı analiz sonuçlarının yer aldığı Tablo 4.16’da iki grup arasında anlamlı farklılığın yalnızca madde kullanımını bırakıp yeniden başlama sayısı parametresinde olduğu görülmüştür ($p=0,048$). Buna göre, Metamfetamin kullanan hastaların madde kullanımını bırakıp yeniden başlama sayısı, Metamfetamin dışında madde kullanan hastalara göre anlamlı şekilde yüksektir (Şekil 4.2).

Şimdiye kadar kullanılan maddelerin tamamı ($p>0,05$), en uzun madde kullanmama süresi ($p=0,805$), hastaneye yatış öyküsü ($p=0,337$), hastada SCID-5’e göre DEHB tanısının varlığı ($p=0,192$) ve madde kullanımına başlangıç yaşı (0,138) parametreleri ise iki grup için istatistiki açıdan benzer bulunmuştur.

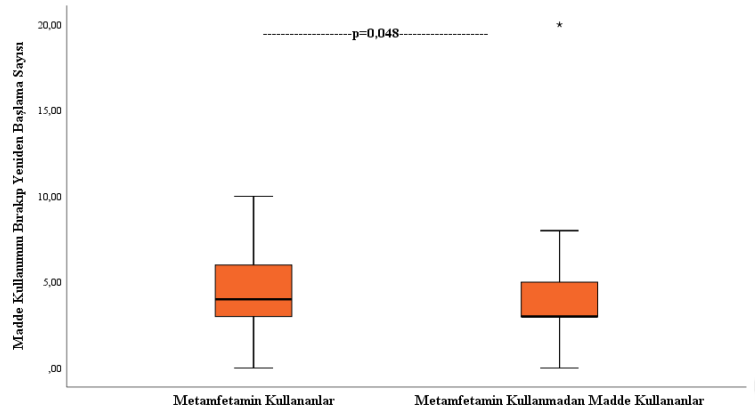
Tablo 4.16. Çalışma Gruplarına Göre Klinik Özellikler

Değişkenler (n=234)	Çalışma Grupları		p
	Metamfetamin Kullanıcılar (n=78)	Metamfetamin Kullanmadan Madde Kullanıcılar (n=78)	
Şimdiye Kadar Kullanılan Maddeler			
Opiyat	50(64,1)	52(66,7)	0,736*
Kokain	18(23,1)	20(25,6)	0,852*
Esrar	39(50)	44(56,4)	0,422*
Ekstazi	13(16,7)	17(21,8)	0,542*
Diğer Maddeler (sentetik kannabinoid)	28(35,9)	30(38,5)	0,740*
En Uzun Madde Kullanım Süresi			0,805*
0 Ay	5(6,4)	2(2,6)	
1-3 Ay	9(11,5)	7(9)	
3-6 Ay	10(12,8)	11(14,1)	
6-12 Ay	12(15,4)	12(15,4)	
1 Yıl ve Üzeri	42(53,8)	46(59)	
Hastaneye Yatış			0,337*
Var	43(55,1)	37(47,4)	
Yok	35(44,9)	41(52,6)	
SCID-5'e göre Hastada DEHB Tanısı			0,192*
Var	23(29,5)	15(19,2)	
Yok	55(70,5)	63(80,8)	
Madde Kullanım Başlangıç Yaşı	18(16-20)	19(16-21)	0,138 ^u
Madde Kullanımını Bırakıp Yeniden Başlama Sayısı	4(3-6)	3(3-5)	0,048^u

*Pearson Ki-Kare test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Yates Düzeltmesi, n(%).

^uMann Whitney U test, Med(IQR)

Şekil 4.2. Çalışma Gruplarına Göre Madde Kullanımını Bırakıp Yeniden Başlama Sayısı



Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği skorlarına ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.17'dedir. Analiz sonuçları, çalışma grupları arasında tüm ASRS boyutlarının, toplam ASRS skorunun ve ASRS gruplandırmasının anlamlı şekilde farklılık gösterdiğini işaret etmektedir ($p < 0,001$). Farklılığın hangi çalışma grupları arasında gerçekleştiğini belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz sonuçları, Sağlıklı Gönüllüler grubunda yer alan katılımcıların tüm ASRS skorlarında, diğer iki gruba göre anlamlı şekilde düşük değerler aldığını göstermiştir (Şekil 4.3). Benzer şekilde, yüksek ihtimalle DEHB olduğu düşünülen hastaların oranı da yine Sağlıklı Gönüllüler grubunda diğer iki gruba göre anlamlı şekilde düşüktür. Metamfetamin kullanan hastalar ile Metamfetamin kullanmadan madde kullanan hastaların ise ilgili skor ve oranları benzer görülmüştür.

Tablo 4.17. Çalışma Gruplarına Göre Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Değişkenler (n=234)	Çalışma Grupları			p	Post-Hoc Analiz Sonuçları		
	Metamfetamin Kullananlar (n=78)	Metamfetamin Kullanmadan Madde Kullananlar (n=78)	Sağlıklı Gönüllüler (n=78)		p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
ASRS Dikkat Boyutu Skoru	14,5(10-22)	12(9-16)	10(7-12)	<0,001 ^k	0,068	<0,001	0,034
ASRS Dürtüsellik ve Hiperaktivite Boyutu Skoru	14,5(10-22)	12(8-16)	8(5-11)	<0,001 ^k	0,294	<0,001	<0,001
ASRS Toplam Skor	28(20-46)	24(18-29)	17,5(13-21)	<0,001 ^k	0,085	<0,001	<0,001
ASRS Gruplandırma				<0,001 [*]			
DEHB	55(70,5) ^a	64(82,1) ^a	74(94,9) ^b				
Değil							
Yüksek	23(29,5) ^a	14(17,9) ^a	4(5,1) ^b				
İhtimalle DEHB							

^kKruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, Med(IQR)

Post-Hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

1: Metamfetamin Kullananlar

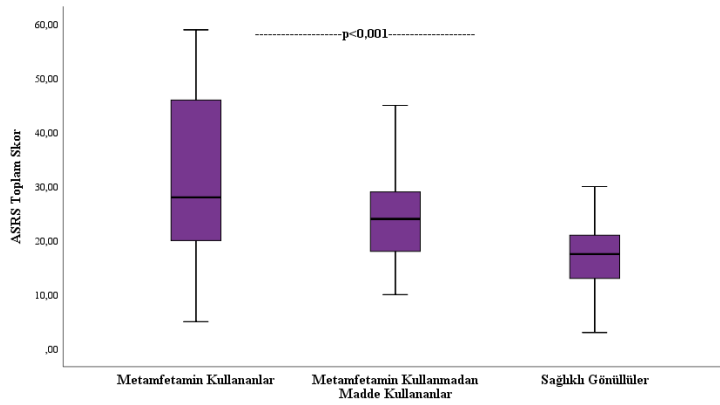
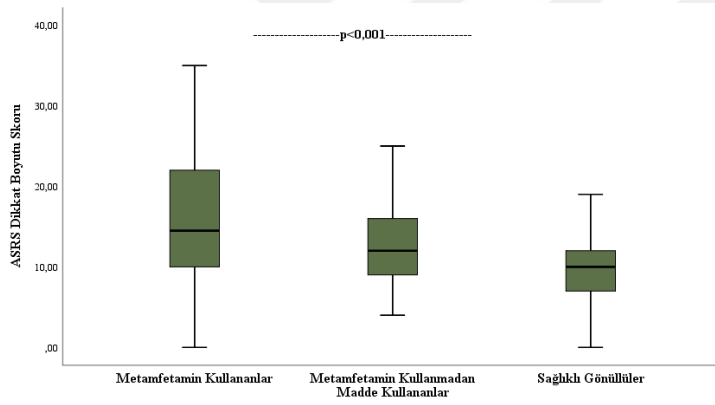
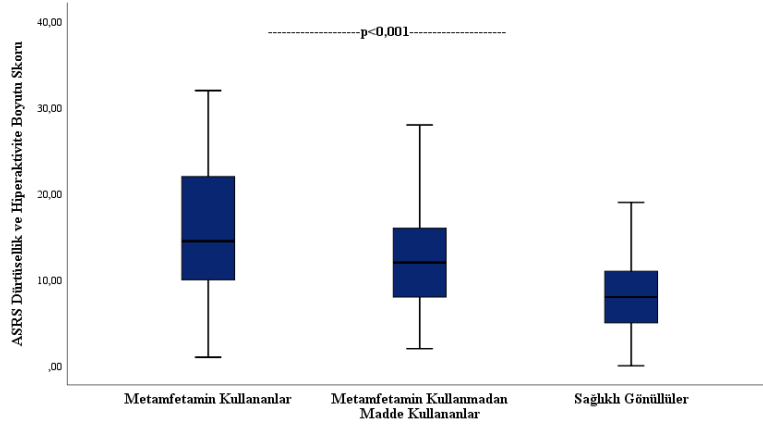
2: Metamfetamin Kullanmadan Madde Kullananlar

3: Sağlıklı Gönüllüler

*Pearson Ki-Kare test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%).

Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir, farklı harfler farkı temsil etmektedir.

Şekil 4.3. Çalışma Gruplarına Göre Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)



Dürtüsellik Ölçeğinin üç alt boyutunun tamamı çalışma gruplarında anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($p<0,001$; Tablo 18). Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi uygulandığında, Metamfetamin kullanan hastaların BDÖ Motor Dürtüsellik boyutu ve BDÖ Dikkat Dürtüsellik boyutu skorlarının Metamfetamin dışında madde kullanan hastalardan oluşan gruba ve Sağlıklı Gönüllü grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu anlaşılmıştır. BDÖ Plan Yapamama boyutu skorunda ise, Metamfetamin kullanan hastalar diğer iki gruba göre anlamlı şekilde daha yüksek ve Sağlıklı Gönüllü katılımcılar diğer iki gruba göre anlamlı şekilde düşük değerler almıştır (Şekil 4.4).

Tablo 4.19’da ise HAD ölçeği analiz sonuçları görülmektedir. HAD Anksiyete ($p=0,001$), HAD Depreyon ($p<0,001$) ve toplam HAD ($p<0,001$) skorları çalışma gruplarında anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Tüm HAD skorlarında, Metamfetamin kullananların ve Metamfetamin harici madde kullananların aldığı skorlar, sağlıklı gönüllülere göre anlamlı şekilde yüksekken, Metamfetamin kullananlar ile Metamfetamin kullanmadan madde kullananların skorları benzerdir (Şekil 4.5). HAD Anksiyete skoru 10’un üzerinde olanlar ile HAD Depresyon skoru 7’nin üzerinde olanların oranları da yine sağlıklı gönüllülerden oluşan grupta anlamlı şekilde düşük çıkmıştır.

Son olarak, SF-36 boyutunun boyutlarının çalışma farklılıkları arasında anlamlı bir farklılık göstermediği incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.20’de sunulmuştur. Sonuçlara göre, Uluslararası Fonksiyon ($p=0,001$), Uluslararası Rol Güçlüğü ($p<0,001$), Duygusal Rol Güçlüğü ($p=0,001$), Enerji/Canlılık/Vitalite ($p=0,004$), Ruhsal Sağlık ($p<0,001$) ve Sosyal İşlevsellik ($p=0,001$) boyutlar, gruplar arasında anlamlı farklılıklar görülmektedir. Post-Hoc Bonferroni başvuruları sonucunda, Dünya Fonksiyonları ve Uluslararası Rol Güç değerlerinin Sağlıklı Gönüllü gruplarındaki diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha düşük olduğu, Duygusal Rol Güçlüğü, Ruhsal Sağlık ve Sosyal İşlevsellik boyutlarının ise Sağlıklı Gönüllülerde diğer iki gruba göre anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Enerji/Canlılık/Vitalite ise sağlıklı Gönüllülerin, metamfetamin paralarının kullanıldığı gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek puanlar görülmüştür (Şekil 4.6).

Tablo 4.18. Çalışma Gruplarına Göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)

Değişkenler (n=234)	Çalışma Grupları			p	Post-Hoc Analiz Sonuçları		
	Metamfetamin Kullanıcılar (n=78)	Metamfetamin Kullanmadan Madde Kullanıcılar (n=78)	Sağlıklı Gönüllüler (n=78)		p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
BDÖ Plan Yapamama Boyutu Skoru	13(10-15)	10(8-13)	9(7-11)	<0,001 ^k	0,002	<0,001	0,017
BDÖ Motor Dürtüsellik Boyutu Skoru	10(9-12)	9(7-10)	8(7-10)	<0,001 ^k	0,009	<0,001	0,065
BDÖ Dikkat Dürtüsellik Boyutu Skoru	10(8-13)	8(6-10)	8(6-10)	<0,001 ^k	0,001	<0,001	>0,999

^kKruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, Med(IQR)

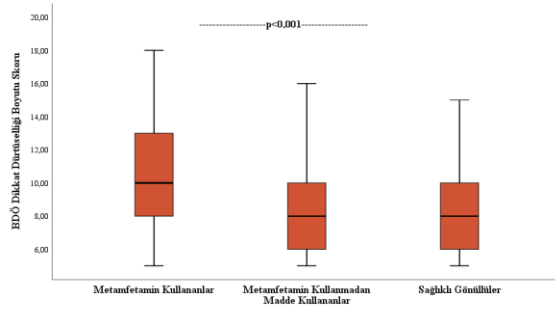
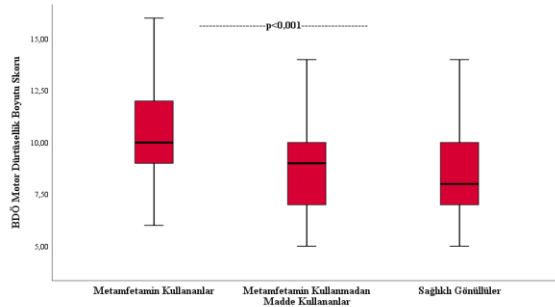
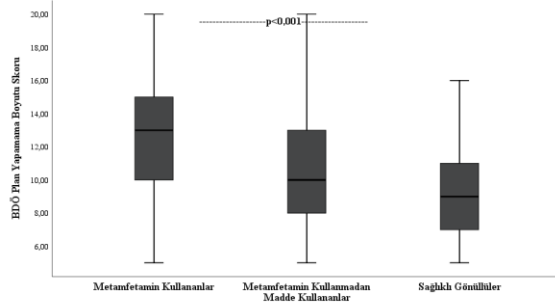
Post-Hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

1: Metamfetamin Kullanıcılar

2: Metamfetamin Kullanmadan Madde Kullanıcılar

3: Sağlıklı Gönüllüler

Şekil 4.4. Çalışma Gruplarına Göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)



Tablo 4.19. Çalışma Gruplarına Göre HAD Ölçeği

Değişkenler (n=234)	Çalışma Grupları			P	Post-Hoc Analiz Sonuçları		
	Metamfetamin Kullananlar (n=78)	Metamfetamin Kullanmadan Madde Kullananlar (n=78)	Sağlıklı Gönüllüler (n=78)		p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
HAD Anksiyete Boyutu Skoru	8(4-11)	7(4-10)	6(3-7)	0,001^k	0,935	0,001	0,025
HAD Depresyon Boyutu Skoru	6(3-11)	5(2-9)	3(1-5)	<0,001^k	0,668	<0,001	0,007
HAD Toplam Skor	14(7-21)	11(7-20)	8,5(5-12)	<0,001^k	0,782	<0,001	0,010
HAD Anksiyete Boyutu Gruplandırma				<0,001*			
10 ve Altı	56(71,8) ^a	61(78,2) ^a	75(96,2) ^b				
10 Üzeri	22(28,2) ^a	17(21,8) ^a	3(3,8) ^b				
HAD Depresyon Boyutu Gruplandırma				0,001*			
7 ve Altı	48(61,5) ^a	51(65,4) ^a	68(87,2) ^b				
7 Üzeri	30(38,5) ^a	27(34,6) ^a	10(12,8) ^b				

^kKruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, Med(IQR)

Post-Hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

1: Metamfetamin Kullananlar

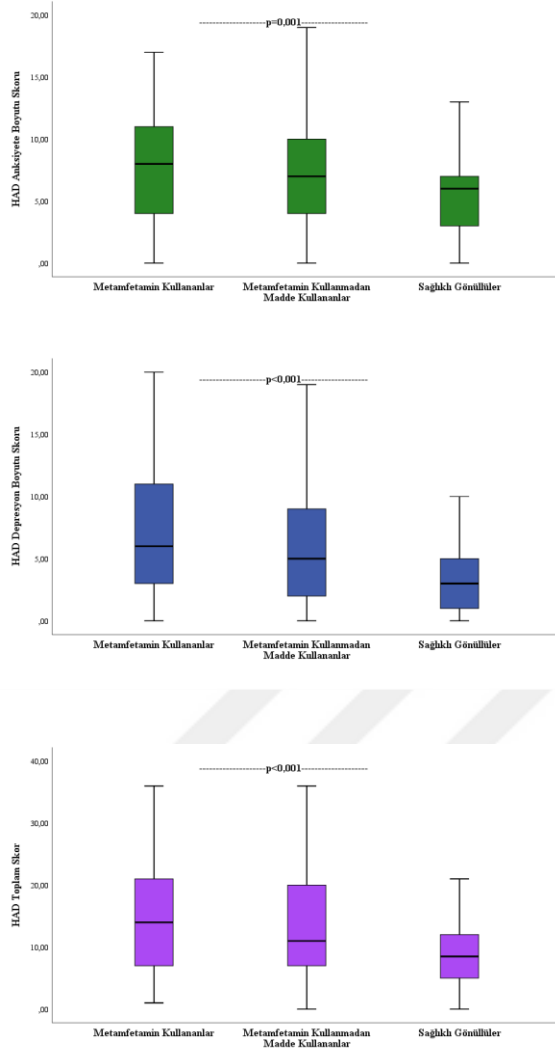
2: Metamfetamin Kullanmadan Madde Kullananlar

3: Sağlıklı Gönüllüler

*Pearson Ki-Kare test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%).

Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir, farklı harfler farkı temsil etmektedir.

Şekil 4.5. Çalışma Gruplarına Göre HAD Ölçeği



Tablo 4.20. Çalışma Gruplarına Göre SF-36 Ölçeği

Değişkenler (n=234)	Çalışma Grupları			p	Post-Hoc Analiz Sonuçları		
	Metamfetamin Kullananlar (n=78)	Metamfetamin Kullanmadan Madde Kullananlar (n=78)	Sağlıklı Gönüllüler (n=78)		p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
Fiziksel Fonksiyon	100(100-100)	100(100-100)	100(90-100)	0,001^k	>0,999	<0,001	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	100(100-100)	100(100-100)	100(75-100)	<0,001^k	>0,999	<0,001	<0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	66,67(0-100)	66,67(0-100)	100(66,67-100)	0,001^k	>0,999	0,005	0,003
Enerji/Canlılık/Vitalite	27,5(21-37)	22,75(17-32,5)	32(26,75-37,5)	0,004^k	0,872	0,088	0,004
Ruhsal Sağlık	22,6(17,8-30,6)	22,6(17,6-31)	28,6(26-35)	<0,001^k	>0,999	<0,001	0,003
Sosyal İşlevsellik	75(50-87,5)	75(50-87,5)	87,5(75-100)	0,001^k	>0,999	0,004	0,002
Ağrı	100(90-100)	100(90-100)	100(90-100)	0,117 ^k	-	-	-
Genel Sağlık	75(60-85)	75(65-85)	75(70-85)	0,518 ^k	-	-	-

^kKruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, Med(IQR)

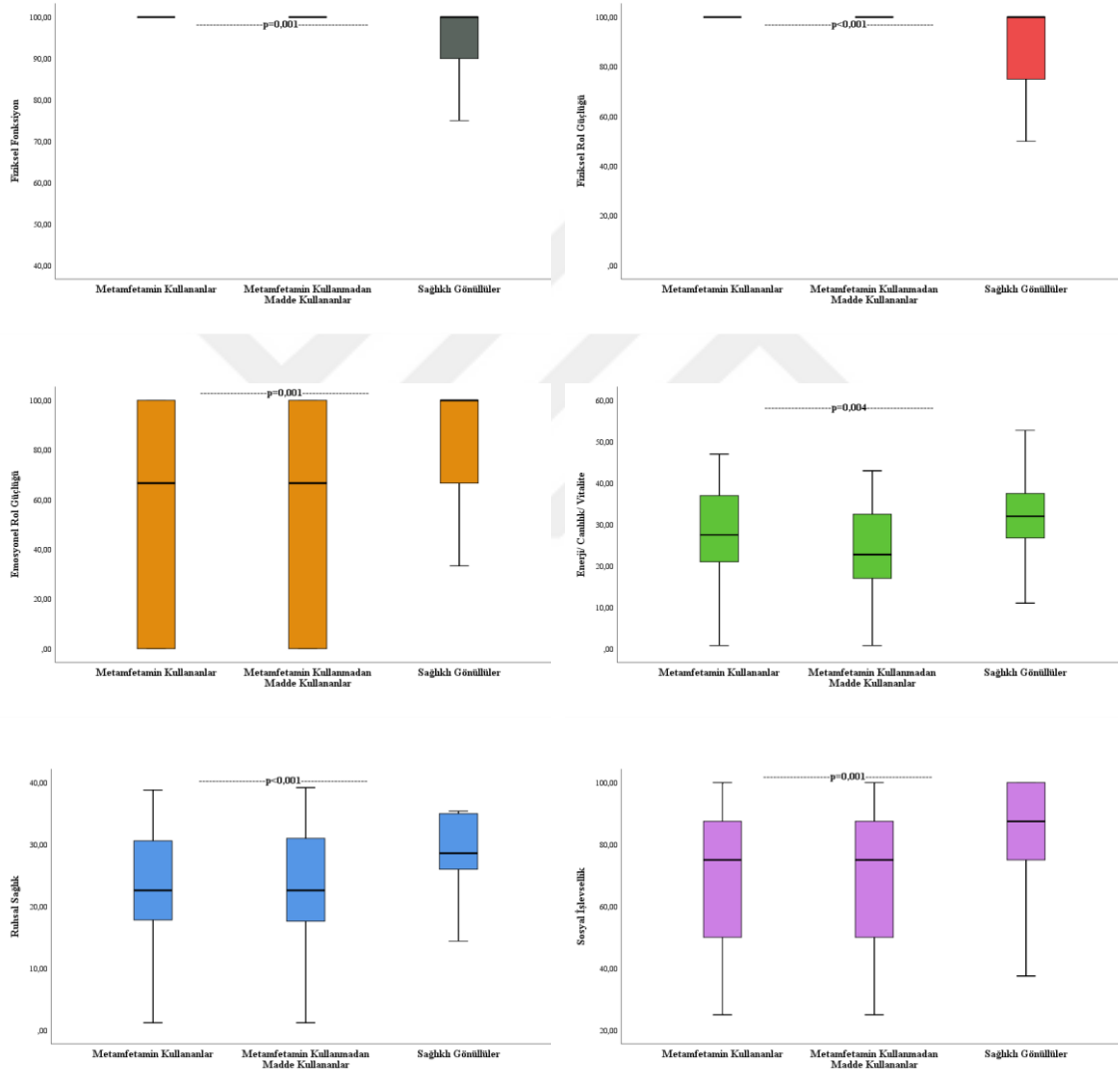
Post-Hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

1: Metamfetamin Kullananlar

2: Metamfetamin Kullanmadan Madde Kullananlar

3: Sağlıklı Gönüllüler

Şekil 4.6. Çalışma Gruplarına Göre Bazı SF-36 Ölçeği Boyutları



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Daha önce birçok defa madde kullanım bozukluğu ve DEHB tanılarının birlikteliği hakkında çalışma yapılmış olmakla birlikte (65,66,67), TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) verilerine göre özellikle son yıllarda ülkemizde kötüye kullanımı hızlı bir şekilde artan (68) ve beraberinde ciddi sosyal, tıbbi ve psikolojik sorunlara yol açan metamfetamin kullanımı ile DEHB tanı birlikteliği ve etkileri hakkında yeterli çalışma olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda MKB (metamfetamin kullanım bozukluğu) ve MDMKB (metamfetamin dışı madde kullanım bozukluğu) olan hastalarda DEHB tanısı alma olasılığı sağlıklı gönüllülere göre anlamlı derecede yüksek olduğu, MKB ile MDMKB olanlar arasında ise anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. ASRS ölçeği puanlarının MKB ve MDMKB olan grupta sağlıklı gönüllülere göre anlamlı derecede yüksek olduğu, MKB ile MDMKB olanlar arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. BDÖ skorları karşılaştırıldığında MKB olanlar, hem MDMKB olanlardan hem de sağlıklı gönüllülerden bütün alt ölçeklerde anlamlı derecede yüksek puan almıştır.

DEHB'nin neden olduğu birçok durum (iş kaybı, okul başarısızlığı, sosyal uyum sorunları) madde kullanım bozukluğunda da görülür ve bunlar yanlışlıkla madde kullanım bozukluğuna bağlanabilir. Madde kullanım bozukluğu bulunan hastaların, DEHB'nin erken geçmişini hatırlamakta zorluk yaşaması, bu hasta grubunda DEHB tanısı koymakta zorluk çıkarmaktadır (69). Ek olarak madde kullanım bozukluğu olan bireylere çocukluklarında DEHB tanısı koyulmamışsa, yetişkin olarak gösterdikleri DEHB semptomlarının madde bağımlılığına bağlı olarak düşünülmesi olasıdır (69).

Bu çalışmada MKB olan grup ile MDMKB olan grup şimdiye kadar kullandıkları maddeler açısından karşılaştırıldığında, MKB olan grupta metamfetamin kullanımı hariç tutulduğunda iki grup arasında kullanılan maddeler açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu sonuçla iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda kullanılan madde türlerinin sonuçlara etkisi ortadan kalktığını düşünüyoruz.

MKB olan hastalar ile MDMKB olan hastalar klinik özellikleri açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı farklılığın yalnızca madde kullanımını bırakıp yeniden başlama sayısı parametresinde olduğu görülmüştür. Buna göre, Metamfetamin kullanan hastaların madde kullanımını bırakıp yeniden başlama sayısı, Metamfetamin dışında madde kullanan hastalardan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur, bu da metamfetamin kullanan grubun daha dürtüsel hareket ettiğine yönelik bir yorum kazandırmıştır. Yaş, medeni hali, cinsiyet, mesleki kariyerleri, eğitimleri, gelir, ikamet ve yaşanan aile tipi gibi parametrelerde iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış olmakla birlikte Sağlıklı Gönüllü grubu tüm parametrelerde diğer iki gruptan anlamlı düzeyde ayrılmıştır.

Çalışmamızda katılımcılara uygulanan Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeğinde (HAD), MKB olan grupta 22 kişi (%28,2) HAD Anksiyete Boyutu alt ölçeğinden 10 ve üzeri, 30 kişi (%38,5) HAD Depresyon Boyutu alt ölçeğinden 7 ve üzeri puan almıştır. MDMKB olan grupta Anksiyete alt ölçeğinden 17 kişi (%21,8) 10 ve üzeri, Depresyon alt ölçeğinden 27 kişi (%34,6) 7 ve üzeri puan almıştır. Sağlıklı Gönüllülerde ise Anksiyete skorundan Anksiyete skorundan 3 (%3,8), Depresyon skorundan ise 10 (%12,8) kişi kesme puanı ve üzerinde puan almıştır. Tüm HAD skorlarında, Metamfetamin kullananların ve Metamfetamin harici madde kullananların aldığı skorlar, sağlıklı gönüllülere göre anlamlı şekilde yüksekken, Metamfetamin kullananlar ile Metamfetamin kullanmadan madde kullananların skorları istatistiksel olarak benzer bulunmuştur.

Yapılan incelemeler, madde kullanım bozukluğu ile diğer psikiyatrik rahatsızlıkların birlikte daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır. Örneğin, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde depresif bozukluklar sıklıkla gözlemlenmektedir (76).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada alkol ve madde kullanan genç erkeklerde en sık karşılaşılan iki tanıdan birinin majör depresif bozukluk olduğu saptanmıştır (77). Bizim çalışmamızda da literatürle paralel olarak, madde kullanan bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin sağlıklı gönüllülerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin meslek hayatlarında ve sosyal yaşamlarında yaşadıkları güçlükler, gelir gider dengelerinin gider tarafında daha fazla olması, dürtüsel davranışları nedeniyle çok sık adli olaya karışmaları gibi birçok neden depresif ruh haline yatkınlık oluşturmaktadır. Madde kullanım bozukluğu nedeniyle başvuran her hastada depresyon ve anksiyete semptomlarının taranması ve gerekli müdahalelerin yapılması tedaviye uyum açısından da önemlidir.

Çalışmamıza katılan kişiler SCID-5'e göre DEHB tanısı açısından değerlendirilmiş olup, MKB olan hastalar arasından 23 kişiye (%29,5), MDMKB olan hastalar arasından 15 kişiye (%19,2), sağlıklı gönüllüler arasından 4 kişiye (%5,1) DEHB tanısı konulmuştur. MKB ile MDMKB olan grup arasında DEHB tanısı açısından yaklaşık olarak %10'luk bir fark olup iki grup arasında DEHB tanısı alma açısından anlamlı istatistiksel bir fark olmadığı bulunmuştur. MKB ve MDMKB grupları, sağlıklı gönüllü grubu ile karşılaştırıldığında DEHB tanısı açısından anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda DEHB'nin normal popülasyonda erişkinlik döneminde görülme oranının yaklaşık %5 olduğu gösterilmiştir. (5) Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde ise DEHB'nin yaşam boyu görülme oranının %15-25 arasında olduğunu gösteren çalışmalar vardır. (7) Bizim çalışmamızda da bu çalışmalardaki sonuçlar ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmaya katılan metamfetamin kullanıcılarının genellikle tedavi amacıyla hastaneye başvuran, işlevselliği bozulmaya başlamış veya bozulmuş kişilerden oluşması, metamfetamini self medikasyon olarak yasadışı şekilde kullanıp hastaneye başvurma gereği duymayan DEHB hastalarına ulaşamamış olmamız gibi nedenlerle MKB ve MDMKB grupları arasındaki farkın

kapanmış olma ihtimali vardır. Aynı zamanda ek madde kullanımı olmadan sadece metamfetamin kullanan hastalar ve hastaneye başvurmamış metamfetamin kullanımı olan kişileri de kapsayan bir çalışma ile daha net sonuçlara ulaşılabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcılara BDÖ uygulanmış olup, MKB olan grupta; BDÖ Plan Yapamama Boyutu Skoru 13 puan, BDÖ Motor Dürtüsellik Boyutu Skoru 10 puan, BDÖ Dikkat Dürtüsellik Boyutu Skoru 10 puan gelmiştir, MDMKB olan grupta; BDÖ Plan Yapamama Boyutu Skoru 10 puan, BDÖ Motor Dürtüsellik Boyutu Skoru 9 puan, BDÖ Dikkat Dürtüsellik Boyutu Skoru 8 puan gelmiştir, Sağık Gönüllülerde ise; BDÖ Plan Yapamama Boyutu Skoru 9 puan, BDÖ Motor Dürtüsellik Boyutu Skoru 8 puan, BDÖ Dikkat Dürtüsellik Boyutu Skoru 8 puan gelmiştir. MKB hastaların BDÖ Motor Dürtüsellik boyutu, BDÖ Dikkat Dürtüsellik boyutu ve BDÖ Plan Yapamama boyutu skorlarının MDMKB hastalardan oluşan gruba ve Sağık Gönüllü grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. BDÖ Plan Yapamama Boyutu Skoru, BDÖ Motor Dürtüsellik Boyutu Skoru, BDÖ Dikkat Dürtüsellik Boyutu Skoru gibi etkenler ile Metamfetamin kullanımı arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Aynı şekilde BDÖ alt ölçek skorlarındaki artış ile SCID-5'e göre DEHB tanısı alması ve ASRS tüm ölçek skorları arasında da anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Madde kullanım bozukluğunda dürtüsel özelliklerin yüksekliği bilinmektedir. Yapılan birçok çalışma bu bilgiyi destekler niteliktedir. Daha önce yapılan bir araştırmada madde kullanım bozukluğu öyküsü olanlar, olmayanlara göre davranışsal olarak ve öz bildirim ölçümlerinde daha dürtüsel bulunmuştur (70). Kliniğimizde yapılan başka bir çalışmada opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda, sağık gönüllülere göre BDÖ puanlarında anlamlı derecede yükseklik saptanmıştır (71). Aynı şekilde Metamfetamin kullanımı da birçok çalışmada dürtüsel, saldırgan ve antisosyal davranış ile ilişkilendirilmiştir (72,73). Bizim çalışmamızda MKB olan grup MDMKB olan gruba

göre de BDÖ skorlarının tüm alt parametrelerinde anlamlı yükseklik olduğu görülmüştür. MKB grubundaki hastaların MDMKB grubundaki hastalara göre daha sık madde bırakıp tekrar başlama davranışları da skorları desteklemektedir. Metilfenidat ve amfetamin türü stimülanların dikkatsizlik ve motor disinhibisyon için reçete edildiği düşünüldüğü zaman (74), bu kişiler dürtüsel semptomlarını hafifletmek amacıyla metamfetamin kullanıyor olabilirler. Moallem ve ark. (2018) tarafından 203 metamfetamin kullanıcısı ile yapılan bir başka çalışmada, yüksek miktarda metamfetamin kullanımı ile yüksek dürtüsellik seviyeleri ilişkili bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada, artan metamfetamin kullanımı ile motor dürtüsellik puanları ilişkili bulunmuştur (75)

Hastalarda SICID-5'e göre DEHB tanısının olmasını etkileyen faktörlere bakıldığında, Metamfetamin kullanımının ($p=0,002$) 2,844 kat, Ekstazi kullanımının ($p=0,002$) 3,720 kat DEHB tanısını artırdığı görülmüştür. Ekstazinin de amfetamin türevi bir madde olduğu düşünüldüğünde, metamfetamin ve türevi maddelerin kullanımının DEHB tanısı almak ile anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür. DEHB tanısı ve semptomlarının madde kullanım bozukluğu ile birlikte bulunması tedaviyi de güçleştirmektedir. DEHB eş tanılı madde kullanım bozukluğu hastalarında, bağımlılık tedavisi için en önemli sorun tedaviye devam edememektir (78). Hastalar genellikle DEHB tedavisini, sorunlarının farkına varıldığı şeklinde algılayıp tedaviye devam konusunda istekli olabilmektedirler. Metilfenidat ile tedavi edilen yetişkin DEHB eş tanılı madde kullanım bozukluğu hastalarının tedaviye tutunma oranlarının daha iyi olduğunu gösteren çalışmalar vardır (79). Çalışmamız MKB ve MDMKB ile başvuran hastalarda DEHB eş tanısının anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir, bu da hastaların maddeyi bırakma sürecindeki devamlılığını sağlamak açısından olası DEHB tanısını saptamayı gerekli tedavinin uygulanması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda Metamfetamin kullanımını yordayan bağımsız faktörlere bakıldığında, Hastada SCID-5'e göre DEHB tanısının varlığı, ASRS Dikkat Boyutu, ASRS Dürtüsellik ve Hiperaktivite Boyutu, ASRS Toplam Skor, ASRS: Yüksek İhtimalle DEHB olma durumu, BDÖ Plan Yapamama Boyutu, BDÖ Motor Dürtüsellik Boyutu, BDÖ Dikkat Dürtüsellliği Boyutu Skoru gibi etkenler ile Metamfetamin kötüye kullanımı arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışma ile metamfetamin kullanımı ile DEHB tanısı arasındaki ilişki ve DEHB semptomlarının anlamlı düzeyde saptanmış olması, MKB olan hastaları tanımak açısından elimizi güçlendirmiştir. Literatüre bakıldığında da yapılan pek çok araştırma, dürtüsellik puanlarının metamfetamin kullanan kişilerde, sağlıklı kontrollere göre yüksek olduğunu bulmuştur (80,81,82). Örneğin Lanesman ve ark. (2018) tarafından yapılan araştırmada; metamfetamin kullanan kişilerde dürtüsellüğün bütün alt ölçekleri ve toplam puanı, sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulunmuştur (83). Çalışmamızda dürtüsellik alt ölçeklerinin MKB grubunda diğer madde kullanım bozukluğu hasta gruplarından da yüksek olması hastaların metamfetamin gibi stimülanları self medikasyon olarak kullanıyor olabileceklerini düşündürmüştür. Yine literatüre bakıldığında metamfetamin kullanan hastalarda DEHB ve dürtüsellik açısından sağlıklı gönüllülere göre pozitif yönde anlamlı derecede farklılık olduğu görülmüştür (84), bizim çalışmamızda da literatür ile benzer sonuçlar saptanmıştır, bu sonuçlarla MKB olan hastalara dürtüsellik ve DEHB eş tanıları açısından dikkatle yaklaşılması önem arz etmektedir.

Sonuç olarak; bu çalışmada, MKB ile MDMKB olan kişilerde, literatüre benzer şekilde sağlıklı popülasyondan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık DEHB hastalığının bulunduğu saptanmıştır. MKB ile MDMKB olan kişiler arasında DEHB

açısından %10 civarında fark olmakla beraber istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

MKB ile MDMKB olan kişiler arasında BDÖ skorları açısından anlamlı bir fark olduğu bulunmuş olup, bu ölçeğin değerlendirdiği semptomların DEHB semptomları ile örtüşmesi MKB olan kişilerde DEHB semptomları ve klinik etkileri açısından dikkatli olunması gerektiğini göstermektedir.

Metamfetamin kullanımını yordayıcı faktörler incelendiğinde DEHB tanısının olması, ASRS ve BDÖ skorları arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir. Madde kullanım bozukluğunda DEHB'nin bulunma sıklığı göz önüne alındığında, bağımlılık tedavisi için başvuran hastaların erişkin DEHB varlığı açısından taranması önemlidir.

Bu çalışmanın bazı sınırlamaları bulunmaktadır. Öncelikle öz bildirim ölçeklerinin kullanılması, elde edilen sonuçların tekrar gözden geçirilmesini gerektirebilir; bu nedenle psikiyatristler tarafından değerlendirilen ve doldurulan ölçeklerle yapılan çalışmalar daha değerli olabilir. Ayrıca, tek merkezli bir çalışma olması ve yalnızca kendi isteğiyle tedaviye başvuran hastaların dahil edilmesi, toplumdaki metamfetamin kullanıcılarının yalnızca küçük bir kısmını temsil etmektedir. Bu nedenle, toplumsal temelli ve daha geniş çeşitlilikteki gruplarla yapılan çalışma sonuçlarıyla yeniden incelenmesi gerekmektedir. Değişkenler arasındaki aktarımları daha net anlayabilmek ve neden-sonuç özelliklerini belirlemek için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir

6. ÖZET

Çalışmamızın amacı, Metamfetamin Kullanım Bozukluğu olan kişilerde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu birlikteliğinin ve olası klinik etkilerini araştırmaktır.

Bu araştırma, Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (AMBAUM) yapılmış, kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmaya DSM-5 tanı kriterlerine göre Madde Kullanım Bozukluğu tanısı almış, psikotik veya manik semptomları olmayan, ek nörolojik rahatsızlığı olmayan, okuryazar, 18-65 yaş arası, çalışmaya katılmaya gönüllü 78 MKB ve 78 MDMKB hastası alındı. DSM-5 tanı kriterlerine göre psikiyatrik veya nörolojik hastalık tanısı olmayan gönüllü 78 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara yüz yüze soru cevap şeklinde araştırmacı tarafından geliştirilmiş sosyodemografik formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 Kısa Formu (BDÖ-11), DSM Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-5 Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV) uygulanmıştır.

Çalışmamızda, Metamfetamin kullanımını yordayıcı faktörler incelendiğinde DEHB tanısının olması, DEHB tanısını yordayıcı faktörlere bakıldığında ise metamfetamin kullanım bozukluğu ile anlamlı ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızdaki önemli bir bulgumuz, MKB ve MDMKB arasında DEHB açısından anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, MKB ile MDMKB olan kişiler arasında BDÖ skorları açısından MKB grubunda daha yüksek olacak şekilde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur, bu ölçeğin değerlendirdiği semptomların DEHB semptomları ile örtüşmesi MKB olan kişilerde DEHB semptomları ve klinik etkileri açısından dikkatli olunması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Madde Kullanım Bozukluğu, Metamfetamin

7. ABSTRACT

The aim of our study is to investigate the comorbidity of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder in individuals with Methamphetamine Use Disorder and its potential clinical implications.

This research is a cross-sectional study conducted at the Akdeniz University Alcohol and Substance Addiction Research and Treatment Center (AMBAUM). The study included 78 patients with Methamphetamine Use Disorder (MUD) and 78 patients with Methamphetamine Use Disorder without comorbidities (MDMWC) who met the DSM-5 diagnostic criteria for Substance Use Disorder, had no psychotic or manic symptoms, no additional neurological disorders, were literate, aged between 18 and 65 years, and volunteered to participate in the study. Seventy-eight healthy volunteers without a psychiatric or neurological disorder diagnosis according to DSM-5 diagnostic criteria were included in the study. All participants were administered a sociodemographic form developed by the researcher in a face-to-face question-and-answer format, as well as the SF-36 Quality of Life Scale (SF-36), the Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Barratt Impulsiveness Scale-11 Short Form (BIS-11), and the Structured Clinical Interview for DSM Disorders-5 Clinician Version (SCID-5-CV).

In our study, when examining the predictive factors for methamphetamine use, the presence of an ADHD diagnosis was identified. Furthermore, when evaluating the predictive factors for an ADHD diagnosis, a significant association with methamphetamine use disorder was found.

An important finding in our study was that, while no significant difference in ADHD was found between the MUD and MUDWC groups, a significant difference in BIS-11 scores was observed, with the MUD group showing higher scores. The overlap of symptoms assessed by this scale with ADHD symptoms suggests that individuals with MUD should be carefully monitored for ADHD symptoms and their clinical implications.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Methamphetamine, Substance Use Disorder

8. KAYNAKLAR

1. Benjamin J. Sadock, V.A.S., ed. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 8ed.Vol. 1. 2005, Lippincott Williams & Wilkins: Baltimore.
2. Jaffe, JH. ve Strain, E.C. (2007). Opiyalara bağlı bozukluklar. İçinde: Comprehensive Textbook of Psychiatry. (Ed): Kaplan ve Sadocks'. Ankara, Öncü Basımevi, 1265-90.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-46, HHS Publication No. (SMA) 13-4795. Substance Abuse and Mental Health Services Administration; Rockville, MD: 2013.
4. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspective. J ClinPsychiatry 1998;59(suppl 7):4–16.
5. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV.Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. Am J Psychiatry 1995;152:1652–1658.
6. Levin FR, Evans SM, Kleber HD. Practical guidelines for the treatment of substance abusers with adult attention-deficit hyperactivity disorder. PsychiatrServ 1999;50:1001–10035-
7. Wilens T. ADHD and substance abuse. In: Spencer T, ed. Adult ADHD. Philadelphia, Pa: PsychiatricClinics of North America.
8. Wilens T. E. Impact of ADHD and its treatment on substance abuse in adults. J Clin Psychiatry 2004; 65: 38–45.
9. Anglin Md, Burke C, Perrochet B, Stamper E, Dawud-Noursi S. History of the Methamphetamine Problem. Journal of Psychoactive Drugs. 01 Haziran 2000;32(2):137-41.
10. Organization Who. Fifth Who-Unodc expert consultation on new psychoactive substances: addressing the challenges of non-medical use of opioids, meeting report, 24-25 September 2018, Who Headquarters, Geneva, Switzerland . World Health Organization; 2018
11. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report 2018: trends and developments. Lu: Publications Office; 2018.
12. Abuse S. Mental health services administration. Results from the. 2013;2:013.
13. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report 2022: trends and developments. Lu: Publications Office; 2022.

14. Mutlu E, Okudan M, Aşıcıoğlu F. Uyuşturucu Madde İmalatında Kullanılan Öncül Maddeler: On Yıllık Tek Merkez Verileri. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine & Forensic Sciences*. 2020 ;17(1).
15. Karakukeu C, Ciraci Mz, Kocer D, Zararsiz Ge, Reyhancan M, Altintop I. Regional drug abuse prevalence depending on laboratory based urine illicit drug screening results/Laboratuvar verilerine dayali idrarda yasa disi madde analiz sonuclarina gore bolgesel madde kullanim yayginliginin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2018;19(2):169-77.
16. Hornung Jp. The human raphe nuclei and the serotonergic system. *Journal of chemical neuroanatomy*. 2003;26(4):331-43.
17. Hornung Jp. The human raphe nuclei and the serotonergic system. *Journal of chemical neuroanatomy*. 2003;26(4):331-43.
18. Homer Bd, Solomon Tm, Moeller Rw, Mascia A, DeRaleau L, Halkitis Pn. Methamphetamine abuse and impairment of social functioning: a review of the underlying neurophysiological causes and behavioral implications. *Psychological bulletin*. 2008;134(2):301.
19. Berridge Cw, Waterhouse Bd. The locus coeruleus–noradrenergic system: modulation of behavioral state and state-dependent cognitive processes. *Brain research reviews*. 2003;42(1):33-84.
20. Shrem M, Halkitis P. Methamphetamine Abuse in the United States: Contextual, Psychological and Sociological Considerations. *J Health Psychol*. Temmuz 2008;13(5):669-79.
21. Boden J, Foulds J, Cantal C, Jones R, Dent J, Mora K, vd. Predictors of methamphetamine use in a longitudinal birth cohort. *Addictive behaviors*. 2023;144:107714.
22. Hobkirk Al, Watt Mh, Myers B, Skinner D, Meade CS. A qualitative study of methamphetamine initiation in Cape Town, South Africa. *International Journal of Drug Policy*. 01 Nisan 2016;30:99-106.
23. Saunders Jb. Substance use and addictive disorders in Dsm-5 and Icd10 and the draft Icd 11. *Current opinion in psychiatry*. 2017;30(4):227-37.
24. Hart C, Gunderson E, Perez A, Kirkpatrick M, Thurmond A, Comer SD, vd. Acute physiological and behavioral effects of intranasal methamphetamine in humans. *Neuropsychopharmacology*. 2008;33(8):1847-55.
25. Dawe S, Hides L, Kavanagh DJ, Teesson M. The profile of psychiatric symptoms exacerbated by methamphetamine use.
26. Potvin S, Pelletier J, Grot S, Hebert C, Barr A, Lecomte T. Cognitive deficits in individuals with methamphetamine use disorder: A meta-analysis. *Addictive behaviors*. 2018;80:154-60.

27. McKetin R, Lubman D, Lee N, Ross J, Slade T. Major depression among methamphetamine users entering drug treatment programs. Medical Journal of Australia [Internet]. Ağustos 2011 [a.yer 16 Ocak 2024];195(S3).
28. Wood DR, Reimherr FW, Wender PH, Johnson GE. Diagnosis and treatment of minimal dysfunction in adults. Arch Gen Psychiatry 1976;33: 1453.
29. Weis M, Weis G. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Levis M. Lippincott Williams & Wilkins, Third ed. Philadelphia 2002.
30. Chess S. Diagnosis and treatment of the hyperactive child. N Y State J Med. 1960; 60: 2379-85.
31. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. Journal of Abnormal Psychology, 2002; 111: 279–289.
32. Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment New York, Guilford Press, 2006
33. Weis M, Weis G. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Levis M. Lippincott Williams & Wilkins, Third ed. Philadelphia 2002.
34. Martin A. The hard work of growing up with ADHD. Am J Psychiatry 2005; 162:1575- 1577.
35. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry, 2006; 163: 716 -23.
36. Fayyad J, Graff RDE, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. Br J Psychiatry, 2007; 190, 402–409.
37. Tamam L, Tuğlu C, Karataş C, Özcan S. Adult attention-deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: Preliminary study. Psychiatry Clin Neurosci 2006; 60:480–485.
38. Tuğlu. C. Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Babalarında Bu Tanının ve Ruhsal Durumun Gözden Geçirilmesi (Uzmanlık tezi). Edirne Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi;1996.
39. Yargıç İ, Özdemiroğlu FA. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Işık E, Taner E, Işık U. (Editörler). Güncel Klinik Psikiyatri’de. İstanbul, Golden Print. 2008; 477-493.
40. Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri Tedavisi Çocuklarda ve erişkinlerdeki belirtileri. 14. Baskı, İstanbul:Gendaş A. Ş. 2007; 41-61.

41. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Elkitabı'ndan, çev. Koroğlu, E. Hekimler Yayın Birliği Ankara (2013)
42. Ratey JJ, Greenberg MS, Bemporad JR, Lindem LJ (1992) Unrecognized attention-deficit hyperactivity disorder in adults presenting for outpatient psychotherapy, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2:267 – 275
43. McCraeken. Attention deficit disorder. In: Sadock Bj, Sadock VA, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 7th. Edition Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, USA: 2000: 2679- 692.
44. Arnold LE, Jensen PS. Attention-deficit disorders. In: HI Kaplan, BJ Sadock, Baltimore editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6. Baskı, Williams and Wilkins, 1995: 2295-2310.
45. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry*, 2005; 57: 1467–1473.
46. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attentiondeficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 11:712-718.
47. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: Findings from multiplex families. *Am J Psychiatry* 2005;162:1621–1627
48. Doyle BB. *Understanding and Treating Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. 1st Ed., Washington, London, American Psychiatric Publishing. 2006;1-313.
49. Sobanski E. Psychiatric comorbidity in adults with attention deficit/hyperactivitydisorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 26–31.
50. Weiss M, Hetchman LT, Weis G. *ADHD in Adults. A Guide to Current Theory, Diagnosis and Treatment*. 1st Ed. Maryland, John Hopkins University Pres. 1999:1- 345.
51. Wilson JJ. ADHD and Substance use disorders: Developmental aspects and the impact of stimulant treatment. *Am J Addict* 2007; 16:5–13.
52. Faraone SV, Wilens TE, Petty C, Antshel K, Spencer T, Biederman J. Substance use among ADHD adults: Implications of late onset and subthreshold diagnoses. *Am J Addict* 2007; 16:24-34.

53. Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry*, 2000; 61: 244–251
54. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aicardi M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community, *J Clin Psychiatry* 67: 524–540
55. Clure C, Brady KT, Saladin ME et al. (1999) Attention deficit/hyperactivity disorder: symptom pattern and drug choice. *Am J Drug Alcohol Abuse* 25:441–448
56. Wilens TE et al. (1997) Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early-onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 185:475–482
57. Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2007;16(2):52-65.
58. Dogan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçüköncü S. Eriskin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği/Validity and reliability of the Turkish version of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1. 1). *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2009;10(2):77.
59. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF 36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;473-83.
60. Ware Jr JE, Kosinski M, Bayliss MS, McHorney CA, Rogers WH, Raczek A. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care.* 1995;AS264-79.
61. Koçyiğit H, Aydemir O, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (SF 36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Reliability and Validity of the Turkish Version of Short Form-36 (SF-36).* *İç Ve Tedavi Derg.* 01 Ocak 1999;12:102-6.
62. Güleç H, Tamam L, Güleç MY ve ark. Barratt dürtüsellik ölçeği -11 (BDÖ-11)'nin Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008;18(4):251-258.
63. First MB. Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). In: RL Cautin SLE, Wiley-Blackwell editor. *The Encyclopedia of Clinical Psychology.* First ed2015.
64. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Topak OZ, Çetin Ş, et al. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen

Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2019;30:51-6.

65. Di Nicola M, Callovini T, Pepe M, De Mori L, Montanari S, Bartoli F, Carrà G, Sani G. Substance use disorders in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: The role of affective temperament. *J Affect Disord.* 2024 Jun 1;354:253-257. doi: 10.1016/j.jad.2024.03.059. Epub 2024 Mar 15. PMID: 38494133.
66. Young S, Abbasian C, Al-Attar Z, Branney P, Colley B, Cortese S, Cubbin S, Deeley Q, Gudjonsson GH, Hill P, Hollingdale J, Jenden S, Johnson J, Judge D, Lewis A, Mason P, Mukherjee R, Nutt D, Roberts J, Robinson F, Woodhouse E, Cocallis K. Identification and treatment of individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: An expert consensus statement. *World J Psychiatry.* 2023 Mar 19;13(3):84-112. doi: 10.5498/wjp.v13.i3.84. PMID: 37033892; PMCID: PMC10075023.
67. Therribout N, Karsinti E, Morel A, Dereux A, Vorspan F, Romo L, Icick R. Feasibility of an Extensive Strategy for Adult Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Patients Suffering From Substance Use Disorders. *Front Psychiatry.* 2022 Jun 28;13:803227. doi: 10.3389/fpsy.2022.803227. PMID: 35836660; PMCID: PMC9273821.
68. TUBİM. Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2023.
69. Levin FR, Upadhyaya HP. Madde kullanım bozukluğu olan yetişkinlerde DEHB tanısı: DSM-IV kriterleri ve ayırıcı tanı. *J Clin Psychiatry.* 2007; 68 :e18
70. Allen, T.J., Moeller, F.G., Rhoades, H.M., Cherek, D.R., 1997. Subjects with a history of drug dependence are more aggressive than subjects with no drug use history. *Drug Alcohol Depend.* 46, 95–103.
71. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Opiyat Kullanım Bozukluğunda Klink ve Tedavi Süreçlerine etkisi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Seda Yavuz, 2016
72. Anglin MD, Burke C, Perrochet B, Stamper E, Dawud-Noursi, S. (2000). History of the methamphetamine problem. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 137–141.
73. vScott JC, Woods SP, Matt GE, Meyer RA, Heaton RK, Atkinson JH, et al. Neurocognitive effects of methamphetamine: a critical review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev.* 2007 Sep;17(3):275-97. doi: 10.1007/s11065-007-9031-0. PMID: 17694436.
74. Chan E, Fogler JM, & Hammerness PG (2016). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: A systematic review. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 315(18), 1997–2008.

75. Moallem NR, Courtney KE, & Ray LA (2018). The relationship between impulsivity and methamphetamine use severity in a community sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 187, 1-7.
76. Şireli Ö. Depresyon tanısı almış ergenlerde anne baba kabul reddi-kontrolü aile içi ilişkilerin depresyon şiddetine etkisi. Yayımlanmamış uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2012.
77. Sevinçok L, Küçükardalı Y, Dereboy Ç ve Dereboy F. Genç erkeklerde madde kullanımı: Sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2000; 11(1): 40-48.
78. Levin FR, Evans SM, Vosburg SK, Horton T, Brooks D, Ng J. Terapötik bir toplulukta kokain bağımlıları arasında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve diğer psikopatolojilerin tedaviyi sürdürme üzerindeki etkisi. *Bağımlı Davranışı*. 2004; 29 :1875–1882
79. Kollins SH. Metilfenidatın diğer uyarıcılarla karşılaştırıldığında kötüye kullanım potansiyelinin karşılaştırılması: Mevcut kanıtların ve DEHB hastasıyla ilişkisinin gözden geçirilmesi. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64 :14–18.
80. Kohno M, Okita K, Morales AM, Robertson CL, Dean AC, Ghahremani DG, et al. (2016). Midbrain functional connectivity and ventral striatal dopamine D2-type receptors: Link to impulsivity in methamphetamine users. *Molecular Psychiatry*, 21(11), 1554–1560. doi:10.1038/mp.2015.223.
81. Mahoney JJ, Thompson-Lake DG, Cooper K, Verrico CD, Newton TF, De La Garza R (2015). A comparison of impulsivity, depressive symptoms, lifetime stress and sensation seeking in healthy controls versus participants with cocaine or methamphetamine use disorders. *Journal of Psychopharmacology*, 29(1), 50–56. doi:10.1177/ 0269881114560182.
82. Uhlmann A, Fouche JP, Lederer K, Meintjes EM, Wilson D, & Stein DJ (2016). White matter microstructure and impulsivity in methamphetamine dependence with and without a history of psychosis. *Human Brain Mapping*, 37(6), 2055–2067. doi:10.1002/ hbm.23159.
83. Tali H. Lanesman, Hetta Gouse, Jason Bantjes, Dan J. Stein & Christine Lochner (2019): Correlates and predictors of impulsivity in adults with methamphetamine use disorder, *Journal of Substance Use*, DOI: 10.1080/14659891.2019.1572803.
84. Akkuş M, Avşar PA. 2D:4D ratio, alexithymia, impulsivity, aggression, and ADHD in men with opioid and methamphetamine use disorders: A comparative analysis with healthy controls. *Early Hum Dev*. 2024 Feb;189:105946. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2024.105946. Epub 2024 Jan 22. PMID: 38280313.

9. EKLER

EK 1. ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Adı: Metamfetamin kullanan ve kullanmayan madde kullanım bozukluğu hastaları ile sağlıklı gönüllülerin erişkin DEHB birlikteliği ve klinik etkileri açısından karşılaştırılması

Araştırmanın İçeriği: Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne (AMBAUM) başvuran metamfetamin kullanım bozukluğu tanısı olan ve metamfetamin haricinde madde kullanım bozukluğu olan, psikotik veya manik semptomu olmayan, kronik nörolojik hastalığı olmayan çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş arası en az 156 hasta ve 78 sağlıklı kontrol dahil edilecektir. Sosyodemografik ve klinik veri formu ve öz bildirim ölçekleri verilecektir.

Araştırmanın Amacı: Metamfetamin kullanan ve kullanmayan madde kullanım bozukluğu olan hastaların erişkin DEHB, dürtüsellik, depresyon ve anksiyete semptomları ve yaşam kalitesi açısından birbiriyle ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılarak, sürdürüm tedavisi düzenlenmesi, nüksün önlenmesi konusunda klinisyenlere katkı sağlaması, hastaların tedavi uyumunu arttırması amaçlanmıştır.

Araştırmanın Nedeni: () Bilimsel araştırma

(x) Tez çalışması

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 01.02.2024- 01.07.2024 tarihleri arasında yaklaşık 6 ay
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 78 kişi metamfetamin kullanım bozukluğu, 78 kişi metamfetamin haricinde madde kullanım bozukluğu tanısı olan hasta, 78 kişi sağlıklı kontrol

Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Deneysel işlem yapılmayacaktır. Katılmayı kabul eden gönüllüler öz bildirim ölçekleri, sosyodemografik ve klinik veri formu dolduracaktır.

2.Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:
Herhangi bir risk ya da zarar söz konusu değildir.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Metamfetamin kullanım bozukluğu tanısı olan ve metamfetamin haricinde madde kullanım bozukluğu tanısı olan hastaları erişkin DEHB, depresyon ve anksiyete belirtileri, dürtüsellik ve yaşam kalitesi açısından birbiriyle ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırarak, elde edilecek bilgilerin tedavi uyumu, nüksün engellenmesi, uygun koruma ve destek programlarının hazırlanması konusunda hastalara faydalı olması hedeflenmiştir.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Ahmet ÖZTAŞ Telefon:

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın çalışma ekibi tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan ekilebileceğimin bilincindeyim.

8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için:

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı: Dr. Ahmet ÖZTAŞ

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-

Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

EK 2. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

1. Cinsiyet: 1) Erkek 2) Kadın
2. Yaş
3. Medeni durum: 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış
4. Eğitim durumu: 1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite
5. Mesleğiniz: 1) Düzenli Çalışıyor 2) Düzensiz Çalışıyor (serbest) 3) Çalışmıyor
6. Aylık gelir durumunuz: 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla
7. Şu an ikamet ettiğiniz yer: 1) Köy/Kasaba 2) İlçe 3) İl
8. Aile Tipiniz: 1) Eş-Çocuk 2) Anne-Baba 3) Tek Yaşıyorum
9. Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
10. Alkol kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
11. Sigara / Alkol Dışı Maddelerden Kullanıyor Musunuz? 1) Evet 2) Hayır
12. Daha önce hiç adli bir olaya karıştınız mı? 1) Evet 2) Hayır

KLİNİK VERİ FORMU

1. Metamfetamin Kullanım Bozukluğu: 1) Var 2) Yok
2. Şimdiye Kadar Kullandığınız Maddeler: 1) Metamfetamin 2) Opiyat 3) Kokain 4) Esrar 5) Ekstazi
- 6) Diğer (sentetik kannabinoid)
3. Madde Kullanımına Başlangıç Yaşınız:
4. Metamfetamin Kullanımına Başlangıç Yaşı:
5. Kaç Kez Madde Kullanımını Bırakıp Tekrar Başladınız:
6. En Uzun Madde Kullanmama Süreniz: 0) 0 1) 1-3 ay 2) 3-6 ay 3) 6-12 ay 4) 1 yıl ve üzeri
7. Hastaneye Yatış Öyküsü: 1) Var 2) Yok
 - Hastada DEHB tanısı düşünüldü mü? 1) Evet 2) Hayır

EK 3. ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞI KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (ASRS)

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

İsim:					
Tarih:					
	Asla	Nadi- ren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşıp, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
A BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					
B BÖLÜMÜ					

EK 4. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD)

HAD ÖLÇEĞİ

Hasta adı soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birşey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- ☐ Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum .

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

EK 5. BARRAT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ

BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ -11 KISA FORMU

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

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

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

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

Dürtüsellik ve Dürtü Kontrol Bozuklukları

805

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

Değerlendirme

Puanlama:

Plan yapmama (5 madde): 1*, 5*, 6*, 11*, 15*

Motor dürtüsellik (5 madde): 4, 10, 12, 13, 14

Dikkat dürtüsellliği (5 madde): 2, 3, 7, 8, 9

* Ters işaretlenmiş maddeler

Maddeler 1 den 4 e kadar puanlanır (nadiren =1, Her zaman=4 gibi). Ters işaretlenmiş maddelerde bunun tam tersi puanlama yapılır.

Yorumlama: Kesme puanı belirlenmemiştir. Bu nedenle karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılmalıdır.

EK 6. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF-36)

SF-36 (Kısa Formu)

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla.

Size en uygun yanıtı veriniz.

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Çok daha iyi	Biraz iyi	Hemen hemen aynı	Biraz daha kötü	Çok daha kötü
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
3. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4. Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5. Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6. Birkaç kat merdiven çıkmak	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7. Bir kat merdiven çıkmak	☐ 1	☐ 2	☐ 3
8. Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	☐ 1	☐ 2	☐ 3
9. Bir kilometreden fazla yürümek	☐ 1	☐ 2	☐ 3
10. Birkaç yüz metre yürümek	☐ 1	☐ 2	☐ 3
11. Yüz metre yürümek	☐ 1	☐ 2	☐ 3
12. Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	☐ 1	☐ 2	☐ 3

	Evet	Hayır
13. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
14. Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
15. Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
16. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	☐ ₁	☐ ₂

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
17. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
18. Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
19. İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	☐ ₁	☐ ₂

20. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi	Çok Az	Orta Derecede	Epeyce	Çok fazla
☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

21. Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç olmadı	Çok Az	Hafif	Orta	Çok	Pek çok
☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

22. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi	Biraz Etkiledi	Orta Derecede	Epey Etkiledi	Çok Etkiledi
☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

	Sürekli	Çoğu Zaman	Epey Zaman	Bazen	Ara Sıra	Hiçbir zaman
23. Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
24. Çok sinirli biri oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
25. Hiçbir şeyin size neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
26. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
27. Çok enerjik oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
28. Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
29. Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
30. Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
31. Yorgunluk hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

32. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli ☐₁ Çoğu zaman ☐₂ Bazen ☐₃ Ara Sıra ☐₄ Hiçbir zaman ☐₅

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33. Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
34. Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
35. Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
36. Sağlığım mükemmeldir.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅