



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

MADDE KULLANICILARINDA TSSB VE PSİKOPATOLOJİK BELİRTİLERİN İNCELENMESİ

ŞEYMA TUNÇAY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2019

MADDE KULLANICILARINDA TSSB VE PSİKOPATOLOJİK BELİRTİLERİN İNCELENMESİ

ŞEYMA TUNÇAY

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Mehmet ÇAKICI

“”

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın yürütülmesinde bilgi, tecrübe, zaman ve desteğini esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Mehmet ÇAKICI'ya sonsuz teşekkür ederim.

Çalışmalarım boyunca beni yönlendiren, değerli vaktini bana ayıran, mesleki gelişim sürecimde bana en doğru yolu gösteren, her umutsuzluğumda yoluma ışık tutan Yrd. Doç . Dr. Füsun GÖKKAYA'ya sonsuz teşekkür ederim.

Bana olan güvenini ve inancını her an hatırlatarak her zaman yanımda olup desteklerini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Hande Çelikay Söyler'e sonsuz teşekkür ederim.

Tez sürecim boyunca verdikleri güzel umut ve destekler ile her zaman yanında olduklarını hissettiren Prof. Dr. Fatma Gül CİRHİNLİOĞLU, Prof. Dr. Zafer CİRHİNLİOĞLU ve Yrd. Doç. Dr. Utku BEYAZIT'a sonsuz teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca bana olan inancı, güveni, destek ve cesaretlendirmeleri ile daima yanımda olan beni tek bir an bile yalnız bırakmayan anneme, bana olan saygı ve sevgilerini her zaman hissettirdikleri için kardeşlerime ve uzmanlık sürecim boyunca sevgisini, inancını, şefkatini ve sabrını benden tek bir an bile sakınmayan sevgilime teşekkür ederim.

ÖZ

MADDE KULLANICILARINDA TSSB VE PSİKOPATOLOJİK BELİRTİLERİN İNCELENMESİ

Bu çalışma, madde kullanıcılarında Travma sonrası stres bozukluğu ve psikopatolojik belirtilerin araştırmayı amaçlamaktadır. Çalışmanın örneklemini, Lefkoşa ilinde bulunan Yakın Doğu Üniversitesindeki 75 madde kullanmayan ve Uyuşturucuyla Mücadele Komisyonu 75 madde kullanan kadın ve erkek öğrenci katılımcılar oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılan veriler; Kişisel Bilgi Formu, Model Avrupa Alkol Anketi, Travma Sonrası Belirti Ölçeği ve SCL-90-Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği aracılığıyla katılımcılardan alınmıştır.

Madde kullanan bireylerin daha çok erkek, 25 yaş üstünde, bekar, parçalanmış bir aileye sahip oldukları, çalıştıkları işin olmadığı aynı zamanda madde kullanan bireylerin çoğunun anne ve babasının yaşamadığı görülmüştür. Aynı zamanda araştırmamızın temel amaçlarından olan psikopatolojik belirtilerden depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğunun anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Bu çalışmanın bir diğer sonucuna göre ise gençlerin tümünde en fazla alkol kullandıkları daha sonra ise sigara kullandıkları görülmüştür. Kontrol grubunda ise sigara ve alkol dışında madde kullanan üniversite öğrencisi bulunmamaktadır. Madde kullanımı olan bireylerde ise en fazla alkol ve sigaradan sonra en fazla kullanılan maddelerin sırasıyla esrar, hap, uçucu madde, amfetamin, sentetik kannabinoid, kokain, eroin, anabolizan steroid ve son olarak LSD olduğu bulgulanmıştır.

Sivil toplum örgütleri, medya, üniversiteler ve diğer kuruluşlarla işbirliği içinde uyuşturucu madde kullanımına karşı savaş açılmalı, uzun dönemli önleyici planlar ve programlar geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Madde kullanımı, Travma sonrası stres bozukluğu, Psikopatolojik belirtiler.

ABSTRACT

INVESTIGATING POST-TRAUMATIC STRESS DIORDER AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS

This study aims to investigate posttraumatic stress disorder and psychopathological symptoms in substance users. The sample of the study is comprised of male and female participants who non-substance users 75 substance users 75 in Near East University in Nicosia. The data used in the research; The Personal Information Form was obtained from the participants through the Model European Alcohol Questionnaire, Post Traumatic Symptom Scale and SCL-90-Psychological Symptom Check Scale.

The individuals using the substance were mostly male, individuals who are above 25 years of age, single they had a fragmented family, they did not work, and most of the individuals who used the substance did not live their parents. At the same time, depression, anxiety and post-traumatic stress disorder differed significantly from the psychopathological symptoms which are one of the main objectives of our study. According to another result of this study, it was found that they used the most alcohol in all of the young people and then they used cigarettes. In the control group, there is no university student who uses substances other than cigarettes and alcohol. In individuals with substance use, the most commonly used substances after alcohol and cigarettes were marijuana, pill, volatile matter, amphetamine, senthetic cannabnoid, cocaine, heroin, anabolic steroid and finally LSD.

In cooperation with non-governmental organizations, media, universities and other organizations, war against drug use must be established and long-term preventive plans and programs should be developed.

Keywords: Substance use, Post-Travmatic Stress Disorder, Psychological Sympmtoms.

İÇİNDEKİLER	
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLO DİZİNİ	ix
KISALTMALAR	xi
1. BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın önemi	4
1.4. Sınırlılıklar	5
1.5. Tanımlar.....	5
2. BÖLÜM.....	6
KURAMSAL ÇERÇEVE	6
2.1.1. Bağımlılık.....	6
2.1.2. Maddenin Kötüye Kullanımı	7
2.1.3. Bağımlılık Yapan Maddeler	8
2.1.3.a Sigara	9
2.1.3.b. Alkol	9
2.1.4. Bağımlılık Yapan Diğer Maddelerin Sınıflandırılması	10
2.1.4.1. Merkezi Sinir Sistemini Yavaşlatanlar	10
2.1.4.2. Merkezi Sinir Sistemi Uyarıcılar	12
2.1.5. KKTC’de Yapılan ilgili Çalışmalar.....	13
2.2. Travma.....	14
2.2.1. Travma ve Tarihçesi	14
2.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu’nun Tanımı.....	17
2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu’nun Klinik Değerlendirmesi	18
2.2.3.1. DSM 4 ve DSM 5 Arasındaki Farklılıklar	20
2.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Epidemiyolojisi	21
2.2.5.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi	22

2.2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisi.....	23
2.2.6.1 İlaç Tedavisi	24
2.2.6.2. Psikoterapiler.....	24
2.2.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'na Ait Yaklaşımlar	25
2.2.7.1. Psikodinamik Kuram	25
2.2.7.2. Bilişsel Kuram.....	25
2.2.7.3. Davranışçı Kuram	27
2.2.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Üzerine Yapılan Çalışmalar .	27
2.3. Psikopatolojik Belirtiler	33
2.3.1. Depresyon	33
2.3.2. Somatizasyon	33
2.3.3. Anksiyete	33
2.3.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	33
2.3.5. Psikotizm.....	34
2.3.6. Fobik Anksiyete	34
2.3.7. Paranoid Düşünceler.....	34
2.3.8. Kişilerarası Duyarlılık	35
2.3.9. Öfke-Düşmanlık	35
 3.BÖLÜM.....	 36
YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Modeli	36
3.2. Evren ve Örneklem	36
3.3 Veri Toplama Araçları.....	37
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	37
3.3.2. Model Avrupa Anket Formu.....	37
3.3.3. Travmatik Stres Belirti Ölçeği	37
3.3.4. Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği.....	38
3.5. Veri Toplama İşlemi	39
3.6. Verilerin Analizi.....	40
 4.BÖLÜM	
BULGULAR.....	42
4.1. Katılımcıların Madde Kullanım Durumlarının Sosyo-demografik Bilgilerine İlişkin Bulgular.....	42

4.3. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Psikopatolojik Belirti Ölçeği Toplam-Alt Boyutlardan Elde Ettikleri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	57
4.4. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Bozukluğu Toplam Puanları ve Psikopatolojik Belirti Ölçeğinden Elde Ettikleri Alt Boyut-Toplam Puanlarının Madde Kullanım Durumlarına Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular	58
4.5. Madde kullanan Katılımcıların Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Psikopatolojik Belirtileri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Bulgular	62
 5.BÖLÜM	
TARTIŞMA	69
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
KAYNAKÇA	80
EK 1.....	89
BİLGİLENDİRME FORMU	89
EK 2.....	90
AYDINLATILMIŞ ONAM	90
EK 3.....	91
EK 4.....	93
EK 5.....	97
EK 6.....	98
Etik Kurul Onay.....	102
İntihal Raporu.....	103

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Grubu İçin Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanına Ait Güvenirlik Katsayıları.....	38
Tablo 2. Araştırma Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Betimsel İstatistikler.....	42
Tablo 3. Madde kullanan katılımcıların kullandığı maddeye ilişkin dağılım.....	44
Tablo 4. Madde kullanan katılımcıların madde kullanımına başlama yaşlarına ilişkin dağılım.....	45
Tablo 5. Katılımcıların madde kullanım durumlarının sigara kullanım durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	47
Tablo 6. Katılımcıların madde kullanım durumlarının alkol kullanım durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	47
Tablo 7. Katılımcıların madde kullanım durumlarının cinsiyetlerine göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	48
Tablo 8. Katılımcıların madde kullanım durumlarının yaş aralıklarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	48
Tablo 9. Katılımcıların madde kullanım durumlarının yaşadıkları yerleşim yerine göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	49
Tablo 10. Katılımcıların madde kullanım durumlarının yaş aralıklarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	49
Tablo 11. Katılımcıların madde kullanım durumlarının medeni durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	50

Tablo 12. Katılımcıların madde kullanım durumlarının çalışma durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	50
Tablo 13. Katılımcıların madde kullanım durumlarının ebeveynlerinin birliktelik durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	51
Tablo 14. Katılımcıların madde kullanım durumlarının annelerinin hayatta olup olmama durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	52
Tablo 15. Katılımcıların madde kullanım durumlarının babalarının hayatta olup olmama durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	52
Tablo 16. Katılımcıların madde kullanım durumlarının yakınlarının madde kullanım durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	53
Tablo 17. Katılımcıların madde kullanım durumlarının madde bağımlılığı hakkında eğitime katılma durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	53
Tablo 18. Katılımcıların madde kullanım durumlarının geçmiş madde bağımlılığı öyküsüne göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	54
Tablo 19. Katılımcıların madde kullanım durumlarının travma stres belirtilerine göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	55
Tablo 20. Araştırmada ele alınan değişkenlerin puanların ortalamaları ilişkin betimsel istatistikler.....	56
Tablo 21. TSSB Toplam Puanları ve Psikolojik Belirtiler Alt Boyut-Toplam Puanlarının Madde Kullanım Durumuna İncelenmesine Yönelik t-Testi Sonuçları.....	58

Tablo 22. Araştırmada Ele Alınan Değişkenler Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları.....	60
---	-----------

Tablo 23. Madde Kullanan Katılımcıların Psikopatolojik Belirtileri ile TSSB Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Korelasyon Analiz Sonuçları.....	62
---	-----------

Tablo 24. Madde Kullanmayan Katılımcıların Psikopatolojik Belirtileri ile TSSB Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Korelasyon Analiz Sonuçları.....	63
--	-----------

KISALTMALAR

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Çev: Çevirmen

N: Katılımcı sayısı

p:Anlamlılık

ss: Standart sapma

sd: Standart hata

t: T değeri

A.B.D: Amerika Birleşik Devletleri

LSD: Lysergic acid diethylamide

YÇMK: Yakın çevrede madde kullanan bireyler olması durumu

GMBİE: Geçmişte Madde bağımlılığı ile ilgili eğitime katılma durumu

GYMKÖ: Geçmiş yaşantısında madde kullanım öyküsü

SOM: Somatizasyon

OKB: Obsesif-Kompulsif Belirtiler

KAD: Kişiler Arası Duyarlılık

DEP : Depresyon

ANKS: Anksiyete

ÖFKE: Öfke-Düşmanlık

FOBİ: Fobikanksiyete

PAR: Paranoid Düşünceler

PSY: Psikotizm

EK: Ek Skalalar

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Bu bölümde, araştırmanın problem durumu, amacı, önemi ve sınırlılıkları ele alınmıştır.

1.1. Problem Durumu

Madde kullanımı tüm toplumların kanayan yarası olarak bilinmektedir. Madde bağımlılığının her geçen gün artıyor olması toplumları derinden etkilemektedir. Bağımlılık, bir madde veya davranışı terk edememe ya da kontrolü sağlayamama biçiminde tanımlanmaktadır (Brems ve Namyniuk, 2002). Bağımlılığın bir diğer tanımı, sinir ile ilişkili sistemlerin bir işlevi olarak ortaya çıkmakla birlikte her hangi bir maddeye (uyuşturucu, alkol vb.) biyolojik anlamda bağlanmaktır. Bu tanımlamayla birlikte, bir maddeye olan bağımlılığın biyolojik olduğu kadar davranışsal olarak da gelişebildiği bazı araştırmacılar tarafından bildirilmektedir (Pickard ve ark., 2000; Strote, Lee ve Wechsler, 2002; Tanrıkulu, Çarman, Palancı, Çetin, Karaca, 2009).

Bağımlılık yapan maddelerin uyuşturucu adı altında toplandığı bilinmektedir. Uyuşturucu kavramı, kullanan bireyin kendini ve etrafındaki olayları kontrol etme gücünü azaltan, hareketsizlik, uyuşukluk hissi yaşatan ve bağımlılık yapma özelliğine sahip maddeler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tür maddeler psikoaktif maddeler olarakta bilinmektedir. İngilizcede bu tür maddeler önceleri 'drug' adı altında toplanırken şimdilerde 'substance' adıyla karşımıza çıkmaktadır. Bağımlılık yapan maddelere bakıldığında; alkol, tütün(sigara), halüsinojenler (LSD, psilosibin, DMT, DOM, MDA, det)

opiyatlar (eroin, morfin, kodein, meperidin, metadon), merkezi sinir sistemini uyaran maddeler (barbitüratlar, benzodiazepinler, akineton+alkol, meprobornat), uçucu maddeler (benzen, tiner, gazolin, bali vb.), esrar, fenksilidin olarak sınıflandırılmaktadır(Lanier, Nicholson ve Duncan, 2001) .

Bireylerin madde kullanımı ve bu durumun önlenmesi adına bilimsel çalışmalarda oldukça artık olduğu görülmektedir. Bu durum daha çok ergenlik döneminde görüldüğünden; sigara, alkol ve ya başlanması ve denetlenmesi konusunda ergenlik döneminin önemli bir risk faktörü olduğu gözardı edilemez (Ekinci, Arman, Melek, Bez ve Berkem, 2012)

Madde kullanımı genellikle erken yaş dönemlerinde başlanıldığından psikolojik, sosyal ve kültürel etkilerin önemi oldukça büyüktür (Janowsky, Fawcett, Meszaros ve Verheul, 2001). Sigara, alkol ve madde kullanımı ile travma, psikiyatrik ve psikolojik belirtiler arasında ilişki olduğu öne sürülmektedir (Enez-Darcin, Nurmedov , Noyan, Yılmaz ve Dilbaz, 2012).

Madde bağımlılığının gelişim evresinde ruhsal/fiziksel ve toplumsal birçok etmen bir arada görülebilmektedir. Bireyin kişilik yapısının, anti-sosyal davranışlarının, depresif duygularının ve psikosomatik yakınmalarının bulunmasının, diğer psikopatolojik yakınmalarının olmasının, sosyal ilişkilerinin bozulmasının, saldırgan davranışlarının ve geçmiş yaşamında var olan travmanın ya da travmaların madde kullanımı için risk faktörü olduğu bilinmektedir (Kuntsche, Rehm ve Gmel, 2004).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın en temel amacı, madde kullanan ve madde kullanmayan eşit sayıda katılımcının yer aldığı çalışma grup karşılaştırılarak travma sonrası stres bozukluğu ve psikopatolojik belirtilerin incelenmesidir. Bu doğrultuda araştırma sürecinde öncelikle bütün katılımcılara ilişkin betimsel ve nicel analizler gerçekleştirilmiş olup genel profil ortaya koyulmuştur. Bu amaç doğrultusunda cevabı aranan sorular (alt amaçlar) şu şekildedir:

1. Katılımcıların madde kullanım durumları:
 - a. sigara kullanım durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 - b. alkol kullanım durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 - c. cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 - d. yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 - e. yaşamlarının büyük çoğunluğunu geçirdikleri yere göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 - f. aylık gelirlerine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 - g. medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 - h. çalışma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 - i. ebeveynlerinin birliktelik durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 - j. ebeveynlerinin hayatta olup olmamaları durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 - k. yakın çevrelerinde madde kullanan birilerinin olup olmaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
2. Katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu ve psikopatolojik belirti ölçeği toplam ve alt boyutlardan elde ettikleri puanlar nasıl dağılmaktadır?
3. Katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu toplam puanları ve psikopatolojik belirti ölçeğinden elde ettikleri alt boyut ve toplam puanları madde kullanım durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
4. Katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu ve psikopatolojik belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler var mıdır?
5. Madde kullanan katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu ve psikopatolojik belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler var mıdır?

6. Madde kullanmayan katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu ve psikopatolojik belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler var mıdır?

1.3. Araştırmanın önemi

Üniversite öğrencileri, eğitim sürecinde birçok zorlukla baş etmek durumunda kalmaktadır. Yaşadıkları stres gibi psikolojik etkenlerin gençlerin uyuşturucu kullanımına başlamalarında etkisinin olduğuna işaret edilmektedir (Boyiadjis, 2004). Gençlerde özellikle sigara kullanımının stresle artış gösterdiği belirtilmektedir (De Wit, 2009). Stresten uzaklaşmak için kişilerin en fazla başvurduğu davranış biçimleri arasında sigara, alkol, çeşitli uyarıcılar, uyuşturucu madde kullanımına benzer kötü alışkanlıklar sigara, alkol, çeşitli uyarıcılar, uyuşturucu madde kullanımı gibi zararlı alışkanlıklar yer almaktadır. Günlük problemlerden kurtulmak için başvuru alan sigaranın, alkolün, uyuşturucunun miktarı artmakta ve zamanla bağımlılığa dönüşmektedir (Ögel, Evren, Karadağ ve Gürol, 2009). Diğer taraftan çocukluk çağı istismarı ve ihmali gibi travmatik yaşantılar ergenlik ve yetişkinlik sürecinde kaygı bozuklukları ve depresyon gibi ruhsal bozukluklar ve psikopatolojik belirtileri madde bağımlılığına neden olabilmektedir (Evren ve ark., 2014). Madde kötüye kullanımı olan kadınlarda yapılan çalışmada, çocukluk çağında %60 oranında duygusal, %83 oranında fiziksel istismar yaşadıkları gösterilmiştir (Gorman ve Conde, 2010). Madde kullanımının kişiye, aileye ve topluma olan olumsuz etkileri gözönüne alındığında önemli bir halk sağlığı sorunudur. Üniversite öğrencileri toplumun geleceğine ışık tutan, insan sağlığına, ekonomiye, eğitime, çevreye katkıları olan temel yapı taşı olduğu için özellikle önemli bir gruptur. Bağımlılık, toplumların mücadele ettiği en önemli hastalıklar arasında yer almaktadır. Özellikle ergen ve genç yetişkin gruplarında yaygın olarak görülen bu hastalık, aynı zamanda toplumların geleceğini de tehdit etmektedir. Bu yüzden bir taraftan bu hastalığın ortaya çıkmasını önlemeye diğer taraftan da tedavi süreçlerini geliştirmeye yönelik çalışmalara ışık tutabilmesi adına üniversite öğrencilerinde madde kullanıcılarında TSSB ve psikopatolojik belirtilerin incelenmesidir.

1.4. Sınırlılıklar

Bu araştırma KKTC’de yaşayan üniversite öğrencileri ile sınırlandırılmıştır.

Amaçlı örneklem yoluyla toplanan verilerde birçok kişinin soruları yanıtlamada dirençli olduğu ve anketi doldurmak istemedikleri gözlenmiştir bu nedenle bu durum oldukça önem taşıyan bir başka sınırlılık olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada değerlendirilen travma sonrası stres bozukluğu Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ) ile, psikopatolojik belirtiler ise Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği (SCL.90-R) ile sınırlıdır.

1.5. Tanımlar

Madde kullanımı: Merkezi sinir sistemi üzerinde haz yaratan etkisi nedeniyle herhangi bir bağımlılık maddesinin kullanması durumudur. Kişinin özdenetimini etkilemekte, özgüllüğünü ortadan kaldırmak suretiyle yeni tutum ve davranışların oluşmasına yol açmakta ve böylelikle uzun dönemde biyolojik temelde gelişen kapsamlı bir soruna işaret etmektedir (Balseven, Özdemir, Tuğ, Hancı, Doğan, 2002).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB): Bireyin fizik bütünlüğünü tehdit eden, dehşet duygusu yaratan ve çaresiz bırakan, ister olağan ister olağan dışı olsun, bireyin başa çıkabileceği düzeyin üzerinde yaşanan travma sonucu gelişen ve süregelenleşme eğilimi gösteren bir ruhsal bozukluktur (Akçay, 2013).

Psikopatolojik Belirtiler: Sadece hasta tarafından hissedilen 9 farklı (Somatizasyon, anksiyete,, depresyon, obsesif kompulsif, fobik anksiyete, paranoid düşünce, kişilerarası duyarlık, psikotizm) ruhsal semptom olarak belirtilmektedir (

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1.1. Bağımlılık

Bağımlılık, bir maddenin amacı dışında kullanılması ile birlikte gelişen tolerans sonucu kullanılan madde miktarının giderek artması, kişinin yaşadığı problemlere rağmen madde kullanmaya devam etmesi ve kullanımı azalttığına ya da bıraktığında ortaya çıkan yoksunluk belirtileri ile beliren durumdur. Maddenin keyif verici özelliği nedeniyle kişinin maddeyi sürekli kullanmak istemesi bağımlı olmasına neden olur. Olumsuz sonuçlarına rağmen bağımlı olan kişi, tekrarlayan şekilde maddeyi kullanmaya devam eder

DSM- IV'e göre: Madde bağımlılığının temel niteliği, madde ile ilişkili önemli sorunlara karşın kişinin maddeyi sürekli bir biçimde kullandığına işaret eden bilişsel, davranışsal ve fizyolojik bir grup belirtinin varlığıdır. "DSM-IV'ün ölçütlerine göre aşağıda belirtilenlerin en az üçünün olması bireyin madde bağımlısı olarak tanımlanması için yeterlidir: 1- Bağımlı olunan maddeye karşı son bir yıl içinde bir tolerans geliştirilmiş olması, 2- Yoksunluk belirtileri göstermek ve bundan kurtulmak için bağımlı olunan maddeyi veya benzerlerini almak, 3- Düşündüğünden yüksek dozlarda ve uzun dönemlerde maddeyi kullanmak, 4- Madde kullanımından kurtulmak veya kontrol altına almak için devamlı çaba içinde olmak, 5- Maddeyi bulmak, kullanmak ve etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcamak, 6- Maddeyi kullanmaktan dolayı sosyal, mesleki ve serbest zaman etkinliklerinde azalma

veya bu etkinlikleri terk etmek, 7- Kullanılan maddeden dolayı fiziksel veya psikolojik sorunların varlığına rağmen madde kullanımına devam etmek.

Bağımlılık iki aşamada gerçekleşmektedir;

Psikolojik bağımlılık; bireyin kullandığı maddeyi almaya devam etmesi için güçlü bir istek ve gereksinim duyması, o maddeyi almaktan kendisini alıkoyamaması olarak tanımlanmaktadır.

Fiziksel bağımlılık; bireyin aldığı maddeye bağlı olarak bedeninde biyokimyasal ve fizyolojik değişikliklerin oluşması olarak tanımlanmaktadır. Madde bağımlılıklarının çoğunda psikolojik ve fizik bağımlılık arasındaki kesin sınırı çizmek çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Psikolojik bağımlılık aşamasında (madde kullanımının ilk başladığı günlerde) birey madde kullanımından vazgeçse bile, bırakma döneminde madde kullanımına bağlı olan yoksunluk belirtilerini şiddetle yaşamaktadır. Kendisini madde almaya iten nedenler de yıllar sonra yine zorlayıcı isteklerle kendisini tekrar almaya itebilmektedir.

2.1.2. Maddenin Kötüye Kullanımı

Madde kötüye kullanımının temel özelliği; madde kullanımı ile ilgili önemli zararlı sonuçlarına rağmen tekrarlayan biçimde madde kullanımı ve tekrarlayan madde kullanımına bağlı olarak gelişen davranış ve uyum bozukluklarına sebep olacak tarzda madde kullanımı olmasıdır. Madde bağımlılığında görülen tolerans ve yoksunluk görülmez.

DSM-IV Madde Kötüye Kullanımı Tanı Ölçütleri:

A- 12 aylık bir süre içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz madde kullanım örüntüsü :

1. Kişinin işte, evde ve okuldaki yükümlülüklerini sürdürmesini önleyecek şekilde yineleyici biçimde madde kullanması,
2. Fiziksel tehlike yaratabilecek durumlarda (örneğin araç kullanırken) madde etkisi altında olma ve bu durumun tekrar tekrar olması,

3. Madde kullanımı ile ilişkili olarak tekrarlayan yasal sorunların varlığı,
4. Madde kullanımının sosyal yaşamda ve kişinin yakınlarıyla ilişkisinde yineleyici ve kalıcı sorunlara yol açmış olmasına rağmen madde kullanımını sürdürme,

B- Bu madde için kişinin bağımlılık tanısı almamış olması.

2.1.3. Bağımlılık Yapan Maddeler

İnsanlık tarihinin başlangıcından bu yana bireyler rahat yaşamamanın, huzurun ve mutluluğun peşinde tüm enerji ve birikimini harcadığı görülmektedir. Bu bağlamda; geçmişten günümüze keyif verici, ağrıları azaltıcı ve hastalıkları iyileştirici etkileri nedeniyle bağımlılığa yol açan maddelerin kullanıldığı bilinmektedir. Günlük yaşam dilinde “uyuşturucu madde” kavramı ile karşımıza çıkan bazı maddelerin uyuşturan ve bazılarının ise uyaran özellikleri sebebiyle bilimsel boyutta tartışmalara yol açmaktadır (Black, Oberlander ve Lewis, 2009). Bununla birlikte bağımlılık yapan maddelerin ilk denendikleri dönemde doza bağlı olarak uyarıcı etkiye sahip oldukları ve maddenin dozu arttıkça merkezi sinir sistemi üzerinde uyuşturan etkileri olduğu bildirilmektedir (Velez ve Jansson,2008).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) uyuşturucu madde (drug) kavramını tanımlarken hastalıkları önleme veya tedavi etme, fiziksel ve zihinsel refahı artırma gibi etkilerle, organizmanın biyokimyasal veya psikolojik süreçlerinde değişikliğe yol açma potansiyeline sahip maddelere vurgu yapmaktadır. Bu duruma ek olarak, tıbbi kullanımı dışında zihinsel süreçler üzerindeki etkileri nedeniyle kullanılan uyuşturucu maddelere, daha spesifik olarak yasa dışı maddeler ve yasal olan, alkol, sigara ve tedavi amaçlı reçete ile verilmekte olan psikotropikler gibi maddelerin tümü tıp literatüründe psiko-aktif madde olarak tanımlanmaktadır. Uzmanlar, bu maddelerin birey üzerindeki fizyolojik ve psikolojik etkilerinin çeşitliliğinden dolayı, kavram ve tanımları belirlemekte zorlanılmaktadır (Hudakve Tan,2012). Merkezi sinir sisteminden başlayarak bireyde ruhsal, davranışsal ve bedensel değişikliklere yol açan ve bağımlılık yapabilen nitelikleri psiko-aktif maddelerin en belirgin ortak özellikleridir. Psiko-aktif maddeler sigara, alkol, opiyatlar, merkezi sistemini baskılayanlar,

halüsinojenler, uçucu maddeler, esrar ve benzerleri gibi doğal, sentetik yasal ya da yasal olmayan birçok maddeyi kapsamaktadır (Çalışkan, 2015).

2.1.3.a Sigara

Dünya literatüründe şiddetli bağımlılık yapıcı özelliği göz önünde bulundurularak sigara tütününü psiko-aktif madde olarak kabul görmektedir (WHO, 1994). Sigara tütünün özgün maddesi olan nikotinin şiddetli bağımlılık yaptığı ve bağımlılığın gelişmiş olduğu kişilerde sigara tütünün kullanılmaması ya da bırakılması durumunda sinirlilik, gerginlik, uykusuzluk, baş dönmesi, titreme gibi yoksunluk belirtilerinin ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu durum sigaranın hem fiziksel hem de psikolojik açıdan kuvvetli bir bağımlılığa yol açtığını işaret etmektedir (Ögel, 2010). Kolay ulaşılabilir ve kullanımının yasal olması nedeniyle dünyada en yaygın olarak kullanılan bağımlılık yapıcı maddenin sigara tütününü olduğu düşünülmektedir. Damar tıkanıklığı, kan basıncında artış, iştahta azalma, beyin ve sinir sisteminin hızlı çalışması ve sonrasında yavaşlaması gibi birçok değişime neden olduğu; birey üzerindeki bu olumsuz etkilerin de ölümle sonuçlanabilen önemli sağlık sorunlarına yol açtığı bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (2005) göre her yıl 4,9 milyon kişi bir başka deyişle günde 13,000 kişi, sigarakullanımından dolayı ölmektedir (WHO, 2005).

2.1.3.b. Alkol

Geçmişten bugüne tedavi edici ya da dinsel amaçlarla da kullanıldığı biline alkol, kullanımı yasal ve yaygın olan bir psikoaktif maddedir. Psikomotor aktivitelerde ve muhakeme yetisinde bozulma, duygu değişimleri ile sosyal .beklentilere cevap vermede ve reflekslerde azalma alkole bağlı ortaya çıkan sorunlardan bazıları olarak bilinmektedir. Bununla birlikte alkol kullanımına bağlı karaciğer hastalıkları, beslenme bozuklukları, mide ve bağırsak sistemi ve sinir sisteminde bir takım sağlık sorunlarının da görüldüğü belirtilmektedir (Başkurt, 2003). Fizyolojik ve psikolojik bağımlılık yaratan alkol kullanımı bağımlı kişilerde alkolün kesilmesi durumunda terleme, tremor, bulantı, baş ağrısı, uykusuzluk, kaygı, ajitasyon, işitsel görsel ya da dokunsal duyu bozuklukları, kalp hızında artış, epileptik nöbetler ve ateş gibi yoksunluk belirtileri görülebilir. Alkolün kesilmesine bağlı olarak kişilerin zaman ve

mekan kavramını yitirdiği oryantasyon bozuklukları, karşısındakileri tanıyamadığı, hayaller gördüğü, dikkat ve hafızasının bozulduğu tabloya deliryum denmektedir. Deliryum tablosunun görüldüğü kişilerin ölüm riskinin yüksek olduğu da bildirilenler arasındadır (Colker, 2004; Ögel, Evren, Karadağ ve Gürol, 2012). Avrupa Alkol ve Diğer Uyuşturucular Hakkında Okul Anket Projesi'nin (ESPAD) 35 Avrupa ülkesinde gerçekleştirdiği araştırmada ergenlerin alkol kullanımı oranının oldukça yüksek olduğu ve öğrencilerin %47'sinin genç yaşta alkol kullandığı saptanmıştır (ESPAD, 2016).

2.1.4. Bağımlılık Yapan Diğer Maddelerin Sınıflandırılması

Uyuşturucu maddeleri, insan üzerinde meydana getirdikleri etkilere göre merkezi sinir sistemini yavaşlatanlar (depresanlar), merkezi sinir sistemini uyarılar (stimulanlar) ve duyuların bozulmasına sebep olanlar (halüsinojenler) şeklinde sınıflandırmak mümkün olmaktadır (Tükel, 2003; Kılıç, Peker ve Çulhalık, 2009).

2.1.4.1. Merkezi Sinir Sistemini Yavaşlatanlar

Merkezi Sinir Sistemini yavaşlatan maddeler tabii ve sentetik olmak üzere iki grup altında ele alınmaktadır. Afyon ve türevleri olan morfin, eroin, kodein gibi maddelere merkez, sinir sistemini yavaşlatan tabii uyuşturucular olarak bilinmektedir. Afyon, haşhaş kozasından elde edilen, beyaz renkte ve tıbbi amaçlarla da kullanılan bir tür uyuşturucu madde olarak bilinmektedir. Başlangıçta ağrıları azaltan, üzüntü, sıkıntı gibi durumları ortadan kaldıran ve keyif hali yaratan bu maddelerin etkilerinin kısa süre sonra kaybolduğu belirtilmektedir. Etkisinin sonlanmasının ardından kullanan kişide mide bulantısı, baş dönmesi kalp ve solunum yavaşlaması gibi fiziksel belirtilerle birlikte ölümle sonuçlanabilen zehirlenme ve koma halinin görülebileceği bilinmektedir (Yılmaz, 2015).

Afyonun içerisinde bulunan ve en önemli alkaloid olan morfin, afyonun tıpta kullanılan haline denmektedir. Morfinin vücuda alındığında merkezi sinir sisteminde geçici bir uyarılmaya, ardından da sinir sistemi felcine neden olduğu bilinmektedir. Morfine göre daha az etkili olan kodein, ağrı kesici ve

öksürük giderici olarak tıpta kullanılan bir diğer afyon türevidir. Bumaddelerin doktor kontrolünde belirlenen miktarlarca kullanılması önerilmektedir. Aksi taktirde kullanılmasının bağımlılığa yol açtığı da bilinenler arasındadır. Kimyasal işlemlerden geçirilerek elde edilen eroinin, ham maddesi olan morfinden daha etklili ve zehirli bir madde olduğu belirtilmektedir (Ögel, 2010). Uyku ilaçlarının yapımında kullanılan barbitüratlar ile yine tıbbi amaçlarla sakinleştirici olarak kullanılan trankilizanlar ve sedatifler ise merkezi sinir sistemini yavaşlatan sentetik uyuşturucu maddeler olarak görülmektedir. Bu maddelerin morfin yerine geçmekte ve kötüye kullanımı en az tabii narkotikler kadar tehlike yaratmaktadır (Yılmaz, 2015).

Bağımlılık yapabilen ve bu nedenle reçete ile satılan Rophypol, Xanax, Rivotril, Ativan gibi ilaçlar bu sınıfta yer almaktadır. Uyku bozukluğu, anksiyete ve gerginlik tedavisinde kullanılan psikotropaların sıklıkla sarhoşlukhissini artırmak için alkolle birlikte kötüye kullanıldığı bilinmektedir. Buna ek olarak ecstasy, kokain ve eroin kullanıcılarının kullandıkları maddenin etkisini kuvvetlendirmek ya da maddenin bulunamadığı zaman ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinden kurtulmak için bu maddelere başvurdukları görülmektedir. Alkolle birlikte kullanıldığında dikkat, hafıza, psikomotor koordinasyon bozuklukları ve depresyon gibi sorunların ortaya çıktığı bildirilmektedir. Merkezi sinir sistem üzerinde baskılayıcı etkiye sahip bu psikotropaların vücuda alındıktan 15-20 dakika içerisinde etkisini gösterdiği ve yaklaşık 6 saat kadar sürdüğü belirtilmektedir.

Tolerans gelişimi ve bağımlılık, kullanılan maddenin süresine ve dozuna göre değişmektedir. Kullanan kişide rahatlama, kas gevşemesi, kaygı ve kasılmalarda azalmaya yol açtığı bununla birlikte uyuşukluk/sersemlik, baş dönmesi, hareketlerde kontrol kaybı, koordinasyon bozukluğu, geveleyerek konuşma, konfzyon ve mide sorunları gibi yan etkilerin yaşandığı bilinmektedir. Yüksek dozda kullanımı fazla uyuma, solunumun yavaşlaması, koma ve ölümle sonuçlanabilen durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu maddelerin kullanımının aniden sonlandırılması yoğun kaygı ve panik yaşanmasına yol açmaktadır. Yoksunluk belirtileri arasında görme ve mide bağırsak sisteminde bozulma, gerginlik/sinirlilik, titreme, bunaltı, uykusuzluk, halüsinasyonlar, konuşma ve koordinasyon bozuklukları

ayılabilir. Kısmi hafıza kaybı bu maddelerin sebep olduğu en önemli etkilerden biri olarak bilinmektedir (Ögel, 2010).

2.1.4.2. Merkezi Sinir Sistemi Uyarımları

Merkezi Sinir Sistemini Uyarımları bağımlılık yapıcı maddelerde tabii ve sentetik olarak iki başlık altında toplanmaktadır. Kokain ve Krak kokain (taş) merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı etkiye sahip tabii uyuşturuculardır. Koka bitkisinin yapraklarından elde edilen kokain beyaz renkte ve toz halinde sıklıkla burundan çekilerek, damara enjekte ederek ya da sigara gibi içilerek kullanılmaktadır. Tarih boyunca koka bitkisinin yapraklarının çiğnenmek suretiyle ağrı kesici olarak kullanıldığı bilinmektedir. Kokain vücuda alındıktan kısa süre sonra etkisi görülmeye başlar ve yaklaşık 30-60 dakika içerisinde sonlanır. Bağımlılık yapıcı etkisi oldukça yüksek olan bu maddenin tek seferlik kullanımı sonucu psikolojik bağımlılığın gelişebileceği bilinmektedir (SEKAM, 2015).

Kokain kullanan kişide uyarılma sonucu keyif, coşku, neşe, kendine güven ile karakterize ruhsal durum ve uykusuzluk, konuşkanlık gibi fiziksel işlevlerde artış görülmektedir. Yüksek dozda kokain kullanımı kalp atışının hızlanması, yüksek tansiyon, sinirlilik, sosyal muhakeme kaybı, saldırganlık, riskli cinsel girişimler gibi birçok istenmeyen durumun yaşanmasına yol açmaktadır. Buna ek olarak beyin içi kanamalara ve epileptik nöbetlere neden olduğu bilinmektedir. Kokain kullanımı sonlandırıldıktan 1 saat sonra maddenin etkisini kaybetmesi ile kişide çöküntü, mutsuzluk, zevk almama, sıkıntı, kaygı, sinirlilik, uyuma isteği, burun kanamaları gibi yoksunluk belirtilerinin görüldüğü bilinmektedir. Eroin, morfin gibi opiyatlara göre kokainin yoksunluğu daha düşüktür ancak kokain kullanımına bağlı psikotizm tablosunun ardından paranoid hezeyanlar ve halüsinasyonlar, her şeyden kuşku duyma gibi bulguların ortaya çıktığı gözlemlenmektedir (Ögel, 2010). Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin (EMCDDA), Türkiye verilerine bakıldığında, aşırı doza bağlı ölüm sayısındaki artışın hafif olduğu ve Türkiye'deki uyarıcı ile ilişkili nedenlerle ölen 56 kişinin kokain kullanımı sonucu hayatını kaybettiği görülmüştür (TUBİM, 2016).

Krak (taş), kokainin sigara gibi yakılarak çilen en az on kat daha etkili bir biçimdir. Bağımlılığı eroin ve kokain bağımlılığından daha ağır olan krak (taş) sürekli kullanıldığında kişide uykusuzluk, sinir bozukluğu, çok ciddi paranoya, şizofreni, cinayet veya intihara kadar götüren stres ve buhran dönemine sebebiyet verdiği bilinmektedir. Buruna çekmek için kullanıldığında 10 saniyeden daha kısa bir sürede beyine ulaştığı ve kullanıcıda hareketlilik, sinir ve kızgınlık gibi yan etkilerin yaşandığı gözlemlenmektedir (SEKAM, 2015).

2.1.5. KKTC’de Yapılan ilgili Çalışmalar

KKTC’de psikoaktif madde kullanımı ile ilgili ilk bilimsel çalışma 1996 yılında 2215 lise ikinci sınıf öğrencisi arasında yapılmış ve bu çalışmada öğrencilerin %47.2’sinin sigara, %80.8’inin alkol ve % 5.5’inin DPM yaşamları boyunca en az bir kez kullandığı saptanmıştır (Çakıcı ve Çakıcı, 2000).

1999 yılında aynı anket formu ile lise ikinci sınıf öğrencileri arasında evreni temsil eden 641 kişilik örneklem üzerinde araştırma yinelenmiş ve yaşam boyu sigara içme yaygınlığı %40.6, alkol %79.7 ve herhangi bir DPM kullanımı yaygınlığı %8.3 olarak saptanmıştır (Çakıcı ve Çakıcı, 2000).

2004 yılında KKTC’de yer alan 33 lisenin tümünde, 2267 lise ikinci sınıf öğrencileri arasında yapılan bir diğer araştırmada yaşam boyu sigara içme yaygınlığı %35.2, alkol kullanma yaygınlığı %85.9 ve herhangi bir DPM yaygınlığı %8.0 olarak belirlenmiştir (Çakıcı, Çakıcı ve Eş, 2010).

Eş tarafından 2011 yılında 2114 lise ikinci sınıf öğrencileri arasında 34 lisenin tümünde yinelenen çalışmada ise yaşam boyu sigara içme yaygınlığı %26.8, alkol kullanma yaygınlığı %75.6 ve herhangi bir DPM yaygınlığı %10.0 olarak bulunmuştur (Eş, 2015).

Ortaokulların tümünü kapsayan 13-14 yaş grubu 861 ortaokul üçüncü sınıf öğrenciyle yapılan çalışmada yaşam boyu sigara içme yaygınlığı %19.7, alkol %61.9, herhangi bir DPM kullanımı %5.8 olarak bulunmuştur (Çakıcı, Çakıcı ve Subaşı, 2001).

Üniversite öğrencileriyle yapılan yaygınlık çalışmalarında da KKTC'-deki yaşam boyu en az bir kez sigara içme oranı %69.5, alkol kuanımı %81 ve herhangi bir DPM kullanımının %15.6 olarak bildirilmiştir (Çakıcı, Çakıcı, Eş, Ergün,2014).

KKTC'de yetişkin nüfusu kapsayan az sayıda çalışmanın olduğu görülmektedir. Bugüne kadar toplum genelini temsilen yapılan çalışmalar, benzer yöntemle ve aynı anket formu kullanılarak 2003 ve 2008 yıllarında yapılan 2003-2008 yıllarında yapılan ev çalışmalarında sigara içme yaygınlığı %65.4- 66, alkol %82.3-77.1 ve herhangi bir DPM kullanma yaygınlığı %3.9-8.5 oranında bulunmuştur. Bu çalışmalar en sık kullanılan maddenin esrar olduğunu ortaya koymuştur. Yanı sıra, sentetik kannabinoid, ekstazi, kodeinli şurup ve yatıştırıcı-sakinleştirici ilaç kullanımının da yaygın kullanılan maddeler arasında yer aldığı görülmüştür (Çakıcı, Çakıcı, Bekiroğulları ve Tatlısı, 2003).

KKTC'nin küçük bir ülke olmasının psikoaktif maddelere ulaşılabilirliği artırdığı ve yeni maddeleri hızlı bir şekilde yayılmasına neden olduğu bildirilmiştir (Çakıcı, Çakıcı, Karaaziz ve Tutar, 2014).

2.2. Travma

2.2.1. Travma ve Tarihçesi

Bireyin kendisinin ya da bir başkasının hayatını tehdit edecek ciddi yaralanma, fiziksel bütünlüğüne zarar verecek bir olayı yaşaması ya da buna şahit olması, bu durum karşısında yoğun çaresizlik, korku ve dehşet duyguları yaşaması travma olarak tanımlanmaktadır (DSM-5). Diğer bir tanıma göre ise bireyin kişiliğine ve psikolojik yapısına etki ederek uzun vadede kalıcı etkiler bırakan beklenmedik, yıkım niteliğinde bir olayın hatıralarından dolayı bireye sıkıntı yaşatan dışardan bir durumun yol açtığı psikolojik travma olarak tanımlanmaktadır. Doğa olayları, din ve ırk eşitsizlikleri, evliliğin yıkılması, dışlanma, çocuk istismarı ve tecavüz psikolojik travma oluşturan olaylara örnek olarak gösterilebilir (Dalbudak, 2009).

1870 yılında ki Rusya ve Fransa arasında yaşanan savaştan sonra travmatik olayların fiziksel zarar dışında da problemlere yol açabileceği düşüncesi oluşmaya başlamıştır. İlk olarak bu kişilerdeki bozukluklara travmatik nevroz olarak adlandırdığımız tanı konulmuştur (Campbell, Wasco, Ahrens, Sefl ve Barnes, 2001; Ullman, 2007). Birinci Dünya savaşının ardından travmanın kişiler üzerine etkilerini tanımlama amacıyla bomba şoku gibi tanımsal kavramlar ortaya atılmış fakat bunlarda travma bozukluklarına etki eden bir faktör olarak değerlendirmekten öteye geçememiş, travma yaratan olayların üzerine dikkat çekmemiştir. Bu fikir ikinci dünya savaşı öncesinde de geçerliliği sürdürmeye devam etmiştir (Ullman, 2007; Budak, 2009).

İlk kez 1980’de DSM-III’de daha sonra 1987 yılında DSM-IV “Travma Sonrası Stres Bozukluğu” başlığı altında tanımlanmış olan bu bozukluk 2013 yılında DSM-V’de değişikliğe uğrayarak “Örselenme ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluklar” alt başlığı altında tanımlanmıştır. DSM-V’deki tanı ölçütleri şu şekildedir; altı yaşın altındaki çocuklar için örselenme sonrası gerginlik bozukluğu olarak iki başlık altında tanımlanmıştır. DSM-V’in bu son tanımlamasında dikkat çeken noktalar; gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel istismara maruz kalmaya vurgu yapılarak travmaya uğramanın farklı kriterleri verilmiştir. Cinsel şiddete bağlı travmanın kriteri sınırlandırılarak belirlenmiştir. Mesleki ve elektronik medya ile ilgili durumlar travma kriterlerinden dışlanarak travmanın psikolojik etkilerine fazla önem verilmemiştir (Foa, Cascardi, Zoeller ve Fenny, 2000).

Tutkun (1998)’e göre birey travma sırasında zihin kontrol ve hakimiyet duygusunu kısmı olarak kullanabilmekte ve travma anı geçtikten sonra bile birey olmadık zamanlarda kontrol kaybı ve hakimiyet duygusunu tekrar yaşayabilmektedir (Keller, 2003).

Ruhsal travma bireyin algılama, zihinsel düşünme yapısı veya hissetme yetilerini belli zamanlarda ya da uzun vadede kısıtlamış ve bireyin normal işlevselliğini etkilemektedir (Balıbey ve Balıkcı, 2013). Psikanalitik kurama göre travmatik oluş kişinin benliğinin baş edemeyeceği kadar fazla uyararla karşılaşmasıdır. Bireyin aniden ve şiddetli bir şekilde gelişen travmatik olaydan etkilenme düzeyi kişinin karşılaştığı olayın şiddetine, gelişimsel

özelliklerine, o zamana kadar öğrenerek geliştirdiği ego gücüne ve yaşadığı olayın beklendik olup olmamasına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (Öztürk, 2016).

Yaşanan olayın kişide travma yaratıp yaratmayacağına kişinin olay esnasında benliğini koruma ve destekleyebilme gücüne bağlı olarak değişmektedir. Kişinin yaşadığı kontrol kaybı ve güçsüzlük duygularını, sosyal desteği, psikolojik ve gündelik kendini destekleyebilme aktiviteleri ile düzenlene bilmektedir (Balıbey ve Balıkcı, 2013).

Travma kavramı genellikle şiddete maruz kalma ve/veya tanık olma, savaş, yakın bağa sahip olan bir kişinin ölümü, cinsel istismar, trafik kazası, yaşamın devamına dair tehdit oluşturan bir hastalık tanısı alma gibi yaşanan olayları ile ilişkilendirilerek açıklanmaktadır (Eskin, Akoğlu ve Uygur, 2006). Ancak insanın ruhsallığına dair yara alabileceği ilişkisel güçlükler, bağlanma süreçlerindeki yoksunluklar ve aile yaşantılarına sistematik etkileri olan yaşamsal olaylar da kişinin varoluşunda travmatik etkiye sahip olabilir (Şeyuva ve Yavuz, 2009).

Bu olay üç şekilde travmatik etkiye yol açabilir. Travmatik olay; kişinin başına gelebilir, kişi bu olaya tanık olabilir, ya da sevdiği, yakın lduğu bir kişinin başına gelmiş olabilir. Travmatik deneyimin oluşumu; insan elinden kasıtlı şekilde işlenenler, doğal afetler ve kazalar şeklinde üç grupta sınıflandırılabilir. Travmatik yaşantılar, herkesin yaşamının bir noktasında karşılaşabileceği durumlardır. Yaşam boyu insanlar, birden fazla stres faktörü ve travmatik durumla karşı karşıya gelmektedir. Bu durumlar karşısında bazı kişiler fonksiyonelliklerini kaybedip, fiziksel ve ruhsal sağlıkları zora girerken, bazı kişilerin olumsuz duygular yaşasa da bu duruma uyum gösterip çözüm stratejileri geliştirerek başa çıkabildikleri görülmektedir (Doğanavşargil ve Vahip, 2006; Annagür, 2010).

Travma, yaşamı etkileyen veya yaşamın sona ermesine neden olan, ağır bir yara almayla hayata ve bedensel bütünlüğe tehdit oluşturan, kişinin başına gelen, tanık olduğu ya da önemseydiği bir insanda oluşan normalin dışında yaşanan hadiseleri belirtir (İnci ve Boztepe, 2013). Psikolojik travmaların bedensel etkilerinden daha çok ruhsal çöküntü ve bunalıma girme, alkol ve

uyuşturucuya karşı ilginin artması ve kişiye zarar verecek kadar kullanma, intihara sürüklenme ve travma sonrasında yaşanan stres bozukluğu gibi birden fazla psikolojik neticeleri de meydana gelmektedir (Kılıç ve İnci, 2015)

Bireylerin beklemediği bir anda meydana gelmesinin yanında bireylerin yaşanan olaylara karşı davranışlarını şekillendiren uyum sağlama yeteneğini de bozması travmanın olağanın dışında olmasını sağlar. Yaşanan travmalarda kişilerin gösterdikleri tepkiler de aynı olmayabilir. Travma bazen kişilerde bunalım, kaygı bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu gibi birçok psikolojik sorunla karşılaşmamıza neden olabilmektedir. Bir başka açıyla baktığımızda ise yaşanan travmalar; kişinin önceliklerini bulmasında, yaşamı anlamlandırabilmesinde, insan ilişkilerinde daha iyiye gitmesinde, kişinin olaylar karşısında güçlü duruş sergilemesinde olumlu değişmelere de sebep olabilmektedir (İnci ve Boztepe, 2013).

Travma, kişinin korkuyu tatmasına ve çaresiz kalmasına neden olur. Oluşan tehditlere olması gerektiğinde daha farklı ve yanlış davranışlar gösterildiğinde travmatizasyon ortaya çıkar. Travmatik hadiseler dış etkenlidir ancak zihinde bu olaya hemen katılır. Travma ve travmatik stresör, yalnızca stres oluşturan bir neden ya da tecrübe oluşturmak değil bunun yanında travmanın ve ya deneyimin kişide meydana getirdiği korku, çaresiz kalma ve şok etkisi olarak belirtilmektedir (Gölge, 2005).

2.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Tanımı

Travma sonrası stres bozukluğu, travma meydana geldikten sonra kişide ortaya çıkan tekrar tekrar deneyimleme, donuklaşma, kaçma, aşırı uyarılma ve yabancılaşma belirtileriyle kendini gösteren bir bozukluktur (Gren, 2004).

Travmanın psikolojide yarattığı belirtileri, ilk defa 2. Dünya Savaşı sonrasında ve bilhassa toplama kamplarında bulunmuş bireylerde gösterilmiştir. 1970 yıllarında Vietnam gazileri üzerinden elde edilen bilgiler neticesinde harpların kişilerde oluşturduğu sorunlar tekrardan incelenmiş ve bu yapılan incelemeler DSM 3'e TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) olarak eklenmiştir. 1900-1970'lerde travma ile ortaya çıkan belirtilerin harp görmüş kişilerde ve erlerde bulunduğu düşünülürken, 1970-1980'lerde sivil-örgütler ile taciz ve tecavüz,

kavga ve harp deneyimlerinin de bu bozukluğa neden olduğu gösterilmiştir (Gölge, 2005).

2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Klinik Değerlendirmesi

Bir kişiye TSSB hastası diyebilmemiz için DSM 5'e göre aşağıdaki ölçütler baz alınır (DSM-5, 2013)

- A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış olma ya da cinsel saldırıya uğramış olma:
 1. Doğrudan travmatik olay yaşama.
 2. Başkalarının başına gelen olayı, doğrudan doğruya görme (tanıklık etme).
 3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına travmatik olay geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.
 4. Travmatik olayın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı düzeyde karşı karşıya kalma.
- B. Travmatik olaydan sonra başlayan, örseleyici olaya ilişkin istenç dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin ya da daha çoğunun varlığı;
 1. Travmatik olayların yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen sıkıntı veren anıları.
 2. İçeriği veya duygulanımı örseleyici olaylarla ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler.
 3. Kişinin travmatik olay yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri.
 4. Travmatik olayı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama
 5. Travmatik olayı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.
- C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, travmatik olaydan sonra ortaya çıkan, travmatik olaya ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1. Travmatik olayla ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.
 2. Travmatik olayla ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.
- D. Aşağıdakilerden ikisinin ya da daha çoğunun olmasıyla belirli, travmatik olayın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olaya ilişkin bilişlerde ve duygu durumunda olumsuz değişiklikler olması:
1. Travmatik olayın önemli bir bölümünü anımsayamama (özellikle dissosiyatif amneziye bağlıdır).
 2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler.
 3. Travmatik olayın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.
 4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum.
 5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımda belirgin azalma.
 6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.
 7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama.
- E. Aşağıdakilerden ikisi ya da daha fazlası ile belirli, travmatik olayın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, travmatik olayla ilintili uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklik olması:
1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları.
 2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.
 3. Her an tetikte olma.
 4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.
 5. Odaklanma güçlükleri
 6. Uyku bozukluğu

F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

G. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.2.3.1. DSM 4 ve DSM 5 Arasındaki Farklılıklar

Travma Sonrası Stres Bozukluğu, DSM 4'te Anksiyete-Bozuklukları içinde incelenirken, DSM 5 'te Stres ve Travma ilişkili Bozuklukların içinde incelenilmektedir. DSM 4'te travma; hayatın sonlanması, ağır yara alma, bireyin kendisinin ya da başka kişilerin bedensel anlamda zarar göreceğini düşünmesi şeklinde açıklanmıştır. DSM 5 ise travmayı; kişinin, hadiseyi kendisinin veya hadiseye şahit olması şeklinde belirtmiştir. DSM 4, kişinin hadiselerle karşı olan duygularını -korku, çaresizlik, dehşet gibi- ele alırken DSM 5, kişinin hadiselerle karşı olan duygularını ele almamaktadır.

A kriteri, travmaya sebep olan hadiselerin ve travmaya bağlı olmayan ancak bireyde strese neden olan hadiselerin ayrı birer kavram olmasını açıklar. Ayrıca korkmayan, çaresiz hissetmeyen veya dehşet duygusunu duymayan bir kişi de bu kriterde incelenmekte ve DSM 4'e nazaran daha fazla irdelenmektedir. DSM 5'te 'kendinin ve başkalarının bedensel bütünlüğü' maddesinde oluşan belirsiz durum ortadan kaldırılıp A kriterine cinsel-şiddet kavramı eklenmiştir. B kriteri, travmatik hadiseyi tekrardan deneyimlemeyi esas alır. Bu bulgular DSM 5'te travmatik hadisenin sürekli tekrarlayan bir şekilde deneyimlenmesi olarak ifade edilmiştir. Bu bilinçsizce huzursuzluk yaratan anılar, depresif tekrarlardan farklı olduğunun ayırtına varılmıştır (B1) ve geçmişe dönüşlerin disosiyatif yaşantılar olduğu (B3) açıklanmıştır. C kriteri uyarıcılardan kaçmayı ele alır. Aktivitelere katılmama veya bunlara olan alakada azalma, herkesten uzak durma veya kişinin kendini yabancılaştırması, hissiyatlarda azalma, geleceğe olan inançta bozulma gibi belirtiler DSM 4'te C kriterinde ele alınırken DSM 5'te ise D kriterinin içinde ele alınmaktadır. DSM 5'in D kriterinde, disosiyatif amnezi tanımlanırken

kendine özgü bir şekilde açıklanmıştır (D1). Travmatik hadiseyle alakalı kişinin kendisini suçlu görmesini ele alan D3 maddesiyle dehşet, çaresiz olma, korku duymanın yanı sıra diğer duygularıda ele alan D4 maddesi D kriterinin altına eklenmiştir. Kızgınlık gibi hisler DSM 4'te D kriterinde incelenirken DSM 5'te E kriterinin içerisinde ele alınmıştır. Agresiflik içeren hisler ve kişinin kendisine yarar sağlamayan hareketler ise ilk defa ele alınmıştır (Mulligan, 2004).

2.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Epidemiyolojisi

Halk arasında travma yaşayan kişilerin toplamda ne kadar olduğu bilinmemekte fakat travma sonrası stres bozukluğunun hayat boyunca %1-14 arasında bir yaygınlık gösterdiği literatürlerde yazmaktadır. Rahatsızlığın yaygınlık oranının deneyimlenen hadiseye ve hadiseden ne kadar etkilenilmiş olduğuna göre farklılık göstermektedir. (Oflaz ve ark., 2010). Yara almamış ve hayatları boyunca tehlikeyle karşılaşmamış kişilerde Post-travmatik Stres Bozukluğuna yakalanma sıklığı %9,1-14,7 arasında değişmektedir. Buna ek olarak hayatı tehlikede olan kişilerde bu oran ise %34,-38,6'ya, yara almış kişilerde %42,9'a kadar artış göstermektedir. Hayatları tehlike olup yara almış kişilerde ise bu oran %59,2-65,9 olarak belirtilmiştir. Toplumda hayat boyunca görülme sıklığı %1,3-1,9 aralığında olduğu gösterilmiştir (Şenyuva ve Yavuz, 2009).

Toplamda 13 ülkede çalışma yapılmış ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunun oranı %3 civarlarındadır. (Kılıç ve İnci, 2015). Yaş grupları arasında yapılan araştırmalarda TSSB'nin görülmesindeki sıklık 14-24 yaşlarındaki buluş çağında olan kişilerde %21,4; 21-30 yaşlarındaki genç erişkinlerde ise %39,1 olduğu görülmüştür. Kadın erkek arasındaki dağılıma baktığımızda kadınlarda sıklık 2 kat daha fazladır. İngiltere'de yapılan araştırmalarda travmatik hadiseye uğrama erkeklerde %61, kadınlarda %51 iken TSSB'ye yakalanma oranı ise kadınlarda %10, erkeklerde %5 olarak bulunmuştur. Keller'in yaptığı çalışmalarda ise travmatik hadiseye uğrayan kadınların oranını %51,2 , erkeklerin oranını %60,7 olarak bulmuştur (Keller, 2003).

Erkeklerde yaşanan travmaların görülme şekilleri kavgaya bulaşma, kesici-delici ya da silahlarla zarara uğrama şeklinde iken, kadınlarda ise küçük yaşlarda yaşanan istismar, taciz ve tecavüz olayları daha sık görülmektedir. Bu oranlardan farklı olarak yapılmış başka incelemelerdeki istatistiklerde ise bedensel şiddet gören kişilerin TSSB'ye yakalanma oranları %23-29 aralığında belirtilmiştir (Şenyuva ve Yavuz, 2009).

KKTC'de yürütülen yaygınlık ve risk faktörlerini araştıran çalışmada travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı % 19 olarak bildirilmektedir (Çakıcı, Gökçe, Babayiğit, Çakıcı, Eş, 2017).

2.2.5.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi

TSSB tanımı genel olarak Vietnam savaşıdan sonra kullanmış olmakla birlikte DSM'nin içerisinde yer almaktadır. Son incelemelerden sonra travmatik hadisenin doğası, yaşama biçimi ve şiddet düzeyi bu rahatsızlığın görülmesinde büyük önem taşıdığı belirtilmiştir. Bu rahatsızlığın etiyolojisini anlamak için yapılan incelemelerin sayısı gittikçe artmakta ve hala sürdürülmektedir. TSSB etiyolojisindeki etkenlerin birden fazla olabileceği söylenmektedir. Bunlar içerisinde; nöro-endokrin sistem ve hipotalamo-hipofizyel-adrenal aks, nöroanatomik nörofizyolojik ve nörotransmitter sistemleri üzerinde en çok irdelenen konulardır (Gül ve Eryılmaz, 2015).

TSSB travmatik hadise yaşayan kişilerin tümünde görülmemektedir. Bu bozukluğun meydana gelmesinde travmatik hadise dışında kişinin travma öncesi yatkınlığı ve travma anındaki çevresel faktörlerinde etken olduğu bilinmektedir. Kaya (2013) travmayı yaşama anının ve kişisel etkenlerin birbiriyle bağlantılı olduğunu söylemektedir. TSSB'nin oluşmasında travmatik hadiselerin ağırlığına göre esas etkende farklılık göstermekte; ağır vakalarda travmayla alakalı faktörler ön plandayken hafif vakalarda ise kişiye ait yatkınlık derecesi asıl etken olmaktadır (Erdem ve ark., 2015).

Buna ek olarak bireylerin genelinde normal olan veya çok ağır gözükmeyen hadiseler bazı bireylerde kişisel nedenler sebebiyle Post-travmatik Stres Bozukluğunun oluşmasını sağlar. Rahatsızlığın oluşup oluşmayacağını anlamada en önemli etkenler (1) çocuk yaşlarda travmaya uğrama, (2)

paranoid, sınır, bağımlı ya da antisosyal kişilik bozukluklarına sahip olma, (3) yardımcı sistemlerin az olması, (4) psikolojik hastalıklara karşı genetik yatkınlık, (5) travmanın oluşmasından önceki dönemde stresli hayat sürme, (6) iç kontrol bölgesinin yerini dış kontrol bölgesinin alması, (7) son zamanlarda alkol tüketiminde artma şeklinde sıralanabilir (Kaplan ve Benjamin, 2004).

Uluşahin ve Öztürk'e göre TSSB oluşumunu arttıracak risk faktörleri: evlenmemiş, dul veya ayrılmış olmak, cinsiyetin kadın olması, travma öncesi etmenler, travmanın şiddetinin ölçüsü, eskiden yaşanmış olan başka travmaların varlığı, eğitim seviyesinin düşük olması, travmanın sebep olduğu can kayıpları, sosyal desteğinin az olması gibi nedenlerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

2.2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisi

TSSB toplumda çok fazla görülmekte ancak Türkçe kaynaklarda bununla ilgili tedavi seçenekleri oldukça sınırlıdır (Balıbey ve Balıkçı, 2103). TSSB'nin tedavisi hem ilaçlarla hem de psiko-terapi ile birlikte yapılması gerektiği söylenmektedir. Bulgular çok şiddetli değil ise ilk olarak psiko-terapi, bulgular çok şiddetlendiyse ilaç ve psiko-terapi uygulaması birlikte yapılmalıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Hipnotik ve sedatif ilaçların tedavide kullanımı da yarar verebilir. Doktor, geçmişte travmatik bir hadiseye maruz kalmış ve TSSB rahatsızlığı mevcut bir hastayla karşılaştığında, rahatsızlığın tedavisinin hem ilaçla hem de psikoterapiyle yapılması gerektiği bilmelidir (Kaplan ve Benjamin, 2004).

TSSB'si olan hastaların çoğunun tedavisinde psikodinamik-psikoterapi faydalı olabilmektedir. Bazı durumlarda eşlik eden abreaksiyon katarzis, travmatik hadisenin yeniden kurulması zararlı olabilmektedir. Psiko-terapi buna rağmen kişiselleştirilmemelidir. Bunun sebebi ise bireylerin bir kısmı travmatik hadiseyi yeniden yaşantılamayla tükenebilmektedir. TSSB için psiko-terapik tedaviler davranışsal ve zihinsel terapi ile hipnoz uygulamasıdır. Doktorların geneli bu hastalar için zaman sınırı olan psiko-terapiyi savunmaktadır. Bu şekildeki bir terapi genellikle bilişsel terapiyi ele alır, hasta için güven ve destek verir (Kaplan ve Benjamin, 2004).

2.2.6.1 İlaç Tedavisi

İlaç kullanımının gayesi; rahatsız eden düşünceleri, geriye dönüşleri ve kötü rüyaları azaltmak, uyku düzenini sağlamak, aşırı uyarılmayı aza indirmek, kişinin kendisine zarar verecek hareketlerini önlemek, depresyonu düzeltmeye çalışmak, psikolojik ve disosiyatif bulguları azaltmaktır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). İlaç tedavisi üç farklı fazdan oluşur. Bunlar; stabilize etme, sürdürme ve kesme fazlarıdır. Stabilizasyon ilk olarak rahatsız olan kişiyle bir anlaşmanın kurulmasıdır. Hastanın tedaviye pozitif anlamda bir yanıt vermesi ve devamlılık sağlaması ilaç tedavisini kesmeyi düşündürür. İlaç tedavisi düşük olan doz ile başlanıp yavaş yavaş azaltılıp kesilmektedir. TSSB'de antidepresan ilaçların yarar sağlama etkileri mevcuttur (Akin, 2013). Tedavi süreleri akut vakalarda 6-12 ay, kronik vakalarda ise 12-24 ay olmalıdır (Aker, 2002).

2.2.6.2. Psikoterapiler

TSSB hastalarını rahatlatıp sıkıntılarını, korkularını ve kaygılarını giderebilmek için psiko-terapi tedavisini yapmak önemli ve şarttır. Bu tedavide en uygun olan yöntem ise bilişsel davranışçı psikoterapidir. En çok uygulanan ve en yararlı olan yöntem konunun üzerine gidip alıştırmaya çalışmadır. TSSB tanılı kişiler travmatik hadiseyi hatırlatan eşyaları, yerleri ve kişileri gördüğünde tedirginlik duyarak bunlardan kaçmaya çalışır. Kişiyi alıştırmaya çalışma tedavisinde hem zihninde hem de gerçek yaşantısında kaçmaya çalıştığı etkenlerle karşılaştırıp bunlara duyarsızlaştırmaya çalışmak esastır. Ayrıca zihinsel bakımdan travmanın anlamı, önemi, kişi üzerindeki etkisi anlatıldıktan sonra bu türden bir yaşamın üzerinden gelinebilmesi için kişiye yeni bakış açıları geliştirilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Şiddetli travma geçirmiş kişilerin hatıralarını dinleme, bu hadiseyi tüm ayrıntısıyla anlattırma ve rahatlamasını sağlama da bu tedavide yarar sağlar. Bu tedaviyi yaparken kişide rahatlatma ve tedirginliği azaltmaya yönelik yöntemler de denenebilir. Seçilen kişilerde eğitimini almış terapistlerce hipnoz ile rahatlatma denenebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

2.2.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'na Ait Yaklaşımlar

2.2.7.1. Psikodinamik Kuram

TSSB'deki dinamik görüşler travmanın kişide çözüme ulaşmayan iç çatışmaları aktif ettiği hipotezlerine dayanır. Travmatik olayın kişinin çocukluk yaşlarındaki psiko-seksüel döneme regrese olduğu, bu yaşlarda tecrübelediği olayların üzerinden temeli atılan tepkileri harekete geçirdiği düşünülmektedir. Freud, ağır travmaların bütün savunma mekanizmalarını etkisiz bırakarak şiddetli ve acı verecek bir şekilde yaşantılandığını, baskılamanın yeterli olmadığını, egonun başa çıkacak gücünün olmadığını düşünmektedir. Kişide bulunan savunma mekanizmaları, travmatik hadiseyle baş etmeye çalışmaktadır (Köksal Akyol ve Salı, 2013).

İlk olarak disosiasyon mekanizmasıyla bu anılar zihinden uzaklaştırılıp bilicin dışına gönderilmektedir. Bu anıları hatırlatan bir travma yaşanınca kişide yineleyen, zorlantılı şekilde yeniden yaşantılama meydana gelmektedir. (Bolu, Erdem ve Öznur, 2014). Travmatik tecrübenin rüya veya disosiyatif bölümlerle yinelenmesinde hadiseyi pasif bir şekilde yaşantılamanın onulmazlığından sıyrılıp, travmatik tecrübeyi aktif bir şekilde tekrardan kurup egoya uyumu sağlama gayesi vardır (İbiloğlu, 2012). Kontrol edilemeyen çatışmalar neticesinde kaçma/çekinme eylemleri başlar, birey yalnız ve çaresiz olduğunu düşünür. Egonun bireyin başına gelebilecek hadiseleri düşünde önceden deneyimleme ve bunun sayesinde geleceğe hazırlayabilme yetisi, kişiye yaşanan olaylardaki uyarınları eleyip organize olmasını kolaylık sağlar. Beklenmeyen hadiseler, hazırlık yapılabilen hadiselerden daha ağır deneyimlenmektedir (Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın, 2006).

2.2.7.2. Bilişsel Kuram

Bilişsel kurama göre, duygu durum bozukluklarına, uyumlu olmayan ve gerçekdışı düşüncelerin neden olduğu belirtilir. Tekrardan deneyimleme, fazla uyarılma ve kaçma eyleminde olduğu gibi olumlu olmayan düşünceler de travmatik olaylar bireylerde sıkça görülür. Travmanın ne şekilde idrak edildiği, tahmin edilebilirliği ve kişinin ne kadar kontrol gücü olduğu gibi

zihinsel etkenlerin de TSSB'nin ortaya çıkması ve devam etmesinde önemli bir yerinin olduğu düşünülmektedir. Travmanın özellikleri de verilecek cevabın şeklinde değişiklikler oluşturmaktadır. Travmatik olaylardan sonra bireylerde olaylara fazla genelleme yapma, hep ya da hiç, kişisel algılama, durumlar karşısında sürekli negatif çıkarımlar yapma, olmadığı biri gibi davranma ve kendisini suçlu görme gibi fikirler ve tavırlar öne çıkmaktadır.

Bu tarz fikir, tavır ve inançlar bireyin psikolojisini negatif şekilde etkiler (Whisman, 2010). Travmatik hadiseyle karşı karşıya kalan bireyde ilk olarak zihninde bir kargaşa meydana gelir. Bu beklenmedik anda ortaya çıkan olay, daha sonra değişikliği uğrar. Travmatik hadise yaşanmadan önce elde edilen tecrübeler neticesinde kişide bu olay daha evvel yaşanmış gibi idrak edilip tecrübelediği olaylardaki gibi yanıtlar verilir. Bu davranışları, üst seviyede öğrenilmiş bir davranış olarak belirtiriz. Fakat ilk defa yaşanan bir tecrübeye uyan cevap olmadığı için verilen tepkiler karmaşılaşmaya başlar. Karmaşıklığın fazlalaşması huzursuzluğun artmasına neden olur (Şar, 2010).

TSSB'yi anlatabilmek için değişik teoriler ortaya atılmıştır. Bu teorilerden birisi; TSSB'nin bireyin tecrübe ettiği travmaya karşı oluşturduğu tehdit idrakini, bilişsel şemalarına özümleme gereksinimi ile bedensel ve hissel uyarılarını olması gerektiği düzeyde tutmaya çalışmasının tutarsızlaşmasından kaynaklandığını söylemektedir (Şar, 2010). Bir başka teoride ise travmadan elde edilen tecrübenin bireyin kendisine, diğer herkes ve her şeye karşı oluşturduğu bilişsel şemaları alt üst ettiği bu nedenle şemaları tekrar ortaya çıkarırken içerisinde negatif ve uyumlu olmayan düşünce ve fikirlerinde olduğu ifade edilmektedir (Whisman, 2010; Şar, 2010; Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın, 2006).

Bilgiyi işleme teorileri TSSB'yi yaşanan tecrübenin bir sekteye uğramasıyla ilişkilendirmektedir. Bir diğer teorideyse bireyin kendisine ve her şeye karşı oluşturduğu düşüncelerinin kopmasını öne sürmektedir. Travmatik olayla aniden karşılaşma, bir kısım bireylerde elde edilen tecrübeye yönelik anlamsız ve kabul edilmez düşüncelerinin oluşmasını tetikler ya da bireylerin dünyayı güvensiz, düzensiz ve hakkaniyetli olmayan bir yer olduğunu düşünmesine sebep olur (Şar, 2010).

Nihayetinde bireyin TSSB bulgularını vermesine, güven hissinin yok olmasına ve çözümsüz kaldığını düşünmesine, dış etkenlere karşı kendisini savunmasız hissetmesine neden olur (Öztürk, 2015; Bilgiç, 2011; Köroğlu ve Güleç , 2007). Bazı teorilerde travmatik tecrübenin psikolojik bozukluklara neden olup olmayacağının hadisenin nasıl algılandığıyla alakalı olduğunu söylemektedir. Bu teoriye göre travmatizasyon, travmaya sebep olan hadisenin büyüklüğünün altından kalkılamayacağının düşüncesinden doğar. Yükleme teorileri; travma tecrübelendiğinde bireylerin bunu anlamlandırabilmek, kestirebilmek ve kontrolü sağlayabilmek için deneyimledikleri hadiseler ve çevrelerine yönelik yüklemelerde bulunduğu ve bireyin yapmış olduğu yüklemelerin niteliğinin bireyin hadiseye vereceği tepkinin nasıl olacağını ileri sürmektedir (İbiloğlu, 2012).

2.2.7.3. Davranışçı Kuram

Davranışçı kuram, TSSB'nin iki aşamalı bir öğrenim sürecinden geçtiğini belirtir. Birinci faktör, travmatize olan bireyin, bağdaştırmayla asıl hadisenin, görüntülerin, fikirlerin ve durumların birbiriyle ilişkilendirilmesini öğrenmesini kapsar (Köroğlu ve Güleç, 2007). İkinci faktör ise dolaylı bir şekilde öğrenmeyi kapsar. İster koşullu olsun ister koşullu olmasın uyarıcılardan kaçma eylemi, endişenin dindirilmesinde kolaylık sağladığı için devamlılık gösterir. Bu bilgilerin neticesinde uyarıcılar genelleştirilir ve kişi uyarılmış olur (Whisman, 2010).

2.2.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Üzerine Yapılan Çalışmalar

İlk kez Jacop Mendes Da Costa, 1871'de Amerikan Tıp Bilimleri Dergisinde kalbin disfonksiyonunun farklı bir şeklini bulunduran hastaları yazarak bu hastalıklara "Irritable Heart" ismini koymuştur. Jacob'a göre kalbin fazla çalışması ve çokça uyarılması kalbi hassaslaştırıyor ve normal çalışmasını yerine getiremeyen sinirler bu vaziyetin devam etmesine sebebiyet veriyordu (Solmuş, 2015).

1900'lü senelerin başında psikolojik rahatsızlıkları ele alma biçimiyle bu hastalıklar, ilk defa Amerikan iç harbinde "travmatik nevroz" ismiyle ifade edilmiştir (Vural, Uçar, Eray, Çolpan ve Kocaeli, 2013). Harplere giden

erlerin, travmatik nevroz olma olasılığı çok yüksektir.1914'lü senelerde ise Türk Bulgar harbi esnasında erlerde travmatik-nevroz bulguları saptanmıştır. Harplere giden erlerin büyük çoğunluğunda travmatik-nevroz isimli psikolojik rahatsızlık görülmüştür. Bu rahatsızlıkta görülen en önemli bulgu travmatik hadisenin bireyin iç dünyasında devamlı olarak tekrardan yaşantılanmasıdır (Köksal Akyol ve Salı, 2013).

1.Dünya Savaşı sırasında bu rahatsızlık “Shell Shock” ismiyle ifade edilmiş ve cephanenin patlaması neticesinde direk meydana gelen bedensel tahribatlar sebebi ile ya da monoksit intoksikasyonu sebebi ile ortaya çıktığına karar verilmiştir. Bu rahatsızlığa yakalanan kişilerin çoğu harp meydanından uzaklaşıp kaçmaya çalışırken öldürülmüş, evine gidebilenlerin bazıları düzemiş, geri kalanı da hayatı boyunca bu rahatsızlıktan kurtulamamıştır (Gençdoğan ve Ören, 2007).

2. Dünya harbinin sonuçları toplumu her konuda derinden etkileyip zarar verici olmuştur. Harpler, Japonya'ya fırlatılan atom bombaları ve toplama kampları toplumun bütününe zarar vermiş ve TSSB'ye benzeyen bulgular verilmesine sebep olmuştur. 1950'li senelerin sonunda doktorlar yaptıkları çalışmalarda, Japonya'ya yapılan bombalamalardan sağlam kurtulmuş olan kişilerde sinirsel rahatsızlıkların oluştuğunu ifade etmişlerdir. Daha ileri zamanlarda yapılan incelemelerde yeniden deneyimleme, mutsuz ve üzgün olmak, kendini suçlama, durağanlaşma, umutsuzluk gibi rahatsızlığın verdiği belirtilerle hastaların hayatlarının mekanikleşmeye başladığı bildirilmiştir (Akın, 2013).

1941 senesinde Boston'da The Coconut Grove isimli bir barda ortalama 500 insanın orada olduğu bir zamanda gerçekleşen yangından kurtulanlarla yapılan incelemelerde gelecek kaygısı, yenilenen ve huzursuzluk yaratan hadiseyi düşlerinde görme, sinirlilikte artış, tükenme gibi bulgular olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu olayda tanındıkları ölen kişilerde meydana gelen artmış tepkiselliğin, kaybedilen kişiye ve destek olmaya çalışanlara yönelik oluştuğu anlaşılmıştır. Rahatsızlık bulguları ilerleyen vakitlerde de meydana gelebilmektedir (Gençdoğan ve Ören, 2007).

Swang ve Marchan'ın incelemelerine baktığımızda Normandiya çıkarması esnasında 60 günlük harbin sonunda sağ kurtulan erlerin %98'i psikolojik kayıp olduğunu, %2'lik diğer kısımda ise agresif kişilik bozukluğunun oluştuğunu görürüz (Grossman ve Siddle, 2011). Vietnam harbinde kurtulan kişilerle ilişkili psikolojik rahatsızlıklar bugün kullandığımız TSSB tanısı ile ifade edilmektedir. Yeni yapılan incelemelerde Vietnam'da savaşmış ortalama 3 milyon erin yaklaşık %19'u TSSB'ye yakalandığı gösterilmiştir (Cromie, 2011).

Amerika'da yapılan incelemeler ise çokta iyimser olmamakla birlikte bulduğu sonuçlarda Vietnam savaşında sağ kurtulan erlerin yaklaşık %30,9'u TSSB'ye yakalanmışken, bunların %15'inde ise bu rahatsızlık kronik hale gelmiştir (Dohrenwend, 2013). 1978 senesinin ocak ayında APA komitesinde başkanlık yapan Robert Spitzer, komiteye üye olan Talbott, Lifton ve Chaim Shatan'a ileriki yıllarda adı TSSB konulacak hastalığı Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM III) kitabına eklemeleri için yardımcı olmuştur. Komite ek olarak toplama kamplarında hakları ellerinden alınmış kişiler ile harplerde sağ kurtulmuş kişilerin psikolojik rahatsızlıklarını da TSSB içinde inceleyerek kitaba ekletmişlerdir (Mulligan, 2004).

Tıp dünyası, travmatize eden hadiselerin neden olduğu psikolojik rahatsızlıklar sonucunda kişilerin tavır ve hareketlerinin farklılaşmasını uzunca bir süre farkına varamamıştır. Toplumlarda harplerin neden olduğu vahim hal yani TSSB ilk kez Amerikan iç harbinde "er kalbi" adıyla tartışılmıştır. Ancak harpten dönmüş olan erlerin değişik hal ve tavırlarının nedeni tam olarak anlaşılamamıştır (Dryden, 2011).

Başlarda harbin neden olduğu hastalık bireylerin psikolojik olarak zayıf olmasına bağlanmıştı. Yaşamın başlangıcından beri olan bu hastalık olmasına rağmen TSSB adıyla 1980'lerde resmileşmiştir. Erken alınmış doğru tanılarda TSSB tamamen yok edilip hasta kür elde edebilmektedir (Giddens, 2008).

TSSB tanısı, 1994'te DSM IV'ün içine detaylı bir şekilde eklenmiştir. 2000 senesinde kitap Amerikan Psikiyatri Birliğince DSM IV TR ismi altında yenilenip yayına verilmiştir.

TSSB'nin eskiden kişiden kişiye bulaşının olmadığına inanılırken şimdilerde yapılan incelemelerden elde edilen bilgilere göre bunun tam tersi olduğu belirtilmiştir. TSSB hastalığına sahip olan Vietnam gazilerinin eşleriyle yapılan incelemeler neticesinde buna İkincil Travmatik Stres Bozukluğu adı verilip kitaplaştırılmıştır. Bu incelemelerden sonra Hollandalı ve İsrailli savaş gazilerinin eşleriyle de çalışmalar yapılmıştır. Bosna harbinden sonra TSSB'ye yakalanan Hırvat erlerinin eşlerinde ikincil TSSB'ye yakalanma oranının %30 olduğu bulunmuştur (McClelland, 2013).

A.B.D.'nin Newyork ilinde bulunan Hofstra Üniversitesi öğretim üyelerinden Robert Motta'nın ikincil travmayla ilgili yaptığı birçok incelemeden sonra bir açıklama yapmıştır. Bu açıklamada TSSB'nin bulaşabilen bir rahatsızlık olduğunu, TSSB hastasıyla yakınlık kuran herkes bu durumdan etkilenebildiğini, bu etkilenmenin farklı zamanlarda ve seviyelerde olduğunu ve yaşları küçük olan kişilerinde bundan etkilenebildiğini söylemiştir (Motta, 2013).

TSSB harpten sağ kurtulan erlerde kontrolden çıkmış ve yakınlarını da etkilemiştir. TSSB hastası bireylerin hissettiklerini, yakınlarını da içine alan ruhsal çöküntünün düzeylerini göstermek ve farkındalığı arttırmak için uzunca bir süre yapılan incelemeler sonucunda TSSB artık hastalık olarak tanım almıştır. Amerika'da TSSB'nin dönemin rahatsızlığı olarak isimlendirilmesine, çok fazla araştırma yapılmasına ve tedavilerin gelişmesine rağmen gizemi hala çözülememiştir (Morris, 2013). TSSB'nin karmaşık bir psikolojik rahatsızlık olduğu sonunda anlaşılmıştır ve modern harplerin kayıplar listesine eklenmiştir (Remington, 2013).

A.B.D.'nin San Fransisko eyaletinde Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 2013 senesi mayıs ayında yapılan senelik toplantısında DSM V yayınlanmıştır. DSM V'te hal ve hareketlere daha fazla önem verilip, TSSB'ye eşlik eden aralarında ilişki bulunmayan dört farklı faktör ortaya konulmuştur. Bu faktörler

tekrardan deneyimleme, olumlu olmayan fikir ve ruhsal haller, kaçınmaya çalışma ve uyarılmışlığın fazlalaşması şeklinde gruplanmıştır.

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve bununla bağlantılı bulguları incelemek koruyucu ruh sağlığı hizmetleri açısından önem arz etmektedir. Travmatik stres ile alakalı bulguların daha önceden tespit edilmesi ikincil koruma gayeli ruh sağlığı hizmetlerinin düzenlenmesine kolaylık sağlayacak ve meydana gelebilecek zararların engellenmesini sağlayacaktır (Aker, Hamzaoğlu ve Boşgelmez, 2007).

TSSB olgusu üzerinde çok durulan ve çalışma yapılan bir konu olmuştur. DSM bu olguyu farklı başlıkların içerisinde incelemiş ve bulguları 3 farklı başlık olarak ele alıp toplamıştır. Bu başlıklar ise i. Tekrardan deneyimleme, ii. Kaçınma küntleşme, iii. Aşırı uyarılma olarak gruplandırılmıştır. Travma sonrası stres bozukluğu psikolojik travmalardan sonra en sık gözlenen bozukluktur. Çeşitli incelemeler ve klinik gözlemler bunun alt tiplerinin varlığının olabildiği ihtimalini güçlendirmektedir. Ancak bu bulguların deneyimlenen travmatik hadiselerin şekli, yaşanan bu hadiseye zamansal uzaklık, kişisel ayırım, travmanın hikayesi gibi, travmanın evveli, travmayla alakalı ve ya travmadan sonrası farklılaşan birtakım parametrelerle alakalı olarak değişik kişilerde değişik şekillerde olabilmekte ve bunun sonucunda Travma sonrası stres bozukluğu diğer birçok psikolojik rahatsızlıklardaki gibi farklı alt tiplerinin olabileceğini söylenmiştir (Aker, Hacıoğlu, Kutlar ve Yaman, 2002).

Travmayla alakalı tekrardan deneyimleme yoğun olan düşünce, his, tavır ve tepki verme gibi davranışlardan meydana gelmektedir. Zihinsel tekrardan deneyimleme, çoğunlukla travmayla alakalı devamlı zihinde oluşturmaları, fikirleri, kötü rüyaları ve tekrar deneyimlemeleri içerir. Duygusal açıdan tekrardan deneyimleme ise sinirlilik, tasa, ya da tedirginliktir. Travmaya uğramış kişi bu duygulanımlardan tasalandığı kadar bunları kontrol altında tutamayacağından da tasa edebilir. Davranışsal deneyimleme de değişik şekillerde karşımıza gelebilir. Kişinin hadiseler sırasında yaşadığı agresiflik duygusunu tekrardan deneyimleyerek çevreye karşı gösterdiği fiziksel saldırılar en fazla dikkatimizi çeken eylemlerdir. Fizyolojik duyarlılık

biçimindeki tekrardan deneyimleme önemli bir travmadan sonra ortaya çıkar. Travmayı hatırlatacak objelere tepki gösterme, başında ağrı hissetme, uyuyamama, konsantre olamama, sindirim sisteminde rahatsızlıkların oluşması, kalp çarpıntısı örnek olarak gösterilebilir (Aker, Hacıoğlu, Kutlar ve Yaman, 2002).

KKTC'de Çakıcı ve arkadaşları tarafından 2006 yılında travma sonrası stres bozukluğu ve risk faktörlerini irdeleyen araştırma sonucunda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı %19 olarak bulgulanmıştır (Çakıcı ve ark., 2017).

Genel olarak kaçınma eylemi, olayla alakalı düşüncelerinden, hislerinden, aktivitelerinden, sohbetlerinden, uğraşlarından, arkadaşlarından ve hatıralarından uzaklaşmayı anlatmaktadır. Aslında bütün bu kaçınmanın türlerine baktığımızda kişiyi yaşadığı zorlu hadiselerin etkilerinden korumaya çalıştığını görürüz. Travmatik hadiseyle alakalı işaretler kişi için iki anlama gelir. Travmatik hadiseyi yaşama olasılığını hatırlatıp kişiye tekrardan tehlikenin içine girebileceğini anlatır. Duygusal kaçınma geniş açıdan bakıldığında duygusal bütünleşmeyi hissetmek olarak tanımlanır. Yaşadığı ve onu etkisi altına alan yoğun hislerinden kaçma, kişiyi travma ile alakalı duygularına olan duyarlılığını azaltarak kişiyi bundan korur. Davranışsal kaçınma fiziki açıdan travmatik hadiseyi hatırlatan çevrelerden kaçmayı kapsar. Bu kaçınma kimi zaman bilinçli olabilmekte, fakat genelde bilinç dışı yapılmaktadır (Aker, Hacıoğlu, Kutlar ve Yaman, 2002).

Travma sonrası stres bozukluğu en sık görülen tipi aşırı uyarılmışlık halidir. Bununla alakalı olarak uyarılara aşırı tepki verme, tetikte bekleme, kızgınlık hali ve irkilme gibi bulgular aşırı uyarılmışlık halinin birincil bulgularıdır. Bu bulgular kendisini aşırı sinirli olma ve saldırgan tutum şeklinde gösterir. Bu aşırı uyarılmışlık bulguları içinde bulunan sinir patlamaları ve dürtüsel hareketler saldırgan olmayla ilişkili durumlar olup hem hasta hem de tanıdıkları için çok ciddi sorun teşkil etmektedir. Post-travmatik stres bozukluğu soruna yaşayan kişiler için bu saldırgan tutumlar tedaviye başvurmada büyük önem taşımaktadır (Bilgiç, 2001; Bilgiç, 2011).

2.3. Psikopatolojik Belirtiler

2.3.1. Depresyon

Fikir ve davranışlardaki aktivitelerde azalma ve durağan olma, önemsiz hissetme, zayıflık, isteksizlik, kötümserlik gibi tavırları ve kederli hisleri içinde barındıran hissel bozulmaların olduğu bir rahatsızlıktır. Bu durumdaki kişiler hayata karşı isteksiz ve diğer insanlarla olan bağlarını koparıp içlerine dönük kaygılı bireylerdir (Örsel, Akdemir, Dağ, 2004).

2.3.2. Somatizasyon

Bedensel bir bozukluğu anımsatan fakat yapılan incelemelerde bedensel bir sorun bulunmayan ve ruhsal faktörlerle ilişkisi olan, fizyolojik bulguların olduğu bir psikolojik bozukluktur (Dalbudak, 2009). Kusma, bulantı, ağrı gibi midedeki sorunlar, işitme ve görme kaybı, bedenin herhangi bir yerindeki ağrı, adet düzeninin bozulması, isteksizlik ve cinsellik sırasında ağrıların oluşması, taşikardi, dispne, felç kalma, yutmada güçlük gibi değişik şekillerde ortaya çıkabilmektedir (Oldershaw, Lavender, Sallis, Stahl, ve Schmidt, 2015).

2.3.3. Anksiyete

Kaygı bozukluğu olarakta bilinmektedir. Kaygı düzeyi bireylere göre değişiklik göstermektedir. Kaygı hissinin hastalık boyutunda ele alınabilmesi günlük yaşamın sürdürülmesini bozmasına, bireyin düşünce ve eylemlerinin bu kaygıya odaklanmasına ve farklı davranış bozukluklarına sebebiyet vermesine bağlıdır. Anksiyete bozukluğu bireylerde kas gerginliği, otonom sinir sistemi faaliyetlerinin artması, tedirginlik, dikkat dağınıklığı, panik durumu gibi çeşitli fiziksel ve psikolojik belirtiler meydana getirmektedir (Tükel ve Alkın, 2009).

2.3.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesyon tekrarlayan, bunaltıya neden olan, takıntılı fikir veya hareketlerdir. Kompulsiyon ise bireyin bu takıntıları azaltabilmek için yapmaktan vazgeçemediği fikir ve hareketlerdir. Kişi, takıntılarının sebep olduğu hallerden kaçabilmek için bilinçsizce yaptığı kompulsiyonları yaptıkça

kurtulmaya çalıştığı takıntılarından kaçamaz ve bir kısır döngünün içine girer. Obsesif Kompulsif Bozukluk daha çok buluş çağının son evreleri ve erişkinliğin başlarında ayırt edilmeye başlanır. Bu kişilerde kontrol duygusu çok fazladır ve sıkı kurallara kurar. Ayrıca bu kişiler çok dikkatli, özenli ve eksiksiz davranışlarda bulunmaktadır (Menin ve ark., 2007).

2.3.5. Psikotizm

Duygusal rahatsızlıkların şiddetinin fazlalaşması ve bazı bedensel rahatsızlıklarında izlendiği, sağlık kurumlarında tedavisinin lazım olduğu mühim ruhsal bozukluklardır. Organik ve fizyolojik psikoz başlığıyla iki grupta incelenir. Fonksiyonel psikozda beynin işleyişinde bir bozulma beklenmez. Bu grubun içinde şizofrenlik ve psikotik rahatsızlıklar bulunmaktadır. Organik psikozda ise beyin yapısında bozukluklar beklenir. Psikozlar iki grupta açıklanmış olmasına rağmen yeni incelemelerde bu grupların birbiriyle olan ayrımında yapılan faktörler belirsizleşmiştir (Oishi ve Schimmack, 2010).

2.3.6. Fobik Anksiyete

Korkulara dayalı rahatsızlıkların bulgusu olan sıkıntı, nesnelere ya da durumlara karşı oluşmaktadır. Akrofobi, akuofobi gibi birçok şekli olan korku rahatsızlarında kişi anksiyete ve korkularından kaçmaya çalışması gibi hal ve hareketleri göstermektedir. Bu rahatsızlığı olan kişilerde uyaran olmadığı sürece sıkıntı hali pek gözlenmemektedir (Mennin, Holaway, Fresco, Moore, ve Heimberg, 2007)

2.3.7. Paranoid Düşünceler

Halüsinasyonlu, aklın dışında oluşan fikirlerle birlikte diğer kişilikte oluşan rahatsızlıkların beraber görülmesidir. Kişi kendisiyle alakalı kötü planların yapıldığı, izlendiği, yalanlar söylendiği, canına kıyacıklarını düşündüğü veya kendisini çok değerli biri gibi gördüğü, okuduğu yazılarda kendisine verilen iletilerin bulunduğu gibi gerçek dışı fikirlere kapılır. Bu akıl dışı düşünceler kişinin hareketlerinde değişikliğe neden olmaktadır. Halüsinasyon gördüğü durumlar dışında davranışlarında herhangi bir değişiklik olmazken bu gibi konularda ise normalin dışında davranışlar göstermektedir (Hocaoğlu, 2001).

2.3.8. Kişilerarası Duyarlılık

En çok rastladığımız ve kişiye etkisinin en fazla olduğunu bildiğimiz rahatsızlıklardan birisi de bireyler arası ilişkilerde görülen sorunlardır. Kişilerin doğmadan önceki döneminden başlayıp bütün hayatı boyunca diğer insanlarla olan ilişkilerinin kişiliğini, hayatını, hislerini gelişmesini ve fikirlerini etkilediğini hesaba katarsak, bu ilişkilerdeki sorunların diğer sorunlara da sebep olacağını görürüz. Diğer insanlarla olan iletişimde problemleri olan kişide duyarlılık fazlalaşır bunun sonucunda kişinin kendisini yeterli, değerli bulmaması ve diğer insanlardan aşağıda görmesiyle yargılanabileceği, üzülebileceği gibi düşünceleri yanlış hareketler yapmasına neden olmaktadır (Akgün ve ark., 2014).

2.3.9. Öfke-Düşmanlık

Kişinin diğer insanlardan haz etmemesi ve o insanlara karşı negatif hisler beslemesi gibi duyguları içeren rahatsızlığa hostilite denir. Bu bozukluklar, kızgınlık hissi ve kızgınlığın sebep olduğu hareketlerle birlikte saldırganlığı aktifleştirebilmekte, diğer kişi veya objelere zayıat verici hallere sebebiyet oluşturabilmektedir (Balkaya ve Şahin, 2003)

3.BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Nicel verilerin kullanıldığı bu araştırmada, değişkenler arasındaki ilişkilerin olduğu gibi, hiçbir müdahale olmaksızın incelenmesine dayalı ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Tarama modelleri, geçmişte ya da şu anda varolan bir durumu, olduğu biçimiyle betimlemeyi amaçlayan, herhangi bir değişiklik yapma çabasından uzak durularak gözlemlendiği yaklaşımlardır. İlişkisel tarama modeli, iki veya ikiden fazla değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir. İlişkisel çözümleme, korelasyon e karşılaştırma olmak üzere iki şekilde yapılabilir (Karasar, 2003).

3.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evreni, KKTC'de yaşayan 18-50 yaş aralığında 75 madde kullanan ve 75 madde kullanmayan kadın ve erkek üniversite öğrencisi bireylerden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini 49'u kadın (% 32,7), 101'i (% 67,3) erkek olmak üzere toplam 150 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırma örnekleminin oluşturulmasında madde kullanan bireyler için amaçlı madde kullanmayan bireyler için ise gelişigüzel örnekleme yönteminden faydalanmıştır. Araştırmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin durumların seçilerek derinlemesine araştırma yapılmasına olanak tanıyan amaçlı örnekleme, belli ölçütleri karşılayan veya belirli özelliklere sahip olan bir veya daha fazla özel durumlarda çalışılmak istendiğinde tercih

edilmektedir. Araştırmacı, seçilen durumlar bağlamında doğa ve toplum olaylarını ya da olgularını anlamaya ve bunlar arasındaki ilişkileri keşfetmeye ve açıklama çalışmaktadır (Büyüköztürk, 2012). Amaçlı örneklemenin amacı, araştırmada çalışılan problemleri aydınlığa kavuşturacak zengin bilgi içeren durumları seçmektir. Bu anlamda, amaçlı örnekleme yöntemleri pek çok durumda, olgu ve olayların keşfedilmesinde ve açıklanmasında yararlı olmaktadır (Tarhan, 2015).

3.3 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak kişisel bilgileri öğrenebilmek adına Kişisel Bilgi Formu, Madde kullanımı öğrenebilmek adına Model Avrupa Ölçeği, Travmanın stres boyutunu ve psikolojik belirtileri ölçek için Travmatik Stres Belirti Ölçeği ve Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği kullanılmıştır. Kullanılan veri araçları ile ilgili bilgiler aşağıda sunulmuştur.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan kişisel bilgi formunda katılımcıların yaşlarına, cinsiyetlerine, kardeş sayısına, medeni durumlarına, eğitim ve gelir düzeylerine, iş durumuna, aile durumlarına, ebeveynlerinin yaşam durumlarına, ebeveynlerinin birlikteliğine, bağımlılık yapıcı madde kullanıp kullanmadıklarına, çevrelerinde bağımlılık yapıcı madde kullanan birilerinin olup olmadığına ve madde bağımlılığına yönelik herhangi bir eğitim alıp almadıklarına ilişkin kapalı uçlu sorular yöneltilmiştir.

3.3.2. Model Avrupa Anket Formu

Çalışmanın anket formu Avrupa Konseyi'nin "Model Avrupa Anketi" isimli anket çalışmasından yararlanılarak hazırlanmıştır. Anket, Çakıcı ve arkadaşlarının çalışmalarında kullandığı Türkçeye uyarlanmış şekli temel alınarak uygulanmıştır. Anket formu aydınlatılmış onam ve sosyodemografik form içermektedir.

3.3.3. Travmatik Stres Belirti Ölçeği

Başoğlu ve arkadaşları, (2001) tarafından geliştirilen Travmatik Stres Belirti ölçeği, 23 maddeden oluşan 4'lü likert tipi bir ölçektir. Katılımcıların

kendilerini geçen son bir ay içerisinde değerlendirdikleri sorular içermektedir. Maddelerin puanları 0-3 arasındadır. İlk 17 madde TSSB belirtilerini son 6 madde ise depresyon belirtilerini sorgulamaktadır. Bu 17 maddeden elde edilen puanların 25 veya daha yüksek puan olması olası bir TSSB'ye işaret etmektedir. TSSB için ideal kesme puanı 22, depresyon puanı için ise 38'dir. Duyarlılık ve özgüllüğün % 81 olduğu bildirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa değerleri ölçeğin tamamı için 0.94, TSSB için 0.93 ve depresyon için 0.82'dir (Başoğlu ve ark. 2001).

Bu çalışmada, Travma Stres Belirti Ölçeğinden elde edilen veriler toplam puan olarak kullanılmıştır. Bu araştırmanın çalışma grubunu oluşturan katılımcılar için 23 maddelik travma sonrası stres belirtisi toplam puanına ilişkin iç tutarlılık katsayısı .89 olarak hesaplanmıştır.

3.3.4. Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği

SCL-90 ölçeği Derogatis (Derogatis ve Clear, 1977) tarafından geliştirilmiştir. Dağın Türkçeyi de çevirdiği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması (Dağ, 1991). Semptom kontrol listesi-90-R, psikopatolojik semptomları taramak için 90 sorudan oluşan öz bildirim tipi ölçeğidir. 9 alt ölçeği vardır. Bu alt ölçekler; somatizasyon (SOM) obsesif kompulsif (O-C), kişilerarası duyarlılık (INT), depresyon (DEP), anksiyete (ANX), düşmanlık (HOS), fobikanksiyete (PHOB), paranoid düşünceler (PAR) ve psikotizm (PSY). Ölçeğin tümü 0.97 cronbach alfa iç tutarlılık katsayısına sahiptir (Dağ, 1991). Alt ölçeklerin güvenirlilik katsayıları SOM için .82, OC için .84, INT için .76, ANX için .78, HOS için .79, PHOB için .79, PAR için .63, PAR için .73 olarak bulunmuştur. Ek ölçek için ise .77 (Kılıç, 1991). Alt grupların ortalama puanlarında görülen bir artış olarak, katılımcının psikopatolojisinin ciddiyetinin arttığının bir göstergesidir (Köroğlu ve Aydemir, 2009). Genel semptomatik endekste (GMI) ya da alt ölçeklerde bir kişinin psiko-patolojik belirti düzeyinin 1.50'den yüksek puan alması ya da ortalama olarak kabul edilmesidir (Dağ, 1991). Bireysel her soruya 5 likert tipi cevap sayfası ile cevap verir: (0) yok, (1) gerçekten düşük, (2) ortalama, (3) oldukça yüksek, ve (4) ortalamanın üstünde.

Bu çalışmada psikolojik belirti tarama ölçeği hem alt boyut hem de toplam puan olarak analiz sürecine dahil edilmiştir. Buna göre, psikolojik belirtiler alt boyutları ve toplam puanına ilişkin iç tutarlık katsayıları Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 1.

Araştırma Grubu İçin Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanına Ait Güvenirlik Katsayıları

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Cra
Somatizasyon (SOM)	12	.89
Obsesif-Kompulsif Belirtiler (OKB)	10	.87
Kişiler Arası Duyarlılık (KAD)	9	.74
Depresyon (DEP)	13	.87
Anksiyete (ANKS)	10	.89
Öfke-Düşmanlık (ÖFKE)	6	.80
FobikAnksiyete (FOBİ)	7	.82
Paranoid Düşünceler (PAR)	6	.50
Psikotizm (PSY)	10	.90
Ek Skalalar (EK)	7	.73
SCL-90 Toplam Puan	90	.97

Tablo 1 incelendiğinde, psikolojik belirtiler ölçeğinin hem alt boyutlarına hem de toplam puanına ilişkin iç tutarlılık katsayılarının .70 ve üzeri olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum ölçme aracının araştırma grubu için güvenilir olduğuna bir kanıt olarak gösterilebilir. Ancak paranoid düşünceler alt boyutunda güvenilirlik katsayısı ideal sınırlamaya göre daha düşüktür. Bu durum katılımcıların bu maddelere tutarsız cevaplar vermesinden kaynaklı olduğu söylenebilir.

3.5. Veri Toplama İşlemi

Araştırmanın ulaşılabilir evrenini, Lefkoşa ilinde çalışmanın yapılmasına izin veren Yakın Doğu Üniversitesi ve Uyuşturucuyla Mücadele Komisyonu oluşturmaktadır. Çalışma Ocak-Aralık 2019 tarihinde toplam bir ay süren bir uygulama ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini oluşturan öğrenciler araştırmacı tarafından araştırmaya dahil edilme kriterleri hakkında bilgilendirilmişlerdir. Araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya gönüllü katılımcılara araştırmanın amacı hakkında Bilgilendirme Formu (Ek-1) verilmiş olup, çalışmaya katılımları için yazılı izinleri Aydınlatılmış Onam (Ek-2) alınmıştır.

Araştırmanın madde kullanan katılımcıları amaçlı örneklem madde kullanmayanları ise gelişigüzel örneklem yöntemiyle toplanıldı.

3.6. Verilerin Analizi

Madde kullanan ve madde kullanmayan eşit sayıda katılımcının yer aldığı çalışma grubunda travma sonrası stres bozukluğu ve psikopatolojik belirtilerin incelenmesinin amaçlandığı bu çalışmada veri çözümlemesi işleminin ilk aşaması olarak toplanan veriler SPSS 21 paket programına girilmiş ve eksik ya da hatalı kodlanan veriler gözden geçirilmiştir. Katılımcıların dirençli olarak çok sayıda maddelere tepki vermediği gözlenmiş ve bu data lar veri setinin dışında tutulmuştur. Araştırmanın temel amacı doğrultusunda ayıklama işlemi gerçekleştirildikten sonra nihai analizler 75'i madde kullanan 75'i madde kullanmayan toplamda 150 katılımcının tepkileri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında toplanan veriler amaçlı örneklemeye dayalı olarak ayıklandığı için katılımcı sayısının geniş olmaması nedeniyle öncelikle normallik varsayımları her bir alt ölçek ve toplam puanlar üzerinden Shapiro-Wilk uyum iyiliği testi aracılığıyla ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Çalışmanın normallik varsayımları kapsamında ayrıca çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş, Kurtosis ve Skewness değerlerinin her bir ölçek ve alt ölçeğe yönelik betimsel istatistiklerle raporlaştırılmıştır. Araştırmanın normallik varsayımına ilişkin bulguları incelendiğinde psikolojik belirtiler ölçeğinin alt boyutları arasında yer alan Kişiler Arası Duyarlılık ve Paranoid Düşünceler sürekli değişkenleri hariç diğer tüm alt boyut ve toplam puanlarının kabul edilebilir kriterler arasında yer aldığı gözlenmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda data kaybı yaşanmaması amacıyla, bu iki boyutun normal dağıldığı varsayılarak, araştırmanın sınırlılıklar kısmında rapor edilmiştir. Veri çözümleme işleminin sonraki aşamasında katılımcı sayılarının eşit bir şekilde dağıldığı sürekli

değişkenlere ilişkin analizlerde parametrik test yönteminden faydalanılırken; katılımcı sayılarının dengesiz dağıldığı ve kategorik değişken olarak sınıflandırılan gruplarda 36'dan daha az katılımcının yer aldığı sürekli değişkenlere ilişkin analizlerde non-parametrik testler kullanılmıştır. Verilerin analiz sürecinde bütün katılımcılara ilişkin betimsel ve nicel analizler gerçekleştirilmiş olup genel profil ortaya koyulmuştur. Sonrasında ise özelde madde kullanan ve madde kullanmayan katılımcılar üzerinde araştırmanın temel amaçları doğrultusunda analizler gerçekleştirilmiştir ve madde kullanıcılarının profilleri belirlenmeye çalışılmıştır. Bu doğrultuda araştırmanın temel ve alt amaçlarının analiz edilebilmesi için gerekli temel varsayımlar incelendikten sonra ilk olarak araştırmanın temel amacı olan “Katılımcıların madde kullanım durumuna göre travma sonrası stres bozukluğu ve psikopatolojik belirtilerinin incelenmesi” amacıyla ilişkisiz ölçümlerde ortalama puanların karşılaştırılmasına imkan veren t-testi kullanılmıştır. Daha sonra genelde tüm katılımcıların, özelde ise hem madde kullanan hem de madde kullanmayan katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu ve psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiler Pearson Çarpım Momentler Korelasyon analizi yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın alt amaçları arasında yer alan madde kullanan ve kullanmayan olmak üzere iki kategoride sınıflandırılan madde kullanım durumlarının sosyo-demografik değişkenler olarak sınıflandırılan sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, aylık gelir, medeni durum, çalışma durumu, ebeveyn birliktelik durumu, ebeveynlerin hayatta olup olmama durumu, yakınlarının madde kullanım durumu, madde bağımlılığı ile eğitim veya etkinliğe katılma durumu, geçmiş yaşantısında madde kullanım öyküsü ve travma stres belirtileri gibi kategorik değişkenlere göre incelenmesi amacıyla İki Değişken İçin Ki-Kare (Chi-Square Test) testi yapılmıştır. Araştırma kapsamında ayrıca, demografik değişkenler açısından madde kullanan ve kullanmayan bireylere göre anlamlı çıkan boyutların, katılımcıların TSSB, depresyon ve kaygı düzeylerinin anlamlı yordayıcıları olup olmadığının incelenmesinde aşamalı doğrusal çok değişkenli regresyon analizi tekniği kullanılmıştır.

4.BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın temel ve alt amaçları doğrultusunda gerçekleştirilen betimsel ve istatistiksel analiz sonuçlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Araştırma grubunu oluşturan katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin betimsel istatistikler Tablo 2’de sunulmuştur.

4.1. Katılımcıların Madde Kullanım Durumlarının Sosyo-demografik Bilgilerine İlişkin Bulgular

Araştırma grubunu oluşturan 150 katılımcı, madde kullanan ve kullanmayan olmak üzere iki kategoride sınıflandırılmıştır. Sosyo-demografik değişkenler olarak sınıflandırılan sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, aylık gelir, medeni durum, çalışma durumu, ebeveyn birliktelik durumu, ebeveynlerin hayatta olup olmama durumu, yakınlarının madde kullanım durumu, madde bağımlılığı ile eğitim veya etkinliğe katılma durumu, geçmiş yaşantısında madde kullanım öyküsünün dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 2 incelendiğinde araştırma grubunu oluşturan katılımcıların % 56.7'sinin (n= 85) 25 yaş ve altı bireylerden oluşurken; katılımcıların %43.3'ünün (n=65) 25 yaş ve üzeri olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcılara bakıldığında %32.7'sinin (n=49) kadın %67.3'ü erkek (n=101), %24.2'sinin köy-kasaba (n=36), %75.8'inin (n=113) şehirde yaşadığı, %69.3'ünü (n=104) 2000 tl ve altı %30.7 (n=46) 2000 tl ve üzeri aylık geliri olduğu, 81.3'ünün (n=122) bekar %8.7'si (n=13) evli, %10'unun (n=15) boşanmış, %22.7'sinin (n=34) çalıştığı % 77.3'ünün (n=116) çalışmadığı, ebeveynlerinin % 46.7'sinin (n=70) birlikte % 53.3'ünün (n=80) boşanmış olduğu, annelerinin % 57.4'ünün (n=85) ev hanımı % 18.9'unun (n=18) memur ya da emekli % 23.6'sının (n=) ise işçi/çiftçi/serbest mesleğe, babalarının % 30.4'ünün (n=45) memur ya da emekli 69.6'sının (n=103) işçi/çiftçi/serbest mesleğe sahip olduğu görülmüştür. Annelerinin % 71.3'ünün (n=107) yaşadığı % 28.7'sinin (n=43) yaşamadığı, babalarının % 74.7'sinin (n=112) yaşadığı % 25.3'ünün (n=38) yaşamadığı, % 60'ının (n=90) yakın çevresinde madde kullanan bireylerin olduğu % 40'ının (n=60) olmadığı, % 38.7'sinin (n=58) geçmişte madde kullanımı ile ilgili bir eğitime katıldığı % 61.3'ünün (n=92) katılmadığı, % 47.3'ünün (n=71) geçmiş yaşantısında madde kullanım öyküsü olduğu % 52.7'sinin (n=79) olmadığı, sigara kullanan katılımcıların % 70.7 kullanmayanların (n=106) % 29.3 (n=44), alkol kullanan katılımcıların ise %88.1 (n=118) kullanmayanların ise % 16.9 (n=24) olduğu görülmüştür.

Tablo 3.*Madde kullanan katılımcıların kullandığı maddeye ilişkin dağılım*

	Madde Kullanan Katılımcılar	
	%	
Sigara	54	72
Alkol	59	15.7
Uçucu Madde	45	60
Esrar	53	70.7
Sentetik Kannabinoid	17	22.7
Amfetamin	22	29.7
Kokain	15	20
Eroin	9	12
LSD	4	5.3
Anabolizan Steroid	8	10.7
Hap	47	62.7
Kodeinli Şurup	0	0

Tablo 3 incelendiğinde madde kullanan katılımcıların %72'sinin (n=54) sigara, %15.7'sinin (n=59) alkol, %60'ının (n=45) uçucu madde, %70.7'sinin (53) esrar, %22.7'sinin (n=17) sentetik kannabinoid, %29.7'sinin (n=22) amfetamin, %20'sinin (n=15) kokain, %12'sinin (n=9) eroin, %5.3'ünün (n=4) LSD, % 10.7'sinin (n=8) anabolizan steroid, % 62.7'sinin (n=47) ise hap kullandığı görülmüştür.

Tablo 4.

Madde kullanan katılımcıların madde kullanımına başlama yaşlarına ilişkin dağılım

	Tüm Bireyler		15 yaşından önce		15-20 yaş		20-30 yaş arası		30 yaşından sonra		Bilmeyenler	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sigara	109	100	20	31.2	43	43.3	23	15.1	3	3	-	-
Alkol	109	100	20	18.3	48	44.0	28	25.7	13	11.9	-	-
Esrar	52	100	7	13.5	15	28.8	26	50	1	1.9	3	5.8
S.Kannabinod	43	100	4	9.3	7	16.3	11	25.6	-	-	21	48.8
Ectasy	33	100	3	9.1	5	15.2	24	72.7	-	-	1	3
Kokain	18	100	-	-	7	38.9	11	61.1	-	-	-	-
Amfetamin	20	100	-	-	7	35.0	11	55	-	-	2	10
LSD	5	100	-	-	1	20.0	3	60	-	-	1	20
Eroin	15	100	-	-	2	13.4	12	80	-	-	1	6.3
Anabolizan	7	100	-	-	4	57.2	3	42.9	-	-	-	-
Hap	45	100	5	11.1	6	13.3	22	48.9	2	4.4	10	22.2
Uçucu madde	44	100	11	2.5	18	40.9	10	22.7	3	6.8	2	4.5
Yatıştırıcı	19	100	-	-	6	31.6	13	68.4	-	-	-	-

Tablo 4 incelendiğinde sigara kullanan katılımcıların %31.2'sinin (n=31) 15 yaşından önce, %43'ünün (n=43), 15-20 yaşları arasında, %23'ünün (n=23) 20-30 yaşları arasında, %3'sinin (n=3) ise 30 yaşından sonra başladığına ulaşılmıştır. Alkol kullanan katılımcıların %18.3'ünün (n=20) 15 yaşından önce, %44'ünün (n=48), 15-20 yaşları arasında %25.7'sinin (n=28) 20-30 yaşları arasında, % 11.9'unun (n=13) 30 yaşından sonra başladığı görülmüştür. Esrar kullanan katılımcıların %13.5'inin (n=7) 15 yaşından önce, %28.8'sinin (n=15) 15-20 yaşları arasında, %50'sinin (n=26) 20-30 yaşları arasında, %1.9'unun 30 yaşından sonra başladığı görülürken % 5.8'inin (n=3) ne zaman başladığını bilmediği görülmüştür. Sentetik Kannabinoid kullanan katılımcıların %9.3'ünün (n=4) 15 yaşından önce,

%16.3'ünün (n=7) 15-20 yaş arasında, %25.6'sinin (n=11) 20-30 yaşları arasında başladığı görülürken, %48.8'inin (n=21) ne zaman başladığını bilmediği görülmüştür. Ecstasy kullanan katılımcıların 9.1'inin (n=3) 15 yaşından önce, %15.2'sinin (n=5) 15-20 yaşları arasında, %72.7'sinin (n=24) 20-30 yaşları arasında başladığı görülürken %3'ünün (n=1) ne zaman başladığını bilmediği görülmüştür. Kokain kullanan katılımcıların 38.9'unun (n=7) 15-20 yaşları arasında, %61.1'inin ise 20-30 yaşları arasında başladığı görülmüştür. Amfetamin kullanan katılımcıların %35'inin (n=7) 15-20 yaşları arasında %55'inin (n=11) 20-30 yaşları arasında başladığı görülürken %2'sinin (n=10), ne zaman başladığını bilmemektedir. LSD kullanan katılımcıların %20'sinin (n=1) 15-20 yaşları arasında, %60'ının (n=3) 20-30 yaşları arasında, %20'sinin (n=1) ne zaman başladığını bilmediği görülmektedir. Eroin kullanan katılımcıların %13.4'ünün (n=2) 15-20 yaşları arasında %80'inin (n=12) 20-30 yaşları arasında başladığı görülürken; %6.3'ünün (n=1) ne zaman başladığı bilmediği sonucuna ulaşılmıştır. Anabolizan kullanan katılımcıların %57.2'sinin (n=4) 15-20 yaş arasında, %42.9'unun (n=3) 20-30 yaşları arasında başladığı görülmektedir. Hap kullanan katılımcıların %11.1'inin (n=5) 15 yaşından önce, %13.3'ünün (n=6) 15-20 yaşları arasında, %4.4'ünün (n=2) başladığı görülürken %22.2'sinin (n=10) kaç yaşında başladığını bilmediği görülmüştür. Uçucu madde kullanan katılımcıların %2.5'inin (n=11) 15 yaşından önce, %40.9'unun (n=18) 15-20 yaşları arasında, %22.7'sinin (n=10), %6.8'inin (n=3) 30 yaşından sonra başladığına ulaşılırken %4.5'unun (n=2) ne zaman başladığını bilmediği görülmüştür. Yatıştırıcı kullanan katılımcıların %31.6'sinin (n=6) 20-30 yaşları arasında %68.4'ünün (n=13) ise 20-30 yaşları arasında başladığı görülmüştür.

4.2. Katılımcıların Madde Kullanım Durumlarının Sosyo-demografik Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular

Araştırma kapsamında, kişisel bilgi formu aracılığıyla toplanan ve katılımcıların madde kullanım durumları üzerinde etkili olabileceği düşünülen madde kullanım durumlarının bazı sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Araştırma grubunu oluşturan 150 katılımcı, madde kullanan ve kullanmayan olmak üzere iki kategoride sınıflandırılmıştır. Sosyo-demografik değişkenler olarak sınıflandırılan sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, aylık gelir, medeni durum, çalışma durumu, ebeveyn birliktelik durumu, ebeveynlerin hayatta olup olmama durumu, yakınlarının madde kullanım durumu, madde bağımlılığı ile eğitim veya etkinliğe katılma durumu, geçmiş yaşantısında madde kullanım öyküsü ve travma stres belirtileri ise ikili ve üçlü kategoride sınıflandırılmıştır. İki sınıflamalı (kategorik) değişken arasında anlamlı bir ilişki ya da farklılığın olup olmasının incelenmesini test etmek amacıyla İki Değişken İçin Ki-Kare (Chi-Square Test) testi yapılmıştır. İki kategorik değişken arasında anlamlı ilişkinin olması, bir değişkenin düzeylerindeki cevapların, diğer değişkenin düzeylerinde farklılaştığını göstermektedir. Bu amaç çerçevesinde her demografik değişken için ayrı ayrı hazırlanan tablolar aşağıda sınıflandırılmıştır:

Tablo 5.

Katılımcıların madde kullanım durumlarının sigara kullanım durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Madde kullanan		Madde kullanmayan		χ^2	df	p
	N	%	n	%			
Kullanan	55	73.3	15	20	.129	1	.720
Kullanmayan	20	26.7	60	80			
Toplam	75	100.0	75	100.0			

Tablo 5 incelendiğinde, madde kullanan katılımcıların sigara kullanma oranları % 73.3 iken, sigara kullanmama oranları ise %26.7 şeklindedir. Madde kullanmayan katılımcıların sigara kullanma oranları %20 iken, sigara kullanmama durumları ise %80 oranındadır. Sigara kullanım durumlarının madde kullanım durumlarına göre incelenmesine yönelik ki-kare sonuçları incelendiğinde ise anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmaktadır ($\chi^2 = .129$, $p > .05$).

Tablo 6.

Katılımcıların madde kullanım durumlarının alkol kullanım durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Madde kullanan		Madde kullanmayan		χ^2	df	p
	n	%	n	%			
kullanan	59	84.3	59	81.9	.139	1	.710
kullanmayan	11	15.7	13	18.1			
Toplam	70	100.0	72	100.0			

Tablo 6 incelendiğinde, madde kullanan katılımcıların alkol kullanma oranları % 84.3 iken, alkol kullanmama oranları ise %15.7 şeklindedir. Madde kullanmayan katılımcıların alkol kullanma oranları %81.9 iken, alkol kullanmama durumları ise %18.1 oranındadır. Alkol kullanım durumlarının madde kullanım durumlarına göre incelenmesine yönelik ki-kare sonuçları incelendiğinde ise anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmaktadır ($\chi^2 = .710$, $p > .05$).

Tablo 7.

Katılımcıların madde kullanım durumlarının cinsiyetlerine göre incelenmesine

	Madde kullanan		Madde kullanmayan		χ^2	df	p
	n	%	n	%			
Kadınlar	16	32.7	33	67.3	8.759	2	.003*
Erkekler	59	58.4	42	41.6			
Toplam	75	100.0	75	100.0			

ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

Tablo 7 incelendiğinde madde kullanan kadınların oranı %32.7 iken, madde kullanan erkeklerin oranının %58.4'e ulaştığı görülmektedir. Madde

kullanmayan kadınların oranı ise % 67.3 iken, madde kullanmayan erkeklerin oranının %41 olduğu anlaşılmaktadır. Madde kullanım durumlarının cinsiyete göre farklılaşma düzeyinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2= 8.759$, $p< .05$). Diğer bir anlatımla kadınların madde kullanma oranları daha düşükken, erkeklerin madde kullanım oranları anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Tablo 8.

Katılımcıların madde kullanım durumlarının yaş aralıklarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Madde kullanan		Madde kullanmayan		χ^2	df	p
	n	%	n	%			
25 yaş altı	40	47.1	45	52.9	0.679	1	.410
25 yaş üzeri	35	53.8	30	46.2			
Toplam	75	100.0	75	100.0			

Tablo 8 incelendiğinde madde kullanan 25 yaş altı katılımcıların oranı %47.1 iken, madde kullanan 25 yaş ve üzeri katılımcıların oranının %53.8'e ulaştığı görülmektedir. Madde kullanmayan 25 yaş altı katılımcıların oranı ise % 52.9 iken, madde kullanmayan 25 yaş ve üzeri katılımcıların oranının %46.2 olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların madde kullanım durumlarının yaş aralıklarına göre incelenmesine yönelik ki-kare sonuçları incelendiğinde ise anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmaktadır ($\chi^2= .410$, $p> .05$).

Tablo 9.

Katılımcıların madde kullanım durumlarının yaşadıkları yerleşim yerine göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Madde kullanan		Madde kullanmayan		χ^2	df	p
	n	%	n	%			
Köy – Kasaba	18	24.0	18	24.0	0.002	1	.963
Şehir	57	76.0	57	76.0			
Toplam	75	100.0	75	100.0			

Tablo 9 incelendiğinde madde kullanan ve kullanmayan katılımcıların köy-kasaba gibi yerleşim yerlerinde ve şehirde yaşama oranının birebir aynı

olduğu gözlenmektedir. Bu nedenle, katılımcıların yaşamlarının çoğunu geçirdikleri madde kullanım durumlarının yerleşim yerlerine göre incelenmesine yönelik ki-kare sonuçları incelendiğinde ise anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmaktadır ($\chi^2 = .963$, $p > .05$).

Tablo 10.

Katılımcıların madde kullanım durumlarının yaş aralıklarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Madde kullanan		Madde kullanmayan		χ^2	df	p
	n	%	n	%			
2000 tl ve altı	51	49.0	53	51.0	125	1	.273
2000 tl ve üzeri	24	52.2	22	47.8			
Toplam	75	100.0	75	100.0			

Tablo 10 incelendiğinde madde kullanan 2000TL ve altı gelire sahip olan katılımcıların oranı %49 iken, madde kullanan 2000TL ve üzeri gelire sahip olan katılımcıların oranının %52.2'ye ulaştığı görülmektedir. Madde kullanmayan 2000TL ve altı gelire sahip olan katılımcıların oranı ise % 51 iken, madde kullanmayan 2000TL ve üzeri gelire sahip olan katılımcıların oranının %46.2 olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların madde kullanım durumlarının aylık gelir durumlarına göre incelenmesine yönelik ki-kare sonuçları incelendiğinde ise anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmaktadır ($\chi^2 = .273$, $p > .05$).

Tablo 11.

Katılımcıların madde kullanım durumlarının medeni durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Madde kullanan		Madde kullanmayan		χ^2	df	P
	n	%	n	%			
Bekar	57	76.0	65	86.7	19.294	2	000**
Evli	3	4.0	10	13.3			
Boşanmış- Ayrı yaşıyor	15	20.0	0	0			
Toplam	75	100.0	75	100			

Tablo 11 incelendiğinde madde kullanan evli katılımcıların oranı %4 iken, boşanmış veya ayrı yaşayan katılımcıların oranının %20 ve madde kullanan

bekar katılımcıların oranının %76'ya ulaştığı görülmektedir. Madde kullanmayan evli katılımcıların oranı % 13.3 iken, madde kullanmayan bekar katılımcıların oranının %86.7 olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca madde kullanmayan katılımcılar arasında boşanmış ya da ayrı yaşayan bireyler bulunmamaktadır. Madde kullanımlarının medeni duruma göre durumlarının farklılaşma düzeyinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2=19.294$, $p<.001$). Buna göre boşanmış veya ayrı yaşayan katılımcıların tümünün madde kullandığı bulgusuna ulaşılırken; madde kullanan ve kullanmayan katılımcıların her iki düzeyde de bekar katılımcıların oranlarının diğer medeni durum değişkenlerine göre oranları anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Tablo 12.

Katılımcıların madde kullanım durumlarının çalışma durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Madde kullanan		Madde kullanmayan		χ^2	Df	P
	n	%	n	%			
Çalışıyor	0	0	34	45.3	43.966	1	000**
Çalışmıyor	75	100	41	54.7			
Toplam	75	100.0	75	100.0			

Tablo 12 incelendiğinde madde kullanan katılımcıların tamamının herhangi bir işte çalışmadığı bulgusuna ulaşılmaktadır. Madde kullanmayan katılımcıların herhangi bir işte çalışma oranları %45.3 iken; herhangi bir işte çalışmama oranları ise %54.7'ye ulaşmıştır. Madde kullanım durumlarının çalışma durumuna göre farklılaşma düzeyinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2=43.966$, $p<.001$). Buna göre herhangi bir işte çalışmayan katılımcıların tümünün madde kullandığı bulgusuna ulaşılırken; madde kullanmayan katılımcıların çalışma oranlarının birbirine oldukça yakın olmasıdır. Başka bir anlatımla, çalışmayan katılımcıların madde kullanma oranları çalışan katılımcılara göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Tablo 13.

Katılımcıların madde kullanım durumlarının ebeveynlerinin birliktelik durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Madde kullanan		Madde kullanmayan		χ^2	df	p
	n	%	n	%			
Bütün / Birlikte yaşıyor	12	16	58	77.3	56.679	1	000**
Boşanmış/ Parçalanmış	63	84	17	22.7			
Toplam	75	100	75	100			

Tablo 13 incelendiğinde bütün/birlikte ebeveynlere sahip olan katılımcıların madde kullanma oranı %16 iken, parçalanmış ebeveynlere sahip olan katılımcıların madde kullanma oranlarının %84'e ulaştığı görülmektedir. Madde kullanmayan ve bütün/birlikte ebeveynlere sahip olan katılımcıların oranı ise % 77.3 iken, madde kullanmayan ve parçalanmış ebeveynlere sahip olan katılımcıların madde kullanma oranlarının %22.7 olduğu anlaşılmaktadır. Maddde kullanım durumlarının ebeveyn birliktelik durumlarına göre farklılaşma düzeyinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2= 56.679$, $p< .001$). Diğer bir anlatımla parçalanmış ve ya boşanmış aileye sahip olan katılımcıların madde kullanım oranlarının daha yüksek iken, ebeveynleri bütün ya da birlikte yaşayan katılımcıların madde kullanım oranlarının anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu söylenebilir.

Tablo 14.

Katılımcıların madde kullanım durumlarının annelerinin hayatta olup olmama durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Madde kullanan		Madde kullanmayan		χ^2	df	p
	n	%	n	%			
Yaşıyor	64	85.3	43	57.3	14.377	1	.000**
Yaşamıyor	11	14.7	32	42.7			
Toplam	75	100	75	100			

Tablo 14 incelendiğinde anneleri yaşayan katılımcıların madde kullanma oranı %85.3 iken, anneleri hayatta olmayan katılımcıların madde kullanma oranlarının %14.7 olduğu görülmektedir. Madde kullanmayan katılımcılar arasında ise anneleri yaşayan katılımcıların oranı %57.3 iken, anneleri hayatta olmayan katılımcıların oranlarının %42.7 olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların madde kullanım durumlarının annelerinin yaşama durumu değişkenine göre farklılaşma düzeyinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu

bulunmuştur ($\chi^2= 14.377$, $p< .001$). Diğer bir anlatımla annesi yaşayan katılımcıların madde kullanım oranlarının daha yüksek iken, annesi yaşamayan katılımcıların madde kullanım oranlarının anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu söylenebilir.

Tablo 15.

Katılımcıların madde kullanım durumlarının babalarının hayatta olup olmama durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Madde kullanan		Madde kullanmayan		χ^2	Df	p
	n	%	n	%			
Yaşıyor	67	89.3	45	60.0	17.058	1	.000**
Yaşamıyor	8	10.7	30	40.0			
Toplam	75	100.0	75	100.0			

Tablo 15 incelendiğinde babaları yaşayan katılımcıların madde kullanma oranı %89.3 iken, babaları hayatta olmayan katılımcıların madde kullanma oranlarının %10.7 olduğu görülmektedir. Madde kullanmayan katılımcılar arasında ise babaları yaşayan katılımcıların oranı %50 iken, babaları hayatta olmayan katılımcıların oranlarının %40 olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların madde kullanım durumlarının babalarının yaşama durumu değişkenine göre farklılaşma düzeyinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2= 17.058$, $p< .001$). Diğer bir anlatımla babası yaşayan katılımcıların madde kullanım oranlarının daha yüksek iken, babası yaşamayan katılımcıların madde kullanım oranlarının anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu söylenebilir.

Tablo 16.

Katılımcıların madde kullanım durumlarının yakınlarının madde kullanım durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Madde kullanan		Madde kullanmayan		χ^2	Df	p
	n	%	n	%			
Evet	44	58.7	46	61.3	0.111	1	.739
Hayır	31	41.3	29	38.7			
Toplam	75	100	75	100			

Tablo 16 incelendiğinde yakınları madde kullanan katılımcıların madde kullanım oranlarının %58.7 olduğu anlaşılrken, yakınları madde kullanmayan katılımcıların madde kullanım oranlarının %41.3 olduğu görölmektedir. Benzer durum madde kullanmayan katılımcılar için de geçerlidir. Katılımcıların madde kullanım durumlarının yakın çevrelerinde madde kullanan kişilerin olup olmaması durumuna göre incelenmesine yönelik ki-kare sonuçları incelendiğinde ise anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmaktadır ($\chi^2 = .739$, $p > .05$).

Tablo 17.

Katılımcıların madde kullanım durumlarının madde bağımlılığı hakkında eğitime katılma durumlarına göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Madde kullanan		Madde kullanmayan		χ^2	df	p
	n	%	n	%			
Katılanlar	18	24	40	53.3	13.606	1	000**
Katılmayanlar	57	76	35	46.7			
Toplam	75	100	75	100			

Tablo 17 incelendiğinde madde bağımlılığı ile ilgili herhangi bir eğitim ya da etkinliğe katılan bireylerin madde kullanma oranları %24 iken, herhangi bir eğitime katılmayan katılımcıların madde kullanma oranlarının %76'ya ulaştığı anlaşılmaktadır. Madde kullanmayan katılımcılar arasında ise eğitime katılan katılımcıların oranı %53.3 iken, eğitime katılmayan katılımcıların oranlarının %46.7 olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların madde kullanım durumlarının madde bağımlılığı ile ilgili eğitim/etkinliğe katılma durumu değişkenine göre farklılaşma düzeyinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2 = 13.606$, $p < .001$). Diğer bir anlatımla madde bağımlılığını önlemeye yönelik eğitim almayan katılımcıların madde kullanım oranlarının daha yüksek iken, eğitim alan katılımcıların madde kullanım oranlarının anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu söylenebilir.

Tablo 18.

Katılımcıların madde kullanım durumlarının geçmiş madde bağımlılığı öyküsüne göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Madde kullanan		Madde kullanmayan		χ^2	df	p
	n	%	n	%			
Evet	56	74.7	15	20	41.350	1	.000**
Hayır	19	25.3	60	80			
Toplam	75	100	75	100			

Tablo 18 incelendiğinde geçmişte madde bağımlılığı öyküsü olan bireylerin madde kullanma oranları %74.7 iken, geçmişte madde bağımlılığı öyküsü olmayan katılımcıların madde kullanma oranlarının %19 olduğu gözlenmektedir. Madde kullanmayan katılımcılar arasında ise geçmişte madde bağımlısı olan katılımcıların oranı %20 iken, geçmişte madde bağımlısı olmayan katılımcıların oranlarının %80 olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların madde kullanım durumlarının geçmişte madde kullanıp kullanmama durumu değişkenine göre farklılaşma düzeyinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2= 41.350$, $p< .001$). Diğer bir anlatımla geçmişte madde bağımlılığı öyküsü olan katılımcıların madde kullanım oranlarının daha yüksek iken, madde bağımlılığı geçmişi olmayan katılımcıların madde kullanım oranlarının anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu söylenebilir.

Tablo 19.

Katılımcıların madde kullanım durumlarının travma stres belirtilerine göre incelenmesine ilişkin Ki-Kare Testi Sonuçları

	Madde kullanan		Madde kullanmayan		χ^2	Df	p
	n	%	n	%			
Var	55	73.3	15	20	42.857	1	.000**
Yok	20	26.7	60	80			
Toplam	75	100	75	100			

Tablo 19 incelendiğinde travma stres belirtisi gösteren katılımcıların madde kullanma oranları %73.3 iken, travma stres belirtisi göstermeyen katılımcıların madde kullanma oranlarının %26.7 olduğu gözlenmektedir. Madde kullanmayan katılımcılar arasında ise travma stres belirtisi gösteren katılımcıların oranı %20 iken, travma stres belirtisi göstermeyen katılımcıların oranlarının %80 olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların madde kullanım

durumlarının travma stres belirtilerine göre farklılaşma düzeyinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2= 42.857$, $p< .001$). Diğer bir anlatımla travma stres belirtisi gösteren katılımcıların madde kullanım oranları daha yüksek iken, madde bağımlılığı geçmişi olmayan katılımcıların madde kullanım oranlarının anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu söylenebilir.

4.3. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Psikopatolojik Belirti Ölçeği Toplam-Alt Boyutlardan Elde Ettikleri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 20.

Araştırmada ele alınan değişkenlerin puanların ortalamaları ilişkin betimsel istatistikler

		Tüm Katılımcılar			Madde Kullanan Katılımcılar			Madde Kullanmayan Katılımcılar		
		N	$\bar{X}$	Ss	N	$\bar{X}$	Ss	N	$\bar{X}$	Ss
1	SOM	150	1.49	0.79	75	1.56	0.71	75	1.42	0.86
2	OKB	150	1.87	0.81	75	1.86	0.83	75	1.88	0.79
3	KAD*	150	1.86	2.97	75	1.77	1.05	75	1.96	4.08
4	DEP	150	1.54	0.92	75	1.84	0.77	75	1.24	0.96
5	ANKS	150	1.50	0.87	75	1.74	0.81	75	1.26	0.88
6	ÖFKE	150	1.74	0.69	75	1.73	0.71	75	1.74	0.68
7	FOBİ	150	1.63	0.82	75	1.57	0.83	75	1.70	0.81
8	PAR*	150	1.91	1.25	75	1.83	1.14	75	1.99	1.35
9	PSY	150	1.68	0.86	75	1.65	0.87	75	1.71	0.86
10	EK	150	1.80	0.75	75	1.81	0.80	75	1.80	0.70
11	SCL-90	150	17.00	7.47	75	17.34	7.17	75	16.67	7.79
12	TSSB	150	18.32	10.84	75	21.96	10.89	75	14.68	9.54

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Toplam Puanı, SOM: Somatizasyon, OKB: Obsesif-Kompulsif Belirtiler, KAD: Kişiler Arası Duyarlılık, DEP: Depresyon, ANKS: Anksiyete, ÖFKE: Öfke-Düşmanlık, FOBİ: Fobik Anksiyete, PAR: Paranoid Düşünceler, PSY: Psikotsizm, EK: Ek Skalalar, SCL-90: Psikolojik Belirtiler Toplam Puanı

** -2 <Kurtosis ve Skewnes> +2*

Bu çalışmada araştırma grubunda yer alan katılımcıların genelde tüm katılımcılar, özelde madde kullanan ve kullanmayan katılımcıların tüm değişkenlere yönelik alt boyut ve toplam puanlarının normallik varsayımını sağlayıp sağlamadığının belirlenmesinde çarpıklık-basıklık katsayıları hesaplanmıştır. Çarpıklık ve Basıklık katsayıları olarak Kurtosis ve Skewnes değerlerine göre ölçeklerden elde edilen puan ortalamaların normal dağılım gösterip göstermediğine ilişkin farklı değer aralıkları bulunmakla birlikte; bazı araştırmacılar ± 2.0 aralığında alınan değerlerin normallik varsayımını “sağlamada kabul edilebilir olduğunu belirtmektedir (George- amp ve Mallery, 2010). Bu çalışmada, psikolojik belirtiler alt ölçekleri arasında yer alan, Kişiler Arası Duyarlılık ve Paranoid Düşünceler hariç olmak üzere diğer tüm alt boyut ve toplam puanların ± 2.0 aralığında değerler aldığı ortaya koyulmuştur. Bu iki boyutta normallik varsayımının sağlanamamasının temel nedeninin araştırma grubunda yer alan aykırı değer olarak tabir edilebilecek cevaplandırmalar veren katılımcılardan olduğu söylenebilir. Ancak, araştırma sürecinde her grupta yer alan katılımcı sayısının dengesinin korunması amacıyla datanın veri setinin dışına atılması gerçekleştirilmemiş olup bu iki alt boyut için normal dağılım varsayılarak analiz edilmiştir. Bu durum, araştırmanın sınırlılıklar kısmına eklenmiştir.

4.4. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Bozukluğu Toplam Puanları ve Psikopatolojik Belirti Ölçeğinden Elde Ettikleri Alt Boyut-Toplam Puanlarının Madde Kullanım Durumlarına Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular

Araştırma grubunu oluşturan katılımcıların travma sonrası stres belirtileri ve psikolojik belirti ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının madde kullanım durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla ilişkisiz ölçümlerde ortalama puanların karşılaştırılması için kullanılan parametrik testler arasında yer alan t-testi hesaplanmış olup, sonuçlar Tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 21.

TSSB Toplam Puanları ve Psikolojik Belirtiler Alt Boyut-Toplam Puanlarının Madde Kullanım Durumuna İncelenmesine Yönelik t-Testi Sonuçları

		<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
SOM	Madde Kullanan	75	1.56	0.71	148	1.125	.262
	Madde Kullanmayan	75	1.42	0.86			
OKB	Madde Kullanan	75	1.86	0.83	148	-.165	.869
	Madde Kullanmayan	75	1.88	0.79			
KAD	Madde Kullanan	75	1.77	1.05	148	-.374	.709
	Madde Kullanmayan	75	1.96	4.08			
DEP	Madde Kullanan	75	1.84	0.77	148	4.205	.000**
	Madde Kullanmayan	75	1.24	0.96			
ANKS	Madde Kullanan	75	1.74	0.81	148	3.425	.001**
	Madde Kullanmayan	75	1.26	0.88			
ÖFKE	Madde Kullanan	75	1.73	0.71	148	-.072	.942
	Madde Kullanmayan	75	1.74	0.68			
FOBİ	Madde Kullanan	75	1.57	0.83	148	-.970	.334
	Madde Kullanmayan	75	1.70	0.81			
PAR	Madde Kullanan	75	1.83	1.14	148	-.787	.433
	Madde Kullanmayan	75	1.99	1.35			
PSY	Madde Kullanan	75	1.65	0.87	148	-.415	.679
	Madde Kullanmayan	75	1.71	0.86			
EK	Madde Kullanan	75	1.81	0.80	148	.056	.955
	Madde Kullanmayan	75	1.80	0.70			
SCL-90	Madde Kullanan	75	17.34	7.17	148	.546	.586
	Madde Kullanmayan	75	16.67	7.79			
TSSB	Madde Kullanan	75	21.96	10.89	148	4.352	.000**
	Madde Kullanmayan	75	14.68	9.54			

SOM: Somatizasyon, OKB: Obsesif-Kompulsif Belirtiler, KAD: Kişiler Arası Duyarlılık, DEP: Depresyon, ANKS: Anksiyete, ÖFKE: Öfke-Düşmanlık, FOBİ: FobikAnksiyete, PAR: Paranoid Düşünceler, PSY: Psikotizm, EK: Ek Skalalar, SCL-90: Psikolojik Belirtiler, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Toplam Puanı,

p<.05, p<.001***

Tablo 21 incelendiğinde, katılımcıların psikolojik belirtiler toplam puanı ve somatizasyon, obsesif-kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, öfke-

düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm, ek skalalar alt boyut puan ortalamalarının madde kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma göstermediği sonucuna ulaşılmaktadır ($p > .05$). Ancak, katılımcıların psikolojik belirtiler alt ölçekleri içerisinde yer alan depresyon ($t_{(148)} = 4.205$, $p < .001$), anksiyete ($t_{(148)} = 3.425$, $p < .001$) puanlarının ve travma sonrası stres bozukluğu toplam puanlarının ($t_{(148)} = 4.352$, $p < .001$) madde kullanım durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı gözlenmektedir.

Bu anlamlı farklılıkların kaynakları incelendiğinde, madde kullanan katılımcıların depresyon puan ortalamalarının ($\bar{x} = 1.84$), madde kullanmayan katılımcılara göre ($\bar{x} = 1.24$) daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Benzer şekilde, madde kullanan katılımcıların anksiyete puan ortalamaları ($\bar{x} = 1.74$), madde kullanmayan katılımcılara göre ($\bar{x} = 1.26$) daha yüksektir. Bu durum psikolojik belirtiler arasında yer alan depresyon ve anksiyete düzeylerinin madde kullanan katılımcılarda, kullanmayan katılımcılara göre daha fazla olduğunun bir göstergesidir.

Yine Tablo 21 incelendiğinde madde kullanan katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin ($\bar{x} = 21.96$), madde kullanmayan katılımcılara göre ($\bar{x} = 14.68$) daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 22.

Araştırmada Ele Alınan Değişkenler Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları

		N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	SOM	150	---											
2	OKB	150	.660**	---										
3	KAD	150	.210**	.199*	---									
4	DEP	150	.460**	.449**	.160*	---								
5	ANKS	150	.544**	.521**	.233**	.524**	---							
6	ÖFKE	150	.593**	.638**	.283**	.507**	.487**	---						
7	FOBİ	150	.731**	.720**	.258**	.473**	.535**	.729**	---					
8	PAR	150	.419**	.574**	.143*	.368**	.471**	.491**	.470**	---				
9	PSY	150	.612**	.570**	.211*	.438**	.531**	.651**	.657**	.532**	---			
10	EK	150	.603**	.630**	.202*	.474**	.533**	.724**	.697**	.468**	.554**	---		
11	SCL-90	150	.727**	.748**	.623**	.612**	.700**	.777**	.792**	.647**	.729**	.728**	---	
12	TSSB	150	.005	.015	-.046	.022	.113	.018	-.141	-.018	-.084	-.090	-.033	---

SOM: Somatizasyon, OKB: Obsesif-Kompulsif Belirtiler, KAD: Kişiler Arası Duyarlılık, DEP: Depresyon, ANKS: Anksiyete, ÖFKE: Öfke-Düşmanlık, FOBİ: Fobik Anksiyete, PAR: Paranoid Düşünceler, PSY: Psikotizm, EK: Ek Skalalar, SCL-90: Psikolojik Belirtiler, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Toplam Puanı,

$p < .05$, $p < .001$ **

Tablo 22 incelendiğinde araştırma grubunu oluşturan katılımcıların psikolojik belirti düzeylerini ifade eden tüm alt boyutların birbirleri arasında ve alt boyutlar ile toplam puanlar arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler içerisinde oldukları anlaşılmaktadır ($p < .05$, $p < .001$). Bu durum psikolojik belirti alt ölçeklerine ilişkin puanların karşılıklı ilişkisinin biri arttıkça diğeri de artıyor ya da biri azaldıkça diğeri de azalıyor şeklinde yorumlanmasına olanak sağlamaktadır. Örneğin katılımcıların öfke düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki vardır ($r(150) = .50$, $p < .001$). Bu bulguya göre, katılımcıların depresyon düzeyleri arttıkça öfke düzeylerinin de artacağı ya da öfke düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin de artacağı yorumu yapılabilir. Bu durum ayrıca, ilgili ölçme aracı açısından güvenilir ölçüm yapabilme özelliğine işaret etmektedir.

Araştırmanın temel amaçları arasında yer alan katılımcıların travma sonrası stres bozuklukları ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise, psikolojik belirtiler ölçeğinden elde edilen bütün alt boyut ve toplam puanlar ile travma sonrası stres bozukluğu toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p > .05$). Madde kullanan ve kullanmayan bütün bireylerin TSSB ve psikolojik belirtileri arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamsız çıkması; bu durumun madde kullanan ve kullanmayan bireylerin ayrı ayrı ele alındığı gruplandırma içerisinde de aynı şekilde sonuç verip vermeyeceği sorusunu beraberinde getirmiştir. Bu nedenle madde kullanan ve madde kullanmayan bireylerin ayrı ayrı ele alındığı gruplar için TSSB ve psikolojik belirti alt ölçekleri-toplam puanları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla korelasyon analizi yapılmış ve Tablo 22’de sunulmuştur.

4.5. Madde kullanan Katılımcıların Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Psikopatolojik Belirtileri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Bulgular

Madde kullanım durumlarına bakılarak tüm katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu ve psikolojik belirti düzeyleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla parametrik testler içerisinde yer alan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Katsayısı hesaplanmış olup elde edilen sonuçlar Tablo 23’de verilmiştir.

Tablo 23.

Madde Kullanan Katılımcıların Psikopatolojik Belirtileri ile TSSB Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Korelasyon Analiz Sonuçları

		N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	SOM	75	---											
2	OKB	75	.704**	---										
3	KAD	75	.656**	.645**	---									
4	DEP	75	.784**	.641**	.762**	---								
5	ANKS	75	.810**	.702**	.612**	.725**	---							
6	ÖFKE	75	.736**	.600**	.627**	.666**	.714**	---						
7	FOBİ	75	.802**	.677**	.627**	.687**	.737**	.735**	---					
8	PAR	75	.630**	.572**	.483**	.576**	.595**	.528**	.537**	---				
9	PSY	75	.791**	.596**	.609**	.653**	.722**	.738**	.752**	.622**	---			
10	EK	75	.734**	.573**	.560**	.710**	.765**	.706**	.644**	.475**	.598**	---		
11	SCL-90	75	.911**	.806**	.818**	.863**	.883**	.833**	.858**	.745**	.848**	.801**	---	
12	TSSB	75	-.051	.097	-.113	-.051	.026	-.022	-.111	.050	-.095	-.067	-.032	---

SOM: Somatizasyon, OKB: Obsesif-Kompulsif Belirtiler, KAD: Kişiler Arası Duyarlılık, DEP: Depresyon, ANKS: Anksiyete, ÖFKE: Öfke-Düşmanlık, FOBİ: Fobik Anksiyete, PAR: Paranoid Düşünceler, PSY: Psikotizm, EK: Ek Skalalar, SCL-90: Psikolojik Belirtiler, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Toplam Puanı, $p < .05^*$, $p < .001^{**}$

Tablo 23 incelendiğinde madde kullanan ve kullanmayan katılımcıların yer aldığı korelasyon analizi sonuçlarına benzer şekilde madde kullanan bireyler ayrı olarak gruplandırıldığında da travma sonrası stres bozukluğu ile psikopatolojik belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı gözlenmektedir ($p > .05$).

4.6. Madde kullanmayan Katılımcıların Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Psikopatolojik Belirtileri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Bulgular

Madde kullanmayan bireylerin madde kullanmama durumlarına bakılarak tüm katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu ve psikolojik belirtiler düzeyleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla parametrik testler içerisinde yer

alan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Katsayısı hesaplanmış olup elde edilen sonuçlar Tablo 24'de verilmiştir.

Tablo 24.

Madde Kullanmayan Katılımcıların Psikopatolojik Belirtileri ile TSSB Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Korelasyon Analiz Sonuçları

		N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	SOM	75	---											
2	OKB	75	.638**	---										
3	KAD	75	.147	.124	---									
4	DEP	75	.237*	.352**	.081	---								
5	ANKS	75	.337**	.398**	.206	.298**	---							
6	ÖFKE	75	.480**	.681**	.258*	.437**	.309**	---						
7	FOBİ	75	.701**	.769**	.214	.405**	.432**	.728**	---					
8	PAR	75	.287*	.583**	.086	.303**	.443**	.466**	.410**	---				
9	PSY	75	.477**	.543**	.150	.338**	.412**	.560**	.557**	.458**	---			
10	EK	75	.497**	.700**	.153	.319**	.310**	.748**	.767**	.475**	.507**	---		
11	SCL-90	75	.588**	.698**	.686**	.464**	.570**	.728**	.745**	.582**	.625**	.661**	---	
12	TSSB	75	-.006	-.070	-.026	-.146	.021	.074	-.135	-.040	-.057	-.137	-.074	---

SOM: Somatizasyon, OKB: Obsesif-Kompulsif Belirtiler, KAD: Kişiler Arası Duyarlılık, DEP: Depresyon, ANKS: Anksiyete, ÖFKE: Öfke-Düşmanlık, FOBİ: Fobik Anksiyete, PAR: Paranoid Düşünceler, PSY: Psikotizm, EK: Ek Skalalar, SCL-90: Psikolojik Belirtiler, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Toplam Puanı, $p < .05^*$, $p < .001^{**}$

Tablo 24 incelendiğinde madde kullanan ve kullanmayan katılımcıların yer aldığı korelasyon analizi sonuçlarına benzer şekilde madde kullanmayan bireyler ayrı olarak gruplandırıldığında da travma sonrası stres bozukluğu ile psikopatolojik belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı gözlenmektedir ($p > .05$).

4.7. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Bozukluğu Toplam Puanlarının Araştırmada Ele Alınan Demografik Değişkenler Tarafından Yordanmasına Yönelik Bulgular

Katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin, araştırmada ele alınan, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, ebeveyn birliktelik durumu, ebeveynlerin yaşama durumları gibi demografik değişkenler tarafından yordanıp yordanmadığının belirlenmesi amacıyla aşamalı doğrusal çok değişkenli regresyon analizi tekniği kullanılmış ve analiz sonuçları Tablo 25’de sunulmuştur.

Tablo 25.

TSSB Düzeyinin Yordanmasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Değişken	R	R ²	Uyarlanmış R ²	Standart Hata	β	t
1	(Sabit) AYD	.633	.396	.050	.38983	-.255	-3.206*
2	(Sabit) EBD	.741	.542	.081	.33944	-.196	-2.362*
						-.179	-2.153*

p<.05*, p<.01**

AYD: Anne Yaşama Durumu, EBD: Ebeveyn Birliktelik Durumu

Tablo 25 incelendiğinde ilk modelin, katılımcıların TSSB düzeylerinin en önemli yordayıcısının anne yaşama durumu durumu değişkeni olduğu görülmektedir. Model 1 olarak adlandırılan bu eşitliğe dayalı olarak anne yaşama durumu değişkeni tek başına, katılımcıların TSSB toplam puanlarındaki değişkenliğin %6’sını açıklamaktadır. Regresyon katsayısı incelendiğinde, anne yaşama durumu ile TSSB arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ilişkilerin olduğu anlaşılmaktadır. Anne yaşama durumu kategorik bir değişken olarak “1” evet “2” hayır şeklinde kodlandığından; bu durum annesi hayatta olan katılımcıların TSSB düzeylerinin daha düşük olduğu söylenebilir.

Katılımcıların TSSB puanlarını yordayan anne yaşama durumu değişkenine ek olarak devreye giren bir diğer önemli değişken de katılımcıların ebeveynlerinin birliktelik durumu değişkenidir. Katılımcıların ebeveyn birliktelik durumları, annelerinin yaşama durumları ile birlikte TSSB puanlarındaki varyansın toplamda % 9’unu açıklamaktadır. TSSB puanlarının

açıklanmasına %3'lük katkı sağlayan ebeveyn birliktelik durumu ile TSSB arasındaki ilişkiyi veren Beta katsayısı incelendiğinde, aradaki ilişkinin negatif yönde ve anlamlı olduğu gözlenmektedir. Ebeveyn birliktelik durumu kategorik bir değişken olarak "1" birlikte/bütün ve "2" boşanmış/parçalanmış olarak kodlandığından ebeveynlerin boşanma durumu azaldıkça katılımcıların TSSB düzeylerinin azalacağı olduğu söylenebilir.

4.8. Katılımcıların Depresyon Puanlarının Araştırmada Ele Alınan Demografik Değişkenler Tarafından Yordanmasına Yönelik Bulgular

Katılımcıların depresyon düzeylerinin, araştırmada ele alınan, cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, ebeveyn birliktelik durumu, ebeveynlerin yaşama durumları gibi demografik değişkenler tarafından yordanıp yordanmadığının belirlenmesi amacıyla aşamalı doğrusal çok değişkenli regresyon analizi tekniği kullanılmış ve analiz sonuçları Tablo 26'da sunulmuştur.

Tablo 26.

Depresyon Düzeyinin Yordanmasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Değişken	R	R ²	Uyarlanmış R ²	Standart Hata	B	T
1	(Sabit) ÇD	.271	.07	.067	0.892	-.271	-3.429*
2	(Sabit) ÇD MD	.336	.11	.101	0.876	-.231 -.202	-2.908* -2.547*

p<.05*, p<.01**
ÇD:Çalışma Durumu, MD: Medeni Durum

Tablo 26 incelendiğinde ilk modelin, katılımcıların depresyon düzeylerinin en önemli yordayıcısının çalışma durumu değişkeni olduğu görülmektedir. Model 1 olarak adlandırılan bu eşitliğe dayalı olarak çalışma durumu değişkeni tek başına, katılımcıların depresyon puanlarındaki değişkenliğin %7'sini açıklamaktadır. Regresyon katsayısı incelendiğinde, çalışma durumu ile depresyon arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişkilerin olduğu anlaşılmaktadır. Çalışma durumu kategorik bir değişken olarak "1" çalışıyor "2" çalışmıyor şeklinde kodlandığından; bu durum katılımcıların çalışma durumu azaldıkça depresyon düzeylerinin de azalacağı bulgusunu ortaya koymaktadır.

Katılımcıların depresyon puanlarını yordayan çalışma durumu değişkenine ek olarak devreye giren bir diğer önemli değişken de katılımcıların medeni durumlarıdır. Katılımcıların medeni durumları, çalışma durumları ile birlikte depresyon puanlarındaki varyansın toplamda % 11'ini açıklamaktadır. Depresyon puanlarının açıklanmasına %7'lük katkı sağlayan medeni durum ile depresyon arasındaki ilişkiyi veren Beta katsayısı incelendiğinde, aradaki ilişkinin negatif yönde ve anlamlı olduğu gözlenmektedir. Medeni durum kategorik bir değişken olarak "1" evli, "2" bekar ve "3" boşanmış olarak kodlandığından medeni durum açısından boşanma arttıkça katılımcıların depresyon düzeylerinin azaldığı; evlilik arttıkça ise depresyon düzeylerinin arttığı söylenebilir.

4.9. Katılımcıların Kaygı Puanlarının Araştırmada Ele Alınan Demografik Değişkenler Tarafından Yordanmasına Yönelik Bulgular

Katılımcıların kaygı düzeylerinin, araştırmada ele alınan, cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, ebeveyn birliktelik durumu, ebeveynlerin yaşama durumları gibi demografik değişkenler tarafından yordanıp yordanmadığının belirlenmesi amacıyla aşamalı doğrusal çok değişkenli regresyon analizi tekniği kullanılmış ve analiz sonuçları Tablo 27'de sunulmuştur.

Tablo 27.

Kaygı Düzeyinin Yordanmasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Değişken	R	R ²	Uyarlanmış R ²	Standart Hata	B	T
1	(Sabit) ÇD	.284	.08	.075	0.845	-.284	-3.609**
p<.05*, p<.01** ÇD:Çalışma Durumu							

Tablo 27 incelendiğinde araştırma sürecinde devreye sokulan demografik değişkenler arasında sadece çalışma durumu değişkeninin katılımcıların kaygı düzeylerinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu anlaşılmaktadır. Buna göre, katılımcıların kaygı düzeylerinin en önemli yordayıcısının çalışma durumu değişkeni olduğu görülmektedir. Model 1 olarak adlandırılan bu eşitliğe dayalı olarak çalışma durumu değişkeni tek başına, katılımcıların kaygı puanlarındaki değişkenliğin %8'ini açıklamaktadır. Regresyon katsayısı

incelendiğinde, çalışma durumu ile kaygı arasında negatif yönde ve anlamlı ilişkilerin olduğu anlaşılmaktadır. Çalışma durumu kategorik bir değişken olarak “1” çalışan “2” çalışmayan şeklinde kodlandığından; bu durum katılımcıların çalışma durumları arttıkça kaygı düzeylerinin de arttığı bulgusunu ortaya koymaktadır.

5.BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırmanın en temel amacı, madde kullanan ve madde kullanmayan eşit sayıda katılımcının yer aldığı çalışma grubunda travma sonrası stres bozukluğu ve psikopatolojik belirtilere göre karşılaştırılarak incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda araştırma sürecinde öncelikle bütün katılımcılara ilişkin betimsel ve nicel analizler gerçekleştirilmiş olup genel profil ortaya koyulmuştur.

Bu bölümde araştırmanın temel ve alt amaçları kapsamında incelenen bulgulara ilişkin ilgili literatür bağlamında yapılan tartışma ve yorumlara yer verilmiştir.

Çalışma sonucunda katılımcıların madde kullanım durumlarının travma sonrası stres bozukluğu puanları ve psikopatolojik belirti ölçeğinden elde ettikleri alt-boyut toplam puanlarına göre incelenmesi durumunda; katılımcıların depresyon ve anksiyete ve TSSB'nin madde kullanımına göre farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Bu durumla ilgili literatürde paralellik göstermektedir (Fridci ve ark., 2013; Foulds ve ark., 2015; Enez-Darçın, Numedov, Noyan, Yılmaz ve Dilbaz, 2015; While, 2000; İnce, Doğruer ve Türkçapar, 2002; Lubman, Allen, Rogers, Cementon ve Bonomo, 2007). Son yıllarda madde kullanımını konu eden çalışmalarda, madde kullanımının başka bir psikiyatrik bozukluklarla bir arada görülme oranının bir hayli yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Fridci ve ark., 2013; Foulds ve ark., 2015; Enez-Darçın, Numedov, Noyan, Yılmaz ve Dilbaz, 2015). Depresyon, madde kullanım bozukluklarına sıklıkla eşlik eden ruhsal sorunlardan biridir (Öner, Tamam, Levent ve Öner, 2002; Enez-Darçın, Numedov, Noyan, Yılmaz ve Dilbaz, 2015). Alkol ya da madde kullanımına eşlik eden bozuklukları araştırmak amacıyla yapılan araştırmalarda, madde kullanan bireylerin

%19.2 ile %79'unda depresif belirtilerin görüldüğü belirtilmektedir (İnce, Doğruer ve Türkçapar, 2002; Lubman, Allen, Rogers, Cementon ve Bonomo, 2007; Enez-Darçın, Numedov, Noyan, Yılmaz ve Dilbaz, 2015).Güncel çalışmada katılan madde kullanıcılarının depresif belirti düzeyi yüksektir. Bu sonuç madde kullanan bireylerin daha fazla depresif belirtilere sahip olduğunu destekler niteliktedir (Bonomo, 2007). ABD'de yapılan bir çalışmada; madde kullanan gençlerin maddenin etkisindeyken suç ve şiddete daha fazla meyilli olduğu ve işlemiş oldukları suç ve çevrelerine verdikleri zarar sonrasında genellikle depresif belirtiler sergilediğini bildirmektedir (White, 2000). Türkiye'de cezaevinde kalan madde kullanan genç bireyler üzerinden yürütülen kesitsel bir araştırmada, madde kullanımıyla depresif belirtilerin ortaya çıktığı bildirilmektedir (Altuner, 2009). Yine Türkiye'nin Zonguldak ilinde, gençler üzerinden yürütülen anket çalışmasında madde kullanan bireylerin intihar eğilimine, vücuduna zarar verme, karamsarlık gibi birden fazla depresif belirtiye sahip oldukları görülmüştür (Sankır, 2014). Türkiye'de yapılan bir diğer araştırmada madde kullanan kişiler üzerinden yürütülmüş ve bu araştırmanın sonunda; madde kullanan bireylerin suisid düşüncelerinde ve intihar girişimlerinden belirgin bir artış olduğu, madde kullanım süresinin artmasıyla suisid davranışların ve girişim riskinin de arttığı, madde kullanım bozukluğunun depresyona sürüklediği ve sosyal ilişkileri bozabileceği ve bu durumun da suisid davranışa sebep olduğu bildirilmektedir (Bakım, 2007).Araştırmanın ilgili sonuçlarına sonuçlarına bakıldığında madde kullanan kadınlarda depresif belirti düzeyi anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu durum göz önünde bulundurularak literatür incelendiğinde depresyonun genel popülasyonda kadınlarda daha yaygın olduğu sonucunu destekler niteliktedir (Yaşar, 2007; Gültekin, 2010).Rossow ve Lauritzen'in 2001 yılında madde kullanan bireyler üzerinden yürüttüğü araştırmada; madde kullanan bireylerin depresyonla birlikte alevlenen intihar davranışının ölümle sonuçlandığını belirtmektedir. Yapılan diğer çalışmalar madde kullanan bireylerin yaşadıkları depresif belirtilerin sonucunda intihar yoluyla hayatlarını sonlandırdıklarını destekler niteliktedir (Dhossche ve ark., 2000; Trezza ve Popp, 2000). Madde kullanımının düzenli bir şekilde kötüye kullanılması ise madde kullanmayan popülasyona göre iki kat daha fazla olduğu da başka araştırmalarla desteklenmektedir (Kokkevi ve ark., 1997;

Rossow, 1994; Darke ve Ross, 2002; Borges ve ark., 2000). Bu çalışma sonucunda ulaşılan madde kullanıcısı ve depresif belirtilere sahip bireylerin maddi güçlükler işsizlik; travma, kaygı düzeyinin yüksek olması, annenin vefatı ve parçalanmış bir aileye sahip olmaları da literatür tarafından desteklenir niteliktedir. Madde kullanan ve depresif belirtilere sahip olan bireyler üzerinden yürütülen araştırmalara bakıldığında; bireylerin genellikle daha önceden yaşamış oldukları bir travma, işsizlik ve maddi yetersizliklere sahip ve parçalanmış bir ailenin üyesi oldukları görülmektedir (Skog, 1991; Vega ve ark., 1993; Haris ve BarracloUGH, 1997; Darke ve Ross, 2002). İtalya'da 1055 eroin bağımlısı genç üzerinden yürütülen bir araştırmada, intihar yönelik davranışlar, karamsarlık ve sosyal ilişkilerde bozulma gibi depresif belirtilerin yanı sıra kaygının da yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu durumu araştırmacılar değersizlik ve geleceğe yönelik umutsuzluğun bir örneği olarak bildirmektedirler (Pani, 2014). Yapılan çalışmalara bakıldığında madde kullanımının azaltımına gidildiğinde veya kesildiğinde anksiyete belirtilerinin ortaya çıktığı belirtilmektedir (Arıkan ve ark., 2002; Bozkurt ve ark., 2003; (Kocabıyık, Özer ve Girgin, 2002; Armeli, Dehart, Tennen, Todd ve Affleck, 2007; Kuşçu, Duman, Akman ve Üçok, 2005; Lee, Wang, Tang, Liu ve Bell, 2015). Anksiyetesi yüksek madde kullanıcılarının, anksiyete ve madde kullanımına hemen hemen aynı zamanda rastlanmaktadır araştırmacılar bu durumu bireylerin özellikle yakalanma ve çevrenin izleminin kötü olacağını düşündükleri için olduğunu bildirmektedir (Arıkan ve ark., 2002; Bozkurt ve ark., 2003). Arıkan ve arkadaşlarının alkol kullanımı bozukluğuna sahip olan 18 erkek hasta üzerinden yürütmüş olduğu bir çalışmada madde kullanımının anksiyete bozukluğunu birlikte getirdiğini belirtmektedir (Arıkan, 2009). Araştırmanın sonuçları incelendiğinde madde kullanan bireylerin Travma düzeyi madde kullanmayan bireylere göre farklılaşmaktadır. Bu sonuç literatürle paralellik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda gençlerde bildirilen travma yaşantısıyla alkol-madde kullanımının ilişkili olduğu belirtilmektedir (Evren, Kural ve Çakmak, 2006; Klein, Elifson ve Sterk, 2010). Travmaya sahip kişilerin madde kullanımına yöneldikleri belirtilmektedir (Tonmyr, 2010). Yapılan bir başka çalışmada madde kullanan bireylerin çocukluklarında yaşamış oldukları istismarın TSSB'ye sebep olduğu ve bu durumun da bireyleri madde

kullanımına yönelttiği bildirilmektedir (CSAT, 2010). 2001 yılında Evren ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada madde kullanan bireylerin travma düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. İşman'ın 2003 yılında yaşları 14-18 arasında değişen 52 ergen üzerinden yaptığı çalışmada sigara dahil olmak üzere bütün madde kullanıcılarında travma düzeyi yüksek bulunmuştur (İşman, 2003). İlgili diğer araştırmalar da güncel araştırmanın sonucunu destekler niteliktedir; Bostancı'nın 2006 yılında yaptığı araştırmada madde kullanımı olan bireylerin olmayan bireylere oranla daha fazla travmatik yaşantıya sahip oldukları görülmüştür (Bostancı, 2006). Weiss ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmış ve madde kullanımına sahip bireylerin travma sonrası stres bozukluk düzeyinin de yüksek olduğunu belirtmiştir (Weiss ve ark., 2013). Araştırma sonucunda madde kullanıcılarında travma sonrası stres bozukluğunun daha yüksek olmasını destekler niteliktedir.

Katılımcı bireylerin madde kullanım profilleri; cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, anne-baba birlikteliği, ve ebeveynlerin yaşam durumuna göre travmatik stres belirti ve psikopatolojik belirtilere göre farklılaşmaktadır. Araştırma sonucunda madde kullanımının cinsiyete göre farklılaştığı görülmektedir. Katılımcı grubunda madde kullanan bireyler içerisinde yer alan kişilerin de ağırlıklı olarak erkek olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Araştırmanın bu sonucu madde kullanımının erkekler arasında daha yaygın olduğunu ortaya çıkaran literatür bilgileri ile uyumaktadır (Evren ve ark., 2003; Doğanavşargil ve ark., 2004; Kessler ve ark., 2003; Yanca, 2005; Bulut ve ark., 2006; Yıldırım ve ark., 2011; Bilici ve ark., 2012; Ulukoca ve ark., 2013; Asan ve ark., 2015; Çalışkan, 2015; Erbay ve ark., 2016). Bu sonuç kadınlarda madde kullanımının "gizli kaldığı, yardım arayışının daha az olduğunu" vurgulayan (Evren ve ark., 2003) literatürü ile desteklenmektedir. Dolayısıyla bu araştırmada madde kullanımının kadınlara kıyasla erkeklerde daha fazla olduğu yönündeki sonuç, toplumdan gelecek baskı ve kınamalardan korunma yöntemi olarak, kadınların madde kullanımlarını gizlemesinin bir sonucu şeklinde düşünülerek ilgili literatür ile desteklenmektedir (Ulukoca, 2013; Çalışkan, 2015).

Araştırma grubunu oluşturan katılımcıların özellikleri incelendiğinde medeni durumları incelendiğinde madde kullanımının bekar bireylerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmanın bu bulgusuyla ilgili literatürde çelişkili veriler bulunmaktadır. Konuyla ilgili bazı araştırmalar madde kullanımının bekar bireyler arasında daha fazla olduğunu bildirmektedir (Evren ve ark., 2003; Doğanavşargil ve ark., 2004) (Yancar, 2005; Akın, 2013; Çalışkan, 2015; Erbay ve ark., 2016). Ancak alkol kullanan bireylerin daha çok evli olduklarını gösteren araştırmalarda vardır (Pektaş ve ark., 2001; Bulut ve ark., 2006; Aşan ve ark., 2015). Bunun sebebinin ise evliliğinde problemler yaşayan bireylerin göstermiş oldukları depresif ve anksiyete belirtilerinden uzaklaşabilmek için olduğu bildirilmektedir (Aşan ve ark., 2015).

Araştırmamıza katılan madde kullanan katılımcıların çalışmama durumları daha yüksek olduğu görülmüştür. Zeman, Söyler Çelikay ve Altıntoprak Ender'in 2016 yılında yapmış oldukları çalışmada madde kullanan bireylerin madde kullanmayan bireylere göre daha düşük düzeyde bir işe sahip oldukları görülmüştür. Bu durum madde kullanan bireylerin çevrenin baskısı, yaşamış oldukları çatışmalar, karşılaştıkları ön yargı nedeniyle çalışma durumundan kaçındıkları şeklinde yorumlanmaktadır.

Araştırmamıza katılan madde kullanıcısı bireylerin daha çok 25 yaşın üstünde olduğu da ulaşılan araştırma grubu özellikleri arasında olması literatürdeki bilgilerle çelişmektedir. Madde kullanımının araştırılmasına yönelik yürütülen bir çalışmada madde kullanımı olan ve olmayan gençlerin genellikle 25 yaşın altında olduğu belirtilmektedir (Siyez ve ark., 2012). Madde kullanan gençlerin ebeveynleri üzerinden yürütülen bir diğer araştırmaya katılan madde kullanan ve kullanmayan katılımcıların daha çok 25 yaşın altında olduğu görülürken madde kullanan bireylerin de 25 yaşın altında olduğu görülmektedir. Çalışmamızdaki bulgunun literatürle çelişmesinin sebebi bireylerin yaş aldıkça sorumlulukların artması, üniversitelerinin artık sonlanmaya yakın olmasından kaygı ve stres düzeylerinin artması sebebiyle madde kullanımına daha çok yöneldikleri şeklinde yorumlanması literatür ile de desteklenir niteliktedir (Siyez ve ark., 2012).

Çalışma sonucunda anne ve babası yaşamayan bireylerin daha fazla madde kullandığı görülmüştür; anne ve babanın vefatının travmatik olduğu ilgili literatürle desteklenirken (Taner ve Gökler, 2004), anne ve babanın kaybının sonra yaşanan kayıp sonrasında yalnızlık hissinin artmasıyla bireylerin daha fazla madde kullandığını düşündürmektedir bu yorum diğer araştırmalarla desteklenir niteliktedir. Yüncü ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılan araştırmada anne ve babasını kaybeden bireylerin daha çok madde kullandığını bildirmektedir (Yüncü, 2009). Bir diğer benzer araştırma ise Siyez ve arkadaşları tarafından 2012 yılında ergen madde kullanıcıları üzerinden yapılmış ve bu araştırma sonucunda da anne ve babası hayatta olmayan gençlerin daha çok madde kullandığı görülmüştür. Anne ve babası yaşamayan madde kullanımının daha yüksek olmasının sebebi bireylerin yaşadıkları boşluk ve yaşamlarındaki rol eksikliğinden dolayı hayata karşı daha az sorumluluk sahibi olmaları ve bu anne ve babanın kaybindan sonra duymuş oldukları acı hissinin madde kullandıktan sonra azaltılabileceği düşüncesinin var olması şeklinde yorumlanabilir (Siyez, 2012).

Bu çalışmanın analizlerine göre ise gençlerin tümünde en fazla alkol kullandıkları daha sonra ise sigara kullandıkları görülmüştür. Kontrol grubunda ise sigara ve alkol dışında madde kullanan üniversite öğrencisi bulunmamaktadır. Madde kullanımı olan bireylerde ise en fazla alkol ve sigaradan sonra en fazla kullanılan maddelerin sırasıyla esrar, hap, uçucu madde, amfetamin, sentetik kannabinoid, kokain, eroin, anabolizan steroid ve son olarak LSD olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Literatürde gençlerin kullanmakta olduğu maddeler ile ilgili birden fazla bulgu mevcuttur. Ögel ve arkadaşlarının 2000 yılında İstanbul'da 15 farklı okulda örneklemini 2800 öğrenciden oluşturduğu araştırmada ESPAD çalışmasında herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin oranı %7, esrar kullanım oranı %4, uçucu madde %4, ecstasy %1, ve eroin kullanımının oranı ise %1 olarak belirtilmektedir (Ögel, 2000). 2001 yılında 9 farklı il kapsamında yürütülen gençler üzerinden yürütülen başka bir araştırmada uçucu madde kullanım oranı %4.2, esrar %3, eroin %2.1, ecstasy %1.3, ve kokain %1.2 olarak bildirilmektedir. (Ögel ve Tamar, 2001). 2009 yılında Yüncü ve arkadaşları tarafından yine gençler üzerinden gerçekleştirilen

çalışmada gençlerin %77.2'sinin esrar, %61.3'ünün alkol, %54.3'ünün ecstasy, %31.7'sinin uçucu, %2.2'sinin kokain kullandığı bildirilmektedir (Yüncü ve ark., 2009).

KKTC'de geçmiş yıllarda yapılan çalışmalar ise şu şekildedir; KKTC'de psikoaktif madde kullanımı ile ilgili ilk bilimsel çalışma 1996 yılında 2215 lise ikinci sınıf öğrencisi arasında yapılmış ve bu çalışmada öğrencilerin %47.2'sinin sigara, %80.8'inin alkol ve % 5.5'inin DPM yaşamları boyunca en az bir kez kullandığı saptanmıştır (Çakıcı ve Çakıcı, 2000). 1999 yılında aynı anket formu ile lise ikinci sınıf öğrencileri arasında evreni temsil eden 641 kişilik örneklem üzerinde araştırma yinelenmiş ve yaşam boyu sigara içme yaygınlığı %40.6, alkol %79.7 ve herhangi bir DPM kullanımı yaygınlığı %8.3 olarak saptanmıştır (Eş, 2015). 2004 yılında KKTC'de yer alan 33 lisenin tümünde, 2267 lise ikinci sınıf öğrencileri arasında yapılan bir diğer araştırmada yaşam boyu sigara içme yaygınlığı %35.2, alkol kullanma yaygınlığı %85.9 ve herhangi bir DPM yaygınlığı %8.0 olarak belirlenmiştir (Çakıcı ve ark., 2010). Eş tarafından 2011 yılında 2114 lise ikinci sınıf öğrencileri arasında 34 lisenin tümünde yinelenen çalışmada ise yaşam boyu sigara içme yaygınlığı %26.8, alkol kullanma yaygınlığı %75.6 ve herhangi bir DPM yaygınlığı %10.0 olarak bulunmuştur (Eş, 2015). Ortaokulların tümünü kapsayan 13-14 yaş grubu 861 ortaokul üçüncü sınıf öğrenciyle yapılan çalışmada yaşam boyu sigara içme yaygınlığı %19.7, alkol %61.9, herhangi bir DPM kullanımı %5.8 olarak bulunmuştur (Çakıcı ve ark., 2001). Üniversite öğrencileriyle yapılan yaygınlık çalışmalarında da KKTC'deki yaşam boyu en az bir kez sigara içme oranı %69.5, alkol kuanımı %81 ve herhangi bir DPM kullanımının %15.6 olarak bildirilmiştir (Çakıcı ve ark., 2014). KKTC'de yetişkin nüfusu kapsayan az sayıda çalışmanın olduğu görülmektedir. Bugüne kadar toplum genelini temsilen yapılan çalışmalar, benzer yöntemle ve aynı anket formu kullanılarak 2003 ve 2008 yıllarında yapılan 2003-2008 yıllarında yapılan ev çalışmalarında sigara içme yaygınlığı %65.4- 66, alkol %82.3-77.1 ve herhangi bir DPM kullanma yaygınlığı %3.9-8.5 oranında bulunmuştur. Bu çalışmalar en sık kullanılan maddenin esrar olduğunu ortaya koymuştur. Yanı sıra, sentetik kannabinoid, ekstazi, kodeinli şurup ve yatıştırıcı-sakinleştirici ilaç kullanımının da yaygın

kullanılan maddeler arasında yer aldığı görülmüştür (Çakıcı, ve ark., 2003). KKTC'nin küçük bir ülke olmasının psikoaktif maddelere ulaşılabilirliği artırdığı ve yeni maddeleri hızlı bir şekilde yayılmasına neden olduğu bildirilmiştir (Çakıcı ve ark., 2014).

6.BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Madde kullanıcılarında Travma sonrası stres bozukluğunu ve psikopatolojik belirtilerin incelenmesini amaçlayan araştırmada; madde kullanan bireylerin daha çok erkek, 25 yaş üstünde bireyler, parçalanmış bir aileye sahip oldukları, çalıştıkları işin olmadığı aynı zamanda madde kullanan bireylerin çoğunun anne ve babasının yaşamadığı görülmüştür. Aynı zamanda araştırmanın temel amaçlarından olan madde kullanan bireylerin psikopatolojik belirtilerden depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğunun anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu çalışmanın bir diğer sonucuna göre ise gençlerin tümünde en fazla alkol kullandıkları daha sonra ise sigara kullandıkları görülmüştür. Kontrol grubunda ise sigara ve alkol dışında madde kullanan üniversite öğrencisi bulunmamaktadır. Madde kullanımı olan bireylerde ise en fazla alkol ve sigaradan sonra en fazla kullanılan maddelerin sırasıyla esrar, hap, uçucu madde, amfetamin, sentetik kannabinoid, kokain, eroin, anabolizan steroid ve son olarak LSD olduğu görülmüştür.

Bağımlılık tedavisi, klinisyenlerin periyodik ve düzenli olarak bütün hastaları madde ve alkol kullanım bozukluğu açısından taraması açısından önemlidir. Bağımlılık tedavisinde tıbbi yaklaşımında tarama da önemli olanlar arasındadır. Erken tanı ve müdahale tedaviyi kolaylaştırır. Ayrıca bağımlılık tedavisinde ağrı için kullanılan opioid içeren ilaçların reçetelenmesi sırasında bağımlılık, kötüye kullanım veya olası yan etkiler için tarama önemlidir. İlk tarama objektif tarama enstrümanları, laboratuvar değerlendirmesi ve görüşmeden oluşmalıdır. İlk değerlendirme sonucu bağımlılık (kullanım

bozukluğu) düşünülüyorsa daha ileri değerlendirmeye geçilmelidir. Hastaya özel bireyselleştirilmelidir. Ayrıca; bağımlı olunan madde veya davranışa özel farmakolojik ve psikososyal girişimler farklılaşmakta yanı aynı tedavi uygulanmamalıdır.

Görülen her hastayı alkol madde kullanımı ve bunun getirdiği sorunlar açısından da değerlendirmenin gerekli olduğu düşünülmektedir. Klinisyenin gerek hasta, gerekse hasta olmayan popülasyona yönelik koruyucu hizmet sunabilecek bilgi ve beceriye sahip olması beklenmektedir. Değerlendirme sırasında alkol kullanımının düzeyini belirleyebilmek ve tehlikeli alkol kullanımı olan hastayı tanıyarak gerekli önerilerde bulunabilmelidir. Kötüye kullanım ya da bağımlılık ölçütlerine uyan hastayı tedaviye yönlendirerek, hastayı eğitmelidir. Uzun süredir alkol madde kullanan hastayı, medikal komplikasyonlar açısından değerlendirmek ve gerekli tedaviye başlanmalıdır. Acil durumlarda hastanın entoksikasyonda mı yoksunlukta mı olduğunu ayırt edebilmeli ve detoksifikasyonu gerçekleştirebilmelidir. Hastayı izlemesi ve olumsuz değişiklikleri anında fark ederek müdahale etmesi gerekmektedir.

Fakir ve sorunlu ailelerle yakın temas oluşturulmalı, bu ailelerin çocuklarına burslar verilmeli veya yatılı okullarda eğitim görmesine öncelik verilmelidir. Aileler çocuklarıyla olan ilişkilerinde güven ortamı oluşturmalı, onları anlamaya çalışmalı, sorunlarının üstesinden gelmede onlara destek olabilmelidirler. Öğrenci üzerindeki arkadaş etkisi göz önünde bulundurularak, aileler öğrencilerin okul içi ve okul dışındaki arkadaşlarını tanımalı, arkadaşların olumsuz etkileri hakkında öğrencileri bilgilendirmede ve gerekli önlemleri almada okullardan ve diğer ilgili kuruluşlardan yardım ve destek almalıdırlar.

Okul idaresi ilgili kişilerle ortak noktalar bularak bir ortak zeminde buluşmaya çalışmalıdır. Tartışma ortamında iyi bir planlama içerisinde okuldaki herkesin görüşünü öğrenerek bu çalışmada yer verilmelidir. (yönetici, öğretmen, tüm okul personeli, aileler). Bir plan taslağı ortaya çıkınca, yazılı olarak öğrencilere dağıtılır ve bu konu üzerinde bazı ödevler, projeler üretmeleri istenir. Öğrenciler geliştirdikleri sözlü/yazılı ödevleri çeşitli ortamlarda

tartışarak görüşlerini bu yöntemle ana-baba, arkadaşlarla vs.. paylaşabilirler Okulun geliştirdiği, madde kullanımına karşı yürütülecek politika oluşmaya başlar. Okuldaki herkes bu çalışmada yer alır (aile, tüm okul personeli, yönetici, öğretmen). Üzerinde anlaşılan politika herkesin anlayabileceği açıklık ve basitlikte, sade olmalıdır.

Uyuşturucu kullanımını önlemek ve uyuşturucuyla mücadele edebilmek bir devlet politikası haline getirilmelidir. Özellikle çok sayıda çocuğun ve gencin bir arada eğitim aldığı okullar bu bakımdan dikkat edilmesi gereken ilk yerler olmalıdır. Uyuşturucu temin edenler ve satanlara karşı cezalar ağırlaştırılmalı, caydırıcı tedbirler alınmalıdır. Okullardaki madde bağımlılığını önleme ve bu sorunla başa çıkma konusunda, yasal düzenlemeler yapılmalı, maddi ve manevi açıdan devlet desteği sunulmalıdır. Bu konudaki projeler teşvik edilmeli, gençlerin projeler içinde yer almaları sağlanmalıdır. Maddi durumu iyi olmayan aile bireylerine iş bulma olanakları sağlanmalı, sosyal yardımlaşma olanakları artırılmalıdır. Medyadaki özendirici etkiler denetlenmeli, madde bağımlılığının kötü sonuçları geniş kitlelere duyurulmalı, bu konuda bilinç oluşturulmalıdır. Sivil toplum örgütleri, medya, okullar ve diğer kuruluşlarla işbirliğinde içinde uyuşturucu madde kullanımına karşı savaş açılmalı, uzun dönemli önleyici planlar ve programlar geliştirilmelidir.

KAYNAKÇA

- Akçagöz, H. (2017). *Çalışan kadınların, benlik kavramı ile depresyon durumunun incelenmesi benlik kavramı ve ideal benlik kavramı arasındaki fark ile depresyon durumunun değişkenler açısından belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi.
- Akçay, B.D, Özgen F., Erdem, M. Balıkcı, A, Öznur, T. (2013). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Uyku, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- *Current Approaches in Psychiatry*, 5(4), 441-466.
- Aker, T., Hacıoğlu, M., Kutlar, T., & Yaman, M. (2002). Deprem Tipi Travma Sonrası ında Gelişen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Alt Tipleri . *Düşünen Adam*, 15(1): 4-15 .
- Aker, T., Hamzaoğlu, O., & Boşgelmez, Ş. (2007). “Kocaeli - Ruhsal Travma Kısa Tarama Ölçeği”nin (Kocaeli - Kısa) Geçerliği . *Düşünen Adam*, 20(4):172-178.
- Akgün, H., Dinçhür, S., Aksoy, I. I., Şahin Oksay, A., Kayhan, M., Eren, S., İnanmaz, N. (2014). Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirtiler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(2):72-73.
- Akın, M. (2013). Aile İçi Şiddet. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası* , 71(1), 27-41.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 5th Edition. Washington, D.C.: APA; 2013. *Annals of Clinical Psychiatry* 6:235-247.
- Annagür, B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi . *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2):161173 .

- Balıbey, H., & Balıkcı, A. (2013). Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanılı Hastada Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) Tedavisi: Olgu Sunumu. *Düşünen Adam*, 26,96-101.
- Balıbey, H., & Balıkcı, A. (2013). Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanılı Hastada Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) Tedavisi: Olgu Sunumu. *Düşünen Adam*, 26:96-101.
- Balkaya, F. ve Şahin, H. N. (2003). Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 192-202.
- Balseven, A, Özdemir, Ç., Tuğ, A., Hancı, H., Doğan, Y.B. (2002) Madde Bağımlılığı, Bağımlılıktan Korunma Ve Medya. Sürekli - Tıp Eğitim Dergisi, Mart,11(3); 91-93.
- Başkurt, İ. (2003). Gençlik, Madde Bağımlılığı ve Koruma Yolları. İ.Ü. *İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 8, 73-114.
- Bilgiç S. (2001). *Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması*. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.
- Black, M. M., Oberlander, S. E., Lewis, T., et al. (2009). Sexual intercourse among adolescents maltreated before age 12: a prospective investigation. *Pediatrics*, 8(2):98-103.
- Boyiadjis, G. (2004). Step for prevention of drug abuse: Findings of pancyprian general population survey. Cyprus: Kenthea Publication, p.11.
- Budak, S. Psikoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim Sanat Yayınları. 2009.
- Büyüköztürk, Ş. (2012). Bilimsel araştırma yöntemleri (11. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Çakıcı, M., Çakıcı, E, Bekiroğulları, Z., ve Tatlısu, Ö. (2003). Kuzey Kıbrıs'ta Madde Kullanımının Yaygınlığı. Kıbrıs Türk Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Lefkoşa: Dört Renk Press.

- Çakıcı, M., Çakıcı, E., Eş, A. (2010) KKTC lise gençliğinde : KKTC Başbakanlık Devlet Basımevi. uyuşturucu madde kullanımının yaygınlığı-2004. *Anadolu Psikiyatri Derg*,11,121-127.
- Çakıcı, M., Çakıcı, E., Subaşı, B. (2001). KKTC Ortaokul Öğrencileri Arasında Madde Kullanım Yagınlığı. 8. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmaları (28-31 Mayıs 2001, Lefkoşa), s.176-182, Lefkoşa.
- Çakıcı, M., ve Çakıcı, E. (2000). KKTC Lise Gençliğinde Uyuşturucu Madde Kullanımının Yaygınlığı-1996. Lefkoşa: KKTC Başbakanlık Devlet Basımevi.
- Campbell, R., Wasco, S. M., Ahrens, C.E., Sefl, .T, Barnes, H. E. (2001) Preventing the “second rape” rape survivors' experiences with community service providers. *Journal Of Interpersonal Violence*. 16:1239–1259.
- Colker, Ruth. 2004. “Homophobia, HIV Hysteria, and the Americans with Disabilities Act.” *Journal of Gender, Race, and Justice* 8(1): 33–34.
- Cromie, W. J. (2009). PTSD “Mental Casualties Of Vietnam War Persist”Harvard News Office, Work and Organisation Psychology (IfAP) of the Swiss Federal Institute of Technology: Zurich.
- Cüceloğlu, D. (1999). İnsan ve Davranışı. İstanbul: Remzi.
- Çakıcı, Gökçe, Babayiğit, Çakıcı, Eş, 2017. Depression: point-prevalence and risk factors in a North Cyprus household adult cross-sectional study. *BMC Psychiatry*.
- Çakıcı, M., Çakıcı, E., Eş, A., ve Ergün, D. (2014). The prevalence and risk factors of substance use among university students in Turkish Republic of North- ern Cyprus. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 15:108- 115.
- Çakıcı, M., Çakıcı, E., Karaaziz, M., Tutar, N., ve E, A. (2014). KKTC’de psikoaktif maddelerin kullanım yaygınlıkları ve risk etkenleri. *Bağımlılık Dergisi*, 15(4):159-166.

- Çalışkan, N. (2015). Denetimli serbestlik tedbiri ile tedavi kararı verilen kannabis kullanıcılarında dürüsellik ve benlik saygısı düzeylerinin takip sonuçları ile ilişkisi, uzmanlık tezi. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara.
- Dalbudak, E. (2008). Erkek alkol bağımlılarında travma sonrası stres bozukluğu ve kişilik özelliklerinin yaşam kalitesi ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 5. Psikiyatri Birimi, İstanbul, .
- Danis, R. P., Bingaman, D. P., Jirousek, M., & Yang, Y. Inhibition of intraocular neovascularization caused by retinal ischemia in pigs by PKC β inhibition with LY333531. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 39(1)171–179.
- De Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addict Biol.*, 14,22-31.
- Doğanavşargil, Ö., & Vahip, I. (2006). Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Kadın Hastalarımız. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 17(2):107-114.
- Egger, O., & Rauterberg, M. (1996). Internet behaviour and addiction. Thesis.
- Erdem, M., Bolu, A., Balıkcı, A., Öznur, T., Çelik, C., & Uzun, Ö. (2015). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Kortikal Eksitabilite ve Saldırgan Davranış Cortical Excitability and Agressive Behavior in Post-Traumatic Stress Disorder.
- Erözkan, A. (2009). The predictors of loneliness in adolescents. *Elementary Education Online*, 8(3), 809-819.
- Eryılmaz, G., & Göğçeğiz Gül, I. (2015). Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Nörobiyolojisi: Bir GözdenGeçirme. *Klinik Psikiyatri*, 18:71-79.
- Eryılmaz, G., & Göğçeğiz Gül, I. (2015). Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Nörobiyolojisi: Bir GözdenGeçirme. *Klinik Psikiyatri*, 18,71-79.

- Eş, A. (2015). Lise Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Psiko- aktif Madde Kullanımı ile Stresle Başetme Yöntemi ve Kontrol Odağı İlişkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.
- Eskin, M., Akoğlu, A., & Uygur, B. (2006). Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 17(4):266-275.
- ESPAD Group. (2016). ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Evren C, Bozkurt M, Evren B, Can Y, Yiğiter S, Yılmaz A. (2014). Relationships of personality dimensions with impulsivity in heroin dependent inpatient men. *Anadolu Psikiyatr Derg.*,15, 8-14.
- Foa, E., B., Cascardi, M., Zoeller, L. A., & Fenny, N. C. (2000). Psychological and enviromental factors associated with partner violence. *Trauma, Violence and Abuse*. 1:67-91.
- Gençdoğan, B., & Ören, N. (2007). Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 18(3):85-92.
- Gorman, D., & Conde, E. (2010). The making of evidence-based practice: The case of Project ALERT. *Children and Youth Services Review*, 32(2), 214–222.
- Gölge, Z. B. (2005). “Cinsel Travma Sonrası Oluşan Ruhsal Sorunlar”, *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 42(1), 19-48.
- Gren, B. (2004). “Post-Traumatic Stress Disorder In UK Police Officers”, *Current Medical Research and Opinion*, 20(1).
- Gürşimşek, I., Girgin, G., Harmanlı, Z., & Ekin, D. (2006). Annenin ruhsal belirtileri ile 5–6 yaş dönemi çocuklarının davranış problemleri

arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası okul öncesi eğitimi kongresi kongre kitabı*, 3, 359–369.

Hocaoğlu, Ç. (2001). Paranoid Semptomlar ve Sendromlar. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 97-104.

Hudak, M. L., ve Tan, R. C. (2012). Committee on Drugs; Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. *Neonatal drug withdrawal. Pediatrics*, 129: e540-e560. in trichotillomania. *Psychopathology*, 28, 208-213.

İbiloğlu, A. (2012). Aile İçi Şiddet . *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2):20-222 .

İnci, F., & Boztepe, H. (2013). Travma Sonrası Büyüme: Öldürmeyen Acı Güçlendirir mi? Post Traumatic Growth: If Something Not Killing Could Be Strengthened? *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* , 4(2):80-84.

James Giddens, Critical Incident Stress Debriefing/Psychological Debriefing: A Critical Review Of The Literature , Yayınlanmamış Doktora Tezi, Alliant International University, San Diego, 2008, s.336.

Kaplan, H. I., & Benjamin, S. J. (2004). Klinik Psikiyatri. New York: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kaya, F. (2013). *Bombalama Saldırıları Sonrasında Görülen Travma Sonrası Stres Bozukluğu*.

Keller, M. (2003). Past, present and future directions for defining optimal treatment outcome in depression. *JAMA*, 289:3152-3160.

Kılıç, C., & İnci, F. (2015). Acil Tıp Çalışanlarında Travmatik Stres: Yaş ve Eğitimin Koruyucu Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(4):236-41.

Kılıç, E. Z., Uslu, R. İ., Erden, G., & Kerimoğlu, E. (1999). Çocuklarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Sürdüren Ailesel Etmenler. *Kriz Dergisi* , 7 (2), 1-8.

- Kılıç, K. M., Peker, P. A. Çulhalık, M. (2009). Türkiye'de Uyuşturucu Suçu. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevfikeyler Genel Müdürlüğü. Dış İlişkilerden Sorumlu Daire Başkanlığı Ceza İnfaz Kurumları ve Tutukluvevleri Araştırma Merkezi.
- Köksal Akyol, A., & Salı, G. (2013). Yatılı Ve Gündüzlü Okuyan Çocukların Benlik Kavramlarının Ve Sosyal Destek Algılarının İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 21(4): 1377-1398.
- Koroğlu, E. Ve Güleç, C. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı, HYB Basın Yayın, Ankara, 353-359.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., ve Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior therapy*, 38(3), 284-302.
- Mulligan, K. (2004). "For PTSD Care, It's a LongWayfrom Vietnam to Iraq", 39 *Psychiatric News* 1(1).
- Oflaz, F., Özcan, C. T., Taştan, S., Çiçek, H., Aslan, Ö., & Vural, H. (2010). Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Tanıma Durumları Nurses' Recognition of Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1):1-6.
- Oishi, S., ve Schimmack, U. (2010). Residential mobility, well-being, and mortality. *Journal of personality and social psychology*, 98, 980-994.
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., ve Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: A systematic review and metaanalysis of self-report data. *Clinical psychology review*, 39, 83-95.
- Ögel, K., (2010). Alkol ve madde kullanım bozuklukları: tanı, tedavi ve önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F., ve Gürol T. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatr Derg.*, 23, 264-73.

- Öğütçü Zeman, H., Çelikay Söyler, H., ve Ender Altıntoprak, A., (2019). Madde Kullanım Geçmişli Bireylerin Olumsuz Otomatik Düşünceleri ve Öğrenilmiş Çaresizlik Örüntülerinin İncelenmesi. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 1(1).
- Öz, G., Hutter, D., Tka'c, I., Clark, H.B., Gross, M.D., Jiang, H, Eberly, L, E., Bushara, K. O., & Gomez, C, M., (2010). Neurochemical alterations in spinocerebellar ataxia type 1 and their correlations with clinical status. *Mov Disord*. Advance online publication. Retrieved February 26, 2010. doi: 10.1002/mds.23067.
- Öztürk, M. O. (1997). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Hekimler.
- Öztürk, M. O., Uluşahin, N. A. (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 13. Baskı, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın Ve Tanıtım Ltd. Şti. Ankara, 380-390.
- Öztürk, O. M., & Uluşahin, A. (2008). Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Şar, V. (2010). DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine Genel Bir Bakış: "Batı Cephesinde Yeni Bir Şey Yok MU?". *Klinik Psikiyatri*, 13:196-208.
- SEKAM, Sosyal Ekonomik ve Kültürel Araştırmalar Merkezi (2015). Türkiye'de Gençlik ve Uyuşturucu Madde Sorunu. SEKAM yayınları, İstanbul.
- Şenyuva, G., & Yavuz, F. M. (2009). Fiziksel Şiddet Olgularında Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Değerlendirilmesi. *Adli Tıp Dergisi* , 23(1): 1-14.
- Solmuş, T. (2015). *Travma Psikolojisi Hayatımızın Kırılma Anları*. Ankara: Nobel Yaşam.
- Tarhan, Ö. (2015). Sosyal bilgiler öğretmen adaylarının politik okuryazarlığa ilişkin görüşleri. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9, 649-669.

- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., & Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:100-108.
- TUBİM, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (2017). EMCCDDA 2016 Ulusal Raporu (2015 verileri), Türkiye/Ankara.
- Tükel, R., ve Alkın, T. (2009) Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın Ve Tanıtım Ltd. Şti. Ankara, 385-466.
- Tükel, T. (2002). "Panik Bozukluğu", İstanbul, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5-13.
- Ullman, S. E. (2007). Mental health services seeking in sexual assault victims. *Women & Therapy*. 30:61–84.
- Velez, M., ve Jansson, L. M. (2008). The Opioid dependent mother and newborn dyad: non-pharmacologic care. *J Addict Med*, 2, 113-120.
- Vural, P., Uçar, H., Eray, Ş., Çolpan, M., & Kocael, Ö. (2013). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Psikiyatri Polikliniğine Yönlendirilen Adli Olguların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 39(1):49-53.
- Whisman, M. A. (2010). *Depresyonun Uyarlamalı Bilişsel Terapisi*. (M. Macit, & M. Adal, Çev.) İstanbul: Litera Yayıncılık.
- World Health Organization (2005). Update of the Health Promotion Glossary, unpublished observations. WHO, Geneva.
- World Health Organization (2014). Global Status Report On Alcohol and Health 2014. WHO Press, Luxemburg.
- Yılmaz, N. (2015). Alkol ve Madde Bağımlılığı: Bireysel ve Toplumsal sonuçları, Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.

EK 1**BİLGİLENDİRME FORMU**

Bu çalışma, Madde Kullanıcılarında TSSB ve Psikopatolojik Belirtileri incelemek amacıyla yürütülmektedir. Bu çalışmada size bir demografik bilgi formu ve bir dizi ölçek sunduk. Demografik bilgi formu sizin yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleriniz hakkındaki soruları içermektedir. Ölçekler ise; madde kullanımınızı ve ruhsal belirtilerinizi ölçmeye yöneliktir.

Araştırma da bireysel sonuçlar değil grup sonuçları değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacağından adınızı yazmanıza gerek yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacak, araştırma ekibi dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu çalışma süresince toplanan veriler, yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır ve yalnızca ulusal/uluslararası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulacaktır.

Sizlere sorulan soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Soruları cevaplarken, hepsini okuyarak, boş bırakmadan cevaplandırmanız, samimi ve dürüst olmanız araştırma sonuçları için oldukça önemlidir ve araştırmanın güvenilir olmasına katkıda bulunacaktır.

Daha önce de belirtildiği gibi, ölçeklerde ve görüşmelerde verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Eğer çalışmayla ilgili herhangi bir şikayet, görüş veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacısı ile iletişime geçmekten lütfen çekinmeyiniz (email: seyma.tuncay@neu.edu.tr).

Eğer araştırmanın sonuçlarıyla ilgileniyorsanız Haziran 2019 tarihinden itibaren araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Katıldığınız için tekrar teşekkür ederim.

Prof. Dr. Mehmet Çakıcı

Psk. Şeyma Tunçay

Yakın Doğu Üniversitesi

Psikoloji Bölümü

Lefkoşa

EK 2**AYDINLATILMIŞ ONAM**

Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü tarafından gerçekleştirilen bir çalışmadır. Bu çalışmanın amacı madde kullanıcılarında TSSB ve psikopatolojik belirtiler üzerindeki etkisinin incelenmesidir.

Anket tamamen bilimsel amaçlarla düzenlenmiştir. Anket formunda kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına bağlıdır. Çalışmaya katılmamak ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Çalışmadan elde edilen veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Yanıtlarınızı içten ve doğru olarak vermeniz bu anket sonuçlarının toplum için yararlı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır.

Telefon numaranız anketörün denetlemesi ve anketin uygulandığının belirlenmesi amacıyla istenmektedir.

Yardıminız için çok teşekkür ederim.

Psk. Şeyma Tunçay

EK 3

KBF

1. Cinsiyetiniz 1.Kadın 2. Erkek

2. Yaşınız

a) 18-25

b) 26-34

c) 35-42

d) 42+

3. Kardeşiniz var mı, varsa kaç tane?

a) 1 b) 2 c) 3 d) 4+

4. Medeni durumunuz?

a) evli b) bekar c) boşanmış d) eşinden ayrı yaşıyor e)
dul

3. Annenizin eğitim durumu

a. okur yazar değil b. ilkokul c. lise d. üniversite
e. lisanüstü

4. Babanızın eğitim durumu

a. okur yazar değil b. ilkokul c. lise d. üniversite
e. lisanüstü

5. Yaşamınızın çoğunu geçirdiğiniz yer

a. köy

b. kasaba

c. şehir

d. diğer

6. Eğitim düzeyiniz?

a) ilköğretim

b) lise

c) yüksek okul veya üniversite

d) diğer

7. Gelir düzeyiniz nedir?

- a) 500 tl'nin altında
- b) 500 ile 1000 tl arasında
- c) 1000- 15000 tl arası
- d) 2000 tl ve üzeri

8. Yapmakta olduğunuz bir iş var mı?

- a) evet
- b) hayır

9.Çocukluğunuzda ailenizin durumu nasıldı?

- a) bütün
- b) boşanmış
- c) parçalanmış

10.Anneniz yaşıyor mu?

- a) evet
- b) hayır

11. Annenizin mesleği?

- a) ev hanımı
- b) memur
- c) işçi
- d) çiftçi
- e) emekli
- f) serbest meslek

12. Babanız yaşıyor mu?

- a) evet
- b) hayır

13. Babanızın mesleği?

- a) memur
- b) işçi
- c) çiftçi
- d) emekli
- e) serbest meslek

16. Anneniz üvey mi?

- a) öz
- b) üvey

14.Babanız üvey mi?

- a) öz
- b) üvey

15. Anne-Baba birlikte mi?

- a) evli
- b) boşandı

17. Çevrenizde bağımlılık yapıcı madde kullanmış veya kullanan bir yakınınız var mı?

- a) evet
- b) hayır

18. Daha önce madde bağımlılığı ile ilgili bir etkinliğe-eğitime katıldınız mı?

- a) evet
- b) hayır

16. Daha önce hiç bağımlılık yapıcı madde kullandınız mı?

- a) evet
- b) hayır (evet ise alkol ve uyuşturucu madde kullanımı ile ilgili sorulara geçin)

EK 4

Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımı
Bu bölümde size bazı kişisel sorular sormak ve sizin için hangilerinin geçerli olduğunu öğrenmeyi arzu ediyoruz. Mümkün olduğunca dürüst cevaplamanızı rica ediyoruz.

Tütün ve Alko

1- Sigara, pipo ya da puro gibi tütün içiyor musunuz?

01 Evet 02 Hayır

2-Hayatınız boyunca kaç kez sigara içtiniz?

1) ☐ 0 2) ☐ 1-2 3) ☐ 3-5 4) ☐ 6-9 5) ☐ 10-19 6) ☐ 20-39 7) ☐ 40-veya daha fazla

3- Son 30 günde ne sıklıkla sigara içtiniz?

Hiç içmedim 6-Günde 11-20 sigara ☐
Haftada 1 sigaradan az 7-Günde 20-30 sigara ☐
Günde 1 sigaradan az 8-Günde 31-40 sigara ☐
Günde 1-5 sigara 9-Günde 40 sigaradan fazla ☐
Günde 6-10 sigara ☐

5- Kaç yaşında sigara almaya başladınız? (eğer bu olduysa) (.....)

6- Kaç yaşında alkol almaya başladınız? (eğer bu olduysa) (.....)

7- Kaç yaşında sürekli olarak yaşitlarımızdan daha fazla miktarda alkol kullanmaya başladınız? (eğer bu olduysa) (.....)

8-Hayatınız boyunca kaç kez alkollü bir içecek içtiniz?
1) ☐ 0 2) ☐ 1-2 3) ☐ 3-5 4) ☐ 6-9 5) ☐ 10-19 6) ☐ 20-39 7) ☐ 40-veya daha fazla

9- Son 30 gün içinde alkol kullanma sıklığınız ne kadardır?
1- Hiç 3-İki haftada bir 5-Günde bir kez
2-Haftada ikiden fazla 4-Haftada bir 6-Haftada iki kez

10- Bir seferde genellikle ne kadar alkol alırsınız? (bir içki, bir şişe veya bardak bira, bir kadeh şarap, bir bardak rakı veya diğer içkiler anlamında kullanılmaktadır.)

1) Alkol içmem 2) 1-2 içki 3) 3-4 içki 4) 5 veya fazla içki
11-En son içtiğinizde neredeydiniz;
1-Hiç bir zaman içki içmem 2-Evdeydim
3-Başka birisinin evindeydim 4-Dışarda, sokak, park veya açık havadaydım
5-Bir barda veya kafedeydim 6-Diskodaydım
7-Lokantadaydım 8-Diğer(lütfen belirtiniz)

12-Hayatınız boyunca kaç kez içki içtiğiniz için sarhoş oldunuz?

1) ☐ 0 2) ☐ 1-2 3) ☐ 3-5 4) ☐ 6-9 5) ☐ 10-19 6) ☐ 20-39 7) ☐ 40-veya daha fazla

13- Hangi nedenlerden dolayı alkollü içki kullanıyorsunuz? (Birden fazla yanıt işaretleyebilirsiniz)

1. Eğlenmek 4. Sinirlendiğim için 7. Sorunlarımdan uzaklaşmak
2. Uyuyabilmek 5. Sıkıntıdan 8. Arkadaşlarım içtiği için
3. Denemek 6. Rahatlamak 9. Kendimi iyi hissetmek

Yatıştırıcı

1.Kendiniz hiç yatıştırıcı kullandınız mı?

01 Evet 02 Hayır → Uçucu madde ile ilgili soruya gidin. 03 Bilmiyorum → Uçucu madde ile ilgili soruya gidin.
2.Son 12 ay boyunca, hiç yatıştırıcı kullandınız mı?

01 ☐ Evet
 02 ☐ Hayır→ Uçucu madde ile ilgili soruya gidin.

3. İlk defa yatıştırıcı ne zaman aldınız?
 1. 15 yaşından önce 2. 15-20 yaş arası 3. 20-30 yaş arası 4. 30 yaşından sonra 5. Bilmiyorum

Uçucu Madde

1. Kendiniz hiç uçucu madde kullandınız mı?
 01 ☐ Evet 02 Hayır → Esrarla ilgili soruya gidin 03. Bilmiyorum → Esrarla ilgili soruya gidin
 2. Son 12 ay boyunca, hiç uçucu madde kullandınız mı?
 01 ☐ Evet 02 ☐ Hayır → Esrarla ilgili soruya gidin

3. Son 30 gün boyunca, hiç uçucu madde kullandınız mı?
 01 ☐ Evet 02 ☐ Hayır

4. İlk defa uçucu madde ne zaman aldınız?
 1. 15 yaşından önce 2. 15-20 yaş arası 3. 20-30 yaş arası 4. 30 yaşından sonra 5. Bilmiyorum

Esrar (Ot, Marijuana)

1. Kendiniz hiç esrar kullandınız mı?

01 Evet 02 Hayır → Bonzai (Sentetik Kannabinoid) ile ilgili soruya gidin. 03 Bilmiyorum → Bonzai (Sentetik Kannabinoid) ile ilgili soruya gidin.

2. Son 12 ay boyunca, hiç uç esrar kullandınız mı?
 01 ☐ Evet 02 ☐ Hayır → Bonzai (Sentetik Kannabinoid) ile ilgili soruya gidin.

3. İlk defa esrar ne zaman aldınız?
 1. 15 yaşından önce 2. 15-20 yaş arası 3. 20-30 yaş arası 4. 30 yaşından sonra 5. Bilmiyorum

04 ☐ 30 yaşından sonra
 05 ☐ Bilmiyorum, hatırlamıyorum

Bonzai (Sentetik Kannabinoid)

1. Kendiniz hiç bonzai kullandınız mı?
 01 Evet 02 Hayır → Amfetaminle ilgili soruya gidin. 03 Bilmiyorum → Amfetaminle ilgili soruya gidin.

2. Son 12 ay boyunca, hiç uç bonzai kullandınız mı?
 01 ☐ Evet 02 ☐ Hayır → Amfetaminle ilgili soruya gidin.

3. İlk defa bonzai ne zaman aldınız?
 1. 15 yaşından önce 2. 15-20 yaş arası 3. 20-30 yaş arası 4. 30 yaşından sonra 5. Bilmiyorum

Amfetaminler

1. Kendiniz hiç amfetamin (speed, pep) kullandınız mı?
 01 ☐ Evet 02 Hayır → Ecstasy'le ilgili soruya gidin 03 Bilmiyorum → Ecstasy'le ilgili soruya gidin

2. Son 12 ay boyunca, hiç amfetamin (speed, pep) kullandınız mı?
 01 ☐ Evet 02 ☐ Hayır → Ecstasy'le ilgili soruya gidin

3. İlk defa amfetamin ne zaman aldınız?
 1. 15 yaşından önce 2. 15-20 yaş arası 3. 20-30 yaş arası 4. 30 yaşından sonra 5. Bilmiyorum

Ecstasy (XTC)

1. Kendiniz hiç ecstasy kullandınız mı?

01 ☐ Evet 02 Hayır → Kokainle ilgili soruya gidin 03 Bilmiyorum → Kokainle ilgili soruya gidin

2. Son 12 ay boyunca, hiç ecstasy kullandınız mı?

01 ☐ Evet 02 ☐ Hayır→ Kokainle ilgili soruya gidin

3. İlk defa ecstasy ne zaman aldınız?
1. 15 yaşından önce 2. 15-20 yaş arası 3. 20-30 yaş arası 4. 30 yaşından sonra 5. Bilmiyorum

Kokain

1. Kendiniz hiç kokain kullandınız mı?

01 ☐ Evet 02 hayır→Eroinle ilgili soruya gidin 03 ☐ Bilmiyorum→ Eroinle ilgili soruya gidin

2. Son 12 ay boyunca, hiç kokain kullandınız mı?

01 ☐ Evet 02 ☐ Hayır→ Eroinle ilgili soruya gidin

3. İlk defa kokain ne zaman aldınız?

1. 15 yaşından önce 2. 15-20 yaş arası 3. 20-30 yaş arası 4. 30 yaşından sonra 5. Bilmiyorum

Eroin

1. Kendiniz hiç eroin kullandınız mı?

01 Evet 02 Hayır→ LSD ile ilgili soruya gidin. 03 Bilmiyorum→ LSD ile ilgili soruya gidin.

2. Son 12 ay boyunca, hiç eroin kullandınız mı?

01 ☐ Evet 02 ☐ Hayır→ LSD ile ilgili soruya gidin.

3. İlk defa eroin ne zaman aldınız?
1. 15 yaşından önce 2. 15-20 yaş arası 3. 20-30 yaş arası 4. 30 yaşından sonra 5. Bilmiyorum

LSD

1. Kendiniz hiç LSD ('trips', 'asit') kullandınız mı?

01 Evet 02 ☐ Hayır→ Kodeinli şurup ile ilgili soruya gidin. 03 ☐ Bilmiyorum→ Kodeinli şurup ile ilgili soruya gidin.

2. Son 30 gün boyunca, hiç LSD ('trips', 'asit') kullandınız mı?

01 ☐ Evet 02 ☐ Hayır → Kodeinli şurup ile ilgili soruya gidin.

3. İlk defa LSD ('trips', 'asit') ne zaman aldınız?
1. 15 yaşından önce 2. 15-20 yaş arası 3. 20-30 yaş arası 4. 30 yaşından sonra 5. Bilmiyorum

Kodeinli Şurup

1. Kendiniz hiç kodeinli şurup kullandınız mı?
01 Evet 02 Hayır → Hap kullanımı ile ilgili soruya gidin. 03 Bilmiyorum→ Hap kullanımı ile ilgili

2. Son 12 ay boyunca, hiç kodeinli şurup kullandınız mı?
01 ☐ Evet 02 ☐ Hayır→ Hap kullanımıyla ilgili soruya gidin.

3. İlk defa kodeinli şurup ne zaman aldınız?
1. 15 yaşından önce 2. 15-20 yaş arası 3. 20-30 yaş arası 4. 30 yaşından sonra 5. Bilmiyorum

Hap kullanımı

1. Kendiniz hiç hap (akineton, roş-rohypnol, nembital-sarı bomb vs.) kullandınız mı?

01 ☐ Evet 02 ☐ Hayır→ Anabolizan Steroid ile ilgili gidin. 03 Bilmiyorum→ Anabolizan Steroid ile ilgili gidin.

2. Son 12 ay boyunca, hiç hap (akineton, roş-rohypnol, nembotal-sarı bomb vs.) kullandınız mı?

01 ☐ Evet 02 Hayır → Anabolizan Steroid ile ilgili gidin.

3. İlk defa hap (akineton, roş-rohypnol, nembotal-sarı bomb vs.) ne zaman aldınız?
1. 15 yaşından önce 2. 15-20 yaş arası 3. 20-30 yaş arası 4. 30 yaşından sonra 5. Bilmiyorum

Anabolizan Steroid

1. Kendiniz hiç anabolizan steroid kullandınız mı?

01 ☐ Evet 02 ☐ Hayır → 03 ☐ Bilmiyorum →

2. Son 12 ay boyunca, hiç anabolizan steroid kullandınız mı?

01 ☐ Evet 02 ☐ Hayır →

3. İlk defa anabolizan steroid ne zaman aldınız?
1. 15 yaşından önce 2. 15-20 yaş arası 3. 20-30 yaş arası 4. 30 yaşından sonra 5. Bilmiyorum

EK 5

TSBÖ

Aşağıda travma sonrası birçok insanın yaşadığı bazı sorunlar sıralanmıştır. Lütfen son bir ay içinde bu sorunların sizde olup olmadığını, varsa size ne derecede rahatsız ettiğini belirtiniz. Formu doldururken size en fazla rahatsız eden olayı düşünün (Uygun kolonun altına X koyunuz).

	Hiç rahatsız etmiyor	Biraz	Oldukça	Çok rahatsız ediyor
1.Olayla ilgili bazı anıları/görüntüleri aklımdan atamıyorum.	0	1	2	3
2.Bazen yaşadıklarım birdenbire gözlerimin önünden bir film şeridi gibi geçiyor ve sanki herşeyi yeniden yaşıyorum.	0	1	2	3
3.Sık sık korkulu rüyalar görüyorum.	0	1	2	3
4.Yeniden aynı olay olacak korkusu ile bazı şeyleri kolaylıkla yapamıyorum.	0	1	2	3
5.Hayata ve sevdiğim şeylere karşı ilgim azaldı.	0	1	2	3
6.İnsanlardan uzaklaştığımı, onlara karşı yabancılaştığımı hissediyorum.	0	1	2	3
7.Sanki duygularım ölmüş, taşlaşmışım gibi geliyor.	0	1	2	3
8.Uyumakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3
9.Daha çabuk sinirleniyor ya da öfkeleniyorum.	0	1	2	3
10.Unutkanlık veya dikkatimi yaptığım işe vermekte güçlük çekiyorum.	0	1	2	3
11.Her an (olay) olacak kaygısıyla tetikte duruyorum.	0	1	2	3
12. Ani bir ses ya da hareket olduğunda irkiliyorum.	0	1	2	3
13.Herhangi bir şey bana (olayla) ilgili yaşadıklarımı hatırlatınca rahatsızlık ve sıkıntı duyuyorum.	0	1	2	3
14.Yaşanan olay ile ilgili düşünceleri, duyguları ve anıları aklımdan atmaya çalışıyorum.	0	1	2	3
15.Olay ile ilgili bazı bölümleri hatırlamakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3
16.Olay bana her an ölebileceğimi farketttiği için uzun vadeli planlar yapmak bana anlamsız geliyor.	0	1	2	3
17.Herhangi birşey bana olay ile ilgili yaşadıklarımı hatırlatınca çarpıntı, terleme, baş dönmesi, bedenimde gerginlik gibi fiziksel şikayetler oluyor.	0	1	2	3
18.Kendimi suçlu hissediyorum.	0	1	2	3
19.Kendimi üzüntülü ve kederli hissediyorum.	0	1	2	3
20.Hayattan eskisi gibi zevk alamıyorum.	0	1	2	3
21.Gelecekte umutsuzum.	0	1	2	3
22.Zaman zaman aklımdan kendimi öldürme düşünceleri geçiyor.	0	1	2	3
23.Gündelik işlerimi yapacak gücüm azaldı.	0	1	2	3

EK 6

SCL-90

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Örnek :

Tanımlama :

Aşağıda belirtilen sorundan	0 Hiç
ne ölçüde rahatsız olmaktadır?	1 Çok az
Cevap	2 Orta derecede
	3 Oldukça fazla
	4 Aşırı düzeyde

Örnek : Bel ağrısı ... 3 ...

Baş ağrısı

Sinirlilik ya da içinin titremesi

Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler

Baygınlık ve baş dönmeler

Cinsel arzuya ilginin kaybı

Başkaları tarafından eleştirilme duygusu

Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri

Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri

Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük

Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler

Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi

Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar

Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi

Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali

Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri

Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma

Titreme

Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi

İştah azalması

Kolayca ağlama

Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi

Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi

Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma

Kontrol edilmeyen öfke patlamaları

Evden dışarı yalnız çıkma korkusu

Olanlar için kendini suçlama

Belin alt kısmında ağrılar

İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi

Yalnız hissi

Karamsarlık hissi

Her şey için çok fazla endişe duyma

Her şeye karşı ilgisizlik hali

Korku hissi

Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali

Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi

Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu

Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi

İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak

Kalbin çok hızlı çarpması

Bulantı veya midede rahatsızlık hissi

Kendini başkalarından aşağı görme

Adele (kas) ağrıları

Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi

Uykuya dalmada güçlük

Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme

Karar vermede güçlük
 Otobüz, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
 Nefes almada güçlük
 Soğuk ve sıcak basması
 Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu
 Hiç bir şey düşünmeme hali
 Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
 Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi
 Gelecek konusunda ümitsizlik
 Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük
 Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
 Gerginlik veya coşku hissi
 Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
 Ölüm ya da ölme düşünceleri
 Aşırı yemek yeme
 İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
 Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
 Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
 Sabahın erken saatlerinde uyanma
 Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali
 Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
 Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
 Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
 Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
 Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
 Her şeyin bir yük gibi görünmesi
 Dehşet ve panik nöbetleri
 Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi
 Sık sık tartışmaya girme
 Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali

Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu

Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme

Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma

Değersizlik duygusu

Size kötü bir şey olacaktıymış duygusu

Bağırma ya da eşyaları fırlatma

Topluluk içinde bayılacağınız korkusu

Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu

Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması

Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi

Korkutucu türden düşünce ve hayaller

Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi

Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama

Suçluluk duygusu

Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi



09.04.2019

Sayın Şeyma Tunçay

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2019/374 proje numaralı ve **"Madde Kullanıcılarında TSSB ve Psikopatolojik Belirtilerin incelenmesi"** başlıklı proje önerisi kurumumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.