

**T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**SIKINTIYA DAYANMA VE ESRAR KULLANIMI  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN  
SERCAN UDUM**

**GAZİANTEP - 2018**

**T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**SIKINTIYA DAYANMA VE ESRAR KULLANIMI  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN  
SERCAN UDUM**

**TEZ DANIŞMANI  
PROF. DR. MEHMET H. TÜRKÇAPAR**

**GAZİANTEP - 2018**

## KABUL VE ONAY

Sercan UDUM tarafından hazırlanan “Sıkıntıya Dayanma ve Esrar Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma 22/01/2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. M. Hakan TÜRKÇAPAR**  
(Başkan)

**Prof. Dr. Serhat ÇITAK**  
(Üye)

**Yrd. Doç. Dr. Mehmet DİNÇ**  
(Üye)

### Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım. .... /...../.....

.....  
**Enstitü Müdürü**

## TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Sıkıntıya Dayanma ve Esrar Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım. 23/01/2018

  
Sercan UDUM

## ÖNSÖZ

Bu çalışma boyunca bana destek olan ve yol gösteren danışmanım Prof. Dr. M. Hakan TÜRKCAPAR'a, zamanlarını ayırarak tezimi değerlendiren Prof. Dr. Serhat ÇITAK ve Yrd. Doç. Dr. Mehmet DİNÇ'e teşekkür ederim.

Adalet Bakanlığı'nın izni ile gerçekleştirilmiş bu araştırma sürecinde, gerekli izinlerin alınmasında ve mesleki alanda bana yardımcı olan, Kilis Denetimli Serbestlik Müdürlüğü'ndeki amirlerime ve çalışma arkadaşlarıma; yardıma ihtiyaç duyduğumda bana yalnız olmadığımı gösteren dostlarıma; aldığım kararlarda hep yanımda olan ve desteklerini hiçbir zaman eksik etmeyen aileme teşekkürler.

Gaziantep, 2018

Sercan UDUM

## ÖZET

Bu araştırmanın amacı, sıkıntıya dayanma ve esrar kullanım özellikleri (kullanıma başlama yaşı, kullanım sıklığı, esrarın yaşam üstüne olumsuz etkileri-sağlık, ilişkiler, sosyal yaşam ve iş yaşamı) arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırma Kilis Denetimli Serbestlik Müdürlüğü'nde yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini, bu kurumda madde kullanımı sebebiyle eğitim ve iyileştirme çalışmalarına alınmış yükümlüler oluşturmuştur. Araştırmaya 66 erkek katılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında, katılımcıların bilgileri için demografik bilgi formu, esrar kullanım özelliklerinin ölçümü için Bağımlılık Profil İndeksi – Kısa Formu (BAPİ-Kısa), sıkıntıya dayanıklılık ölçümü için Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ), depresyon ve anksiyete ölçümü için Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; SDÖ ile ölçülen sıkıntıya dayanıklılık düştükçe, BAPİ-Kısa toplam puanı ile ölçülen esrar kullanımı ( $r = -.31, p<.05$ ), BAPİ-Kısa alt ölçekleri ile ölçülen esrarın yaşam üstüne olumsuz etkileri ( $r = -.31, p<.05$ ) ve esrar bağımlılığı ( $r = -.36, p<.01$ ), BDE ile ölçülen depresyon ( $r = -.44, p<.01$ ) ve BAE ile ölçülen anksiyete ( $r = -.29, p<.05$ ) artmaktadır. Depresyon şiddeti arttıkça, esrar kullanımı ( $r = .49, p<.01$ ), BAPİ-Kısa alt ölçeği ile ölçülen esrar kullanım sıklığı ( $r = .44, p<.01$ ) ve esrarın yaşam üstüne olumsuz etkileri ( $r = .55, p<.01$ ) artmaktadır. Benzer şekilde, anksiyete arttıkça esrar kullanımı ( $r = .42, p<.01$ ), esrar kullanım sıklığı ( $r = .33, p<.01$ ) ve esrarın yaşam üstüne olumsuz etkileri ( $r = .40, p<.01$ ) artmaktadır. Katılımcıların madde kullanımına başlama yaşları düştükçe, esrar kullanımı ( $r = -.40, p<.01$ ), esrar kullanım sıklığı ( $r = -.35, p<.01$ ) ve esrarın yaşam üstüne olumsuz etkileri ( $r = -.40, p<.01$ ) artmaktadır. Elde edilen bu sonuçlarla, sıkıntıya dayanma ve esrar kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu hipotezi desteklenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sıkıntıya dayanma, duygusal zorlanmaya tolerans, esrar kullanımı, madde kullanımı.

## ABSTRACT

The purpose of this study is to examine the relation between distress tolerance and cannabis use characteristics (starting age of use, use frequency, negative effects of cannabis on life-health, relationships, social and business life). The study was conducted in Kilis Directorate of Probation. The sampling of the study was formed with people who were in education and rehabilitation services because of substance use at this institution. 66 males participated the study. Data collection tools were demographic information form for information about participants, Substance Use Profile Index – Short Form (BAPİ-K1sa) for measuring cannabis use characteristics, Distress Tolerance Scale (DTS) for measuring distress tolerance, Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI) for measuring depression and anxiety. Results of the study showed that; as distress tolerance, which was measured with DTS, decreases, cannabis use ( $r = -.31, p < .05$ ) which was measured with BAPİ-K1sa total score, negative effects of cannabis on life ( $r = -.31, p < .05$ ) and cannabis dependency ( $r = -.36, p < .01$ ) which were measured with BAPİ-K1sa subscales, depression ( $r = -.44, p < .01$ ) which was measured with BDI and anxiety ( $r = -.29, p < .05$ ) which was measured with BAI increase. As depression severity increases, cannabis use ( $r = .49, p < .01$ ), cannabis use frequency ( $r = .44, p < .01$ ) which was measured with BAPİ-K1sa subscale and negative effects of cannabis on life ( $r = .55, p < .01$ ) increase. Similarly, as anxiety increases, cannabis use ( $r = .42, p < .01$ ), cannabis use frequency ( $r = .33, p < .01$ ) and negative effects of cannabis on life ( $r = .40, p < .01$ ) increase. As starting age of cannabis use decreases, cannabis use ( $r = -.40, p < .01$ ), cannabis use frequency ( $r = -.35, p < .01$ ) and negative effects of cannabis on life ( $r = -.40, p < .01$ ) increase. With these findings, hypothesis of an existing significant relation between distress tolerance and cannabis use was supported.

**Keywords:** Distress tolerance, emotional distress tolerance, cannabis use, substance use.

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖNSÖZ .....	i
ÖZET .....	ii
ABSTRACT .....	iii
İÇİNDEKİLER .....	iv
TABLolar LİSTESİ .....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ .....	viii

### BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ .....	1
1.1. Problem Durumu .....	2
1.1.1. Problem Cümlesi .....	2
1.1.2. Alt Problemler .....	2
1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi .....	2
1.3. Araştırmanın Varsayımları .....	3
1.4. Kavramlar ve Tanımlar .....	3

### İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE .....	5
2.1. Sıkıntıya Dayanma .....	5
2.1.1. Bir Üst Yapı Olarak Sıkıntıya Dayanma .....	6
2.1.2. Sıkıntıya Dayanma ile İlgili Bazı Çalışmalar .....	8
2.2. Madde Kullanımı .....	11
2.2.1. Türkiye’de Madde Kullanımı .....	13
2.3. Esrar (Kenevir).....	14
2.4. Esrar Kullanımı ve Sıkıntıya Dayanma.....	18

### ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırma Modeli .....	20



3.2. Araştırma Örneklemi.....	20
3.3. Veri Toplama Araçları.....	20
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu .....	20
3.3.2. Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ - Kısa).....	21
3.3.3. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ) .....	21
3.3.4. Beck Depresyon Envanteri (BDE) .....	22
3.3.5. Beck Anksiyete Envanteri (BAE) .....	23
3.4. Ölçeklerin Uygulanması ve Verilerin Analizi.....	24

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

<b>BULGULAR</b> .....	25
4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	25
4.2. Madde Kullanımına İlişkin Özellikler ve Psikolojik Etkenler .....	29
4.3. Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Gruplar Arasındaki Farklar .....	32

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

<b>TARTIŞMA</b> .....	36
5.1. Demografik Özellikler.....	36
5.2. Sıkıntıya Dayanma, Esrar Kullanımı, Depresyon ve Anksiyete .....	39

## **ALTINCI BÖLÜM**

<b>SONUÇ ve ÖNERİLER</b> .....	44
--------------------------------	----

<b>KAYNAKLAR</b> .....	47
------------------------	----

<b>EKLER</b> .....	56
--------------------	----

Ek 1. İzin yazıları .....	56
Ek 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	59
Ek 3. Sosyodemografik Bilgi Formu .....	60
Ek 4. Bağımlılık Profil İndeksi – Kısa Formu.....	61
Ek 5. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği .....	64
Ek 6. Beck Depresyon Envanteri.....	65
Ek 7. Beck Anksiyete Envanteri.....	66

## TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa No.
<b>Tablo 1.</b> 2015 Yılı Dünya’da Tahmini Uyuşturucu Kullanımı .....	12
<b>Tablo 2.</b> Dünya’da uyuşturucu Kullanımının Tahmini Sayı ve Yaygınlığındaki Akım .....	12
<b>Tablo 3.</b> Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri .....	26
<b>Tablo 4.</b> Katılımcıların Klinik Özellikleri .....	27
<b>Tablo 5.</b> Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Betimleyici İstatistikleri.....	28
<b>Tablo 6.</b> Pearson Korelasyon Analizleri.....	30
<b>Tablo 7.</b> Tahmini Esrar Kullanım Süresi İçin Pearson Korelasyon Değerleri .....	32
<b>Tablo 8.</b> Bağımsız Örneklem <i>t</i> Testleri .....	33

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. Delta-9 Tetrahydrocannabinol Kimyasal Yapısı ..... 15



## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>BAE</b>	:	Beck Anksiyete Envanteri
<b>BAPİ</b>	:	Bağımlılık Profili İndeksi
<b>BDE</b>	:	Beck Depresyon Envanteri
<b>DSM</b>	:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
<b>ESPAD</b>	:	Avrupa Gençlerde Madde Kullanımını Değerlendirme Projesi
<b>HIV</b>	:	İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
<b>ICD</b>	:	Uluslararası Hastalık Sınıflaması
<b>MMPI</b>	:	Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
<b>MTPT</b>	:	Mirror Tracing Persistence Task
<b>PASAT</b>	:	Paced Auditory Serial Addition Test
<b>SD</b>	:	Sıkıntıya Dayanma
<b>SDÖ</b>	:	Sıkıntıya Dayanma Ölçeği
<b>SIDI</b>	:	Sıkıntıya Dayanmazlığı İyileştirme Becerileri
<b>STAI</b>	:	Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği
<b>THC</b>	:	Tetrahidrokannabinol
<b>TSS</b>	:	Travma Sonrası Stres
<b>TSSB</b>	:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>UNODC</b>	:	Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi
<b>WHO</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü

## BİRİNCİ BÖLÜM

### GİRİŞ

İnsan yaşamı boyunca, çıkış yolu göremediği, çözüme ulaşmakta zorlandığı pek çok sorunla karşı karşıya kalabilir. Psikolojik açıdan zorlayıcı, kişinin mutsuz ya da umutsuz olduğu, olumsuz duygularla karakterize bu durum, sıkıntı olarak ifade edilebilir. Kişi bu olumsuz duyguları hafifletme amaçlı davranışlarla, günlük hayatın akışından uzaklaşabilir. Bu durum sıkıntıya dayanma (SD) başlığı altında incelenmektedir (Leyro ve ark., 2010; Linehan, 1993; Simons ve Gaher, 2005).

Simons ve Gaher'e göre SD; olumsuz psikolojik durumları deneyimleme ve bu durumlara dayanma kapasitesidir. Sıkıntı, bilişsel ya da fiziksel bir sürecin sonucu olsa da, sonuç duygusaldır. Çoğu zaman, bu duygusal durumu hafifletmek için kişinin gösterdiği davranışsal bir çaba vardır. Sıkıntıya dayanıklılıkları düşük olan kişiler, olumsuz durumlar karşısında rahatlama ya da kaçınma davranışlarına başvurabilmektedirler. Madde, özellikle de esrar kullanımı, sözü edilen kaçınma-rahatlama davranışlarından bir tanesidir ve bugüne kadar araştırmalarda SD ile madde kullanma davranışının ilişkisi incelenmiştir (Buckner ve ark., 2007; Hsu ve ark., 2013; Kaiser ve ark., 2012; Simons ve Gaher, 2005; Zvolensky ve ark. 2009).

Madde kullanımı, dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önemli bir sorundur (UNODC, 2017). Ülkemizde madde kullanımının yaygınlığını belirlemek amacıyla yapılan araştırmalarda, Türkiye'deki madde kullanım yaygınlığının, Avrupa ülkeleri ya da Amerika Birleşik Devletleri'ne kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak dünya genelinde olduğu gibi, son yıllarda kullanım yaygınlığı ülkemizde de artış göstermektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 1997; Mathias, 1997). Türkiye'de yapılmış çalışma sonuçlarına göre, gençler arasında en yaygın şekilde kullanılan maddeler uçuşu maddelerdir. Gençler için ikinci sırada esrar yer alırken, ileri yaşlardaki kişiler arasında esrar en sık kullanılan maddedir (Ögel, 2005).

Esrar kullanımında tarih boyunca çoğu zaman tıbbi kullanımın dışına çıkmıştır. Eğlence amaçlı kullanım devam etmiş ve yaygınlaşmıştır (Davison ve Neale, 2012). Bu eğlence amaçlı kullanım ve esrarın neşelendirici etkisi, esrarın SD ile ilişkisinin sorgulanmasına sebep olmuştur. Çünkü Simons ve Gaher'e göre (2005) esrar, rahatlatıcı ve neşelendirici etkileri sebebiyle (Webb ve ark., 1996), sıkıntı durumlarında insanların olumsuz duygularla başa çıkmak, bu duyguları hafifletmek için kullanabildiği bir madde durumundadır.

## 1.1. Problem Durumu

### 1.1.1. Problem Cümlesi

Bu çalışmada cevabı bulunması hedeflenen temel soru şudur:

- Sıkıntıya dayanma kapasitesi ve esrar kullanımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki var mıdır?

### 1.1.2. Alt Problemler

Çalışmada ayrıca katılımcıların demografik özellikleri (yaş, madde kullanımına başlangıç yaşı, medeni durum, çocuk sahibi olma ya da olmama, psikolojik ya da psikiyatrik tedavi geçmişinin olup olmaması), madde kullanma davranışları (madde kullanım sıklığı, maddenin yaşama olumsuz etkileri-sağlık, ilişkiler, sosyal yaşam ve iş yaşamı), sıkıntıya dayanma, depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla aşağıdaki sorulara da cevap aranmıştır.

1. Sıkıntıya dayanma, depresyon ve anksiyete arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Esrar kullanımı, depresyon ve anksiyete arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Madde kullanımına başlangıç yaşı ve esrar kullanımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki var mıdır?

## 1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Literatürdeki verilerin ve yapılan bu tez çalışmasının sonuçlarıyla, sıkıntıya dayanma ve esrar kullanımı konularının, insan bilişi ve davranışı temelinde nasıl bir araya geldiğine dair bilgi sunulabilmesi amaçlanmaktadır. 2014'te yayımlanan, Özdel ve Ekinci'nin gerçekleştirdiği "Distress tolerance in substance dependent patients" isimli çalışmada, 49 madde kullanıcısı ve 44 sağlıklı kontrol grubu üyesinin sıkıntıya dayanıklılıkları incelenmiştir. Özdel-Ekinci çalışmasının örneklem grubunun madde tercihini ağırlıklı olarak (%40,8) opioidler oluşturmuştur. Bu tez çalışması planlanırken, özellikle esrar kullanımına odaklanan bir çalışmanın, alana katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

### 1.3. Araştırmanın Varsayımları

Araştırma varsayımları aşağıda belirtilmiştir.

1. Çalışmaya katılan kişilerin ölçeklerdeki soruları samimi ve dürüst bir şekilde cevapladıkları varsayılmaktadır.
2. Araştırmada kullanılan Sıkıntıya Dayanma Ölçeği'nin (SDÖ) katılımcıların sıkıntıya dayanma kapasitelerini araştırmanın amacına ve yapısına uygun biçimde ölçtüğü kabul edilmektedir.
3. Araştırmada kullanılan Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) formunun, katılımcıların madde kullanım özelliklerini araştırmanın amacına ve yapısına uygun biçimde ölçtüğü kabul edilmektedir.

### 1.4. Kavramlar ve Tanımlar

Çalışma sırasında karşılaşılan temel kavramlar aşağıda açıklanmaya çalışılmıştır.

**Sıkıntı:** Olumsuz duygularla karakterize, bireyi psikolojik açıdan zorlayıcı durum (Simons ve Gaher, 2005).

**Sıkıntıya Dayanıklılık:** Olumsuz psikolojik durum ve duyguları deneyimleme ve bu durumlara tolerans (Simons ve Gaher, 2005).

**Esrar:** Çoğunlukla Cannabis Sativa ya da Cannabis İndica isimli kenevir otlarından elde edilen madde (Ögel, 2010).

**Haşış:** Yapımında kenevirin reçinesi kullanılan, THC konsantrasyonu yüksek esrar çeşidi (Hashish, 2016).

**Tetrahidrokannabinol:** Esrarın etken maddesi, THC (Ashton, 2001).

**Haşhaş:** Kapsüllerinden afyon elde edilebilen bitki (Ögel, 2010; Quinn ve Miller, 2008).

**Afyon:** Haşhaş kapsüllerinin çizilmesi ile elde edilen madde (Ögel, 2010; Quinn ve Miller, 2008).

**Opiyat:** Doğada kendi halinde bulunabilen, haşhaş bitkisinden elde edilen afyon, morfin, kodein gibi maddelere verilen isim (Quinn ve Miller, 2008).

**Opioid:** Opioid reseptörlerine bağlanan her türlü madde için kullanılan isim. (Opiyattan farklı biçimde, sentetik maddeleri de kapsamaktadır. Örneğin afyon hem bir opiyat hem de bir opioid iken, sentetik olan metadon için yalnızca opioid terimi kullanılabilir.) Günümüzde opioid reseptörlerine bağlanan tüm ağrı kesicilerden bahsedilirken yaygın olarak opioid terimi kullanılmaktadır (Quinn ve Miller, 2008).





## İKİNCİ BÖLÜM

### KAVRAMSAL ÇERÇEVE

#### 2.1. Sıkıntıya Dayanma

Sıkıntıya dayanma, 1950'lerden beri dolaylı olarak üzerinde çalışılan bir alan olmuştur. Araştırmacılar, bu güne kadar olumsuz duygular, rahatsız edici bedensel hisler ya da belirsizliğe dayanıksızlık gibi toleransın farklı boyutlarına odaklanmışlardır (Frenkel-Brunswik, 1949; Hajek, 1991; Linehan, 1993; Simons ve Gaher, 2005). Bu boyutlar genellikle psikolojik sorunlar ya da bozukluklar için risk faktörleri ya da sürdürücü etkenler olarak ele alınmıştır (Gross ve Munoz, 1995; Lynch ve Bronner, 2006; Zvolensky ve Otto, 2007). Madde kullanımı ile ilgili önerilen risk faktörlerinden biri, duygusal ve bedensel hislere dayanıksızlıktır (Brown ve ark., 2005). Duygusal sıkıntıya dayanıksızlık, Simons ve Gaher'in (2005) çalışmasının da odak noktasını oluşturmaktadır. Sıkıntıya dayanma günümüzde de araştırmacıların üzerinde durduğu bir konu olmaya devam etmektedir (Leyro ve ark., 2010).

1993'te Linehan, diyalektik davranışçı terapi (dialectical behavioral therapy) ile sınır kişilik bozukluğunu ele aldığı çalışmasında, hastaların yıkıcı davranışlarını düzenlemede ve davranışsal becerilerini geliştirmede, sıkıntıya dayanıksızlıktan ve sıkıntıya dayanma kapasitesinin artırılmasının öneminden bahsetmiştir. Linehan için SD kapasitesini artırma, bir problemle çalışılırken, komorbid diğer bir problemin tolere edilebilme gerekliliğinden ortaya çıkmıştır.

Simons ve Gaher'in (2005) çalıştığı sıkıntıya dayanma konusunun, literatürde duygusal sıkıntıya dayanma (emotional distress tolerance) olarak geçtiği durumlar gözlemlenmiştir (Leyro ve ark., 2010). Bu durum, literatürde sıkıntı (distress) sözcüğünün daha geniş bir anlamda, farklı sıkıntı boyutları (belirsizlik, fiziksel rahatsızlık) ele alındığında da kullanılmasından kaynaklanmaktadır. Simons ve Gaher, çalışmaları için sıkıntıyı (distress) tanımlarken, sıkıntının sebebi fiziksel ya da bilişsel olsa da, sıkıntının duygusal bir durum olarak ortaya çıkışı ve bu duygusal durumun hafifletilmesi için çaba gösterilmesi noktalarına dikkat çekmişlerdir. Bu durum, sıkıntıda odaklanılan alanın duygular olduğunu göstermektedir.

Bugüne kadar yapılmış SD çalışmalarındaki önemli bir farklılaşma, sıkıntıya dayanıksızlığın ölçüm yöntemindedir. Araştırmalar metot bakımından temelde iki ayrı yol izlemektedir. Bu metotlardan biri, herhangi bir stres etkeninin kişide yarattığı sıkıntı karşısında,

bireyin sıkıntıya dayanma davranışının ölçümüdür (davranış devamlılığı). Diğer yöntem, kişinin sıkıntı durumlarına dayanmada algıladığı kapasitesinin öz bildirim yöntemi ile belirlenmesidir (Leyro ve ark., 2010).

Tolerans (dayanıklılık) ölçümünde davranışa odaklanan çalışmalar, belirledikleri bazı fiziksel (nefes tutma) ya da psikolojik (PASAT-C) testler yardımıyla katılımcılarda stresi-dolayısı ile sıkıntıyı- tetikleyerek bireylerin sıkıntıya dayanma davranışlarını ölçmüşlerdir. Algılanan dayanma kapasitesi ile yapılan çalışmalar ise, öz bildirim ölçekleri ile katılımcıların kendi algıladıkları sıkıntıya dayanma kapasitelerini temel almışlardır. İki ölçüm türü için de avantajlar ve dezavantajlar bulunmaktadır. Bazı fiziksel stres testlerinin (örn. cold-pressor test – elin buzlu suya batırılması) daha çok acıya dayanma ile ilgili olabileceği düşünülmektedir (Geisser ve ark., 1992). Öte yandan, bireylerin algıladıkları dayanma kapasitelerinin, gerçek dayanma kapasitelerinden farklı olabileceği de öz bildirime dayalı çalışmalar için sorun teşkil edebilmektedir. Ortak olan nokta, şuan için alanda bu konuyu daha detaylı şekilde aydınlayabilecek yeterli çalışmanın bulunmamasıdır (Leyro ve ark., 2010). Bu açıdan bakıldığında, okumakta olduğunuz çalışma ikinci grupta yer almaktadır. Araştırmada sıkıntıya dayanma ölçümü için kullanılan SDÖ, katılımcının algıladığı dayanıklılık düzeyini cevaplara yansıttığı bir öz bildirim ölçeğidir (Simons ve Gaher, 2005).

### **2.1.1. Bir Üst Yapı Olarak Sıkıntıya Dayanma**

Simons ve Gaher sıkıntıya dayanmayı, bireyin olumsuz duygusal bir durumu yaşantılama ile ilgili beklenti ve değerlendirmelerini içeren bir üst-duygu (meta-emotion) yapısı olarak ifade etmiştir. Bu yapı için dört ayrı boyut belirlenmiştir. Bunlar (1) dayanabilme (tolere edebilme), (2) değerlendirme – kabullenebilme, (3) duyguların düzenlenmesi (regülasyon) ve (4) sıkıntıya odaklanmadır. Bu çerçeveden bakıldığında bireyin, sıkıntılı bir durumla karşılaştığında ve sıkıntıya dayanma kapasitesi düşük olduğunda (1) bu durumu dayanılmaz görmesi beklenir. Ardından kişi, (2) sıkıntıyı yaşama, sıkıntıda olma sürecini değerlendirir ancak bu durumu kabullenmekte güçlük çekebilir. Sıkıntı halinden utanma ya da başa çıkma becerilerinin yeterli olmadığı düşüncesi, sıkıntının kabullenilememesinde önemli bir yere sahiptir. Sonraki aşama (3) bu sıkıntının hafifletilmesi ya da sıkıntılı duygudurumdan kaçınma amacıyla aşırı çaba sarf edilmesidir. Bu çabalar genellikle hızla verilen kararların sonucu olup çabuk ve çoğunlukla kısa süreli çözümler içermektedir. Son olarak, (4) hafifletme ya da kaçınma başarılı olmazsa, sıkıntı yaşamın önemli bölümünü kapsayarak kişinin dikkatini ve

enerjisini üzerine toplar, yaşam rutini etkilenir ve işlevsellik, olumsuz duygulara odaklanma ile bozulmuş olur (Simons ve Gaher, 2005).

Simons ve Gaher, SD'nin nasıl üst-yapı olarak işlediğini anlatırken, Gross'un (1998) duygunun düzenlenebildiği beş durumunu örnek göstermiştir. Duygu düzenleme, insanların karşılaştıkları durumlarda duygularını belirlemek, değiştirmek ya da düzenlemek için kullandıkları yöntemleri içermektedir. Kişinin sıkıntıya dayanıklılığı, duygunun düzenlenebildiği (a) durumun seçimini, (b) durumun değiştirilmesini (modifikasyon), (c) dikkatin odaklanmasını, (d) bilişlerin değişimini ve (e) tepkiye geçişi farklı şekillerde etkileyebilmektedir. Birey, duygunun düzenleneceği durumu seçerken sıkıntıya tolerans kapasitesine göre yaklaşma ya da kaçınma davranışı sergileyebilir. Bireyin baş etme stiline göre seçeceği durum değişebilir. Kişinin dikkati kendisini ne kadar kötü hissettiği üzerinde yoğunlaşabilir ya da bu düşünceden uzak kalabilir. İçinde bulunulan durum felaketleştirilebilir ya da küçültülebilir. Son olarak, tepki ortaya çıkarken kişi hissettiklerinden utandığı için duyguların dışa vurumunu bastırabilir (Simons ve Gaher, 2005).

Linehan'in (1993), diyalektik davranışçı terapi ile sınırdaki kişilik bozukluğunun tedavisinin bir bölümü de sıkıntıya dayanıklılığın artırılmasını içermektedir. Burada sıkıntıya dayanma kapasitesi, kişinin duygulanımını düzenleyememesinde önemli bir role sahiptir. Modele göre sınırdaki kişilik bozukluğu olan kişilerin sıkıntıya dayanıklılıkları düşüktür. Bu yüzden dürtüsel davranışlar, sıkıntının hafifletilmesi için sıkça kullanılmaktadır. Sıkıntının ve olumsuz duyguların hayatın bir parçası olarak kabul edilememesi, sıkıntının değerlendirilmesini olumsuz etkileyerek, halihazırda kötü olan duygudurumu daha da kötüye götürebilmektedir (Simons ve Gaher, 2005).

Trafton ve Gifford'a göre (2011) sıkıntıya dayanıklılık kapasitesi, kişinin sıkıntı anında bu sıkıntıyı hafifletebilecek davranışları gösterip göstermemesini kontrol edebilir. Hafifletici davranışlar sıkıntıyı ortadan kaldırırlarsa, olumsuz biçimde pekiştirilmiş olurlar. Böylelikle SD kapasitesi düşük olan kişilerde genellikle görülen, sıkıntının hemen giderilmesi için çaba gösterme davranışı süreklilik kazanabilir. Eğer sıkıntı hafifletme fırsatları hemen kullanılmazsa, kişi olumsuz sürecin devamını ve dolayısı ile farklı ödül ve başa çıkma seçeneklerini görebilir. SD kapasitesi yüksek kişilerin olumsuz durum ya da duygular karşısında bu süreç ve duyguları yaşamaktan çekinmedikleri gözlenmiştir. Zorlayıcı duyguları yaşamın bir parçası olarak kabullenebilme, uyum sağlama konusunda kişinin hayatına olumlu

geri dönüşleri olabilen bir başa çıkma mekanizmasıdır (Hayes ve ark., 1996; Leyro ve ark., 2010).

Bireyi psikolojik olarak zorlayan durumlardaki bilişsel değerlendirmelerini ve verdiği kararları etkileyen bir yapı olarak, sıkıntıya dayanıklılık bir anlamda zorlayıcı durumlarda davranışların yönetiminden sorumludur. Kullanılacak başa çıkma stratejilerinin seçimi, öğrenilmiş stratejiler kadar sıkıntıya dayanma kapasitesine de bağlıdır. Birey içinde bulunduğu bu zor süreci, ani kararlar vermeden, olumsuz duyguları hafifletmeye odaklanmak yerine, bu duyguları kabullenerek ve sürecin devamını keşfederek geçirebilir. SD kapasitesi düşük kişilerin, sıkıntı anlarında yaşadıkları olumsuz duygulara odaklanarak, çözüm yollarını araştırmak yerine hissedilen olumsuz duyguları hafifletme çabası ile hareket ettiği öne sürülmektedir (Simons ve Gaher, 2005). Bu durumun devamlılık kazanması, bireyin yaşamının sonraki dönemlerinde de kriz durumlarında etkili başa çıkma stratejileri kullanmasına engel olabilir (Trafton ve Gifford, 2011). Bu noktada, hafifletici davranış olarak madde kullanımını seçenler için ise farklı bir risk daha vardır; tekrarlayıcı kullanıma dayalı olarak kişide maddeye karşı tolerans ve bağımlılık gelişebilir (Jones, 1983). Böyle bir durumda madde kullanma davranışı, madde kullanım bozukluğuna dönüşme tehlikesi taşımaktadır.

### **2.1.2. Sıkıntıya Dayanma ile İlgili Bazı Çalışmalar**

Bu alanda yapılmış çalışmalardan biri, 2005 yılında Brown ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Yazarlar, sigarayı bırakmaya çalışan kişiler için, nikotin yoksunluğunun şiddetinden önce kişinin bu yoksunluğa nasıl tepki gösterdiğinin daha önemli bir konu olduğunu ileri sürmüşlerdir. Çalışmaya göre, sigarayı bıraktıktan sonra erken nüks (bırakmanın ardından yeniden madde kullanımına başlama) için risk faktörleri, kişinin yoksunluk sürecine ve olumsuz duygulanıma ne kadar tolerans gösterebildiği ile ilgilidir. Bu bağlamda sıkıntıya dayanma kapasitesi düşük bir kişi, sigarasızlığın getirdiği olumsuz duygusal süreç sebebiyle nüks gösterirken, rahatsızlığa dayanma (discomfort tolerance) kapasitesi düşük bir kişi, nikotin çekilmesi ile gelen fiziksel belirtiler sebebiyle tekrar sigara kullanımına dönebilmektedir. Bu ayrımın yapılabilmesi ile doğru müdahale programlarının geliştirilebilmesi ve uygun kişilere uygulanabilmesi hedeflenmiştir. Bu çalışmanın bir özelliği, sıkıntıya dayanmanın davranış devamlılığı deneyleri ile laboratuvar ortamında ölçülmüş olmasıdır. Elde edilen verilerle yazarlar, sigara bırakmada erken kaymanın (bırakmadan sonraki ilk madde kullanma girişi) önlenmesi için, SD odaklı bir müdahale programı geliştirilmesini önermişlerdir.

2007 yılında HIV virüsü taşıyan bir örneklem üzerinde yapılan çalışmada, sıkıntıya dayanmanın HIV'li bir yaşamın idaresinde ve önemli yaşam olayları üzerinde arabulucu rolü olup olmadığı incelenmiştir. Çalışmada SD ölçümünde öz bildirim yöntemi (SDÖ) kullanılmıştır. Sonuçlara göre, Sıkıntıya dayanıklılık düştükçe ve önemli yaşam olaylarının etkisi arttıkça, depresif belirtilerin görülme kolaylığı ve sıklığı artmıştır. Bununla birlikte başa çıkma amaçlı alkol ve esrar kullanımının yanı sıra, hastaların kullanmaları gereken ilaçlarını aksattıkları da gözlenmiştir. Bu sonuçlarla, HIV'in idaresinde düşük sıkıntıya dayanma kapasitesinin önemi gösterilmiştir (O'Cleirigh ve ark., 2007).

Anestis ve arkadaşlarının 2012 yılında travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile SD arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, travmaya uğramış madde kullanıcılarında TSSB belirti kümeleri ve intihar düşünceleri arasında SD'nin arabulucu rolü incelenmiştir. Sıkıntıya dayanma kapasitesinin ölçümü, burada da davranışsal devamlılık deneyleri (laboratuvar deneyleri) ile yapılmıştır. Sonuçlar, madde kullanan TSSB hastaları için SD'nin hem TSSB belirtilerinin şiddetinde, hem de tıbbi intihar girişimlerinde arabulucu rolde olduğunu göstermiştir. Araştırmada bir başka sonuç daha elde edilmiştir. Düşük SD kapasiteli kişilerin intihar arzusu artabiliyorken, esas olarak yüksek SD kapasiteli kişilerin kendilerine ölümcül zarar verebildikleri ve intihar eylemini gerçekleştirebildikleri gösterilmiştir. Bu durum, intihar düşünceleriyle gelebilen olumsuz duygusal ve fiziksel durumlara tolerans gösterebilme ile ilişkilendirilmiştir (Anestis ve ark., 2012).

Madde bağımlılığı ve sıkıntıya dayanıksızlığı inceleyen bir araştırma, 2012 yılında McHugh ve Otto tarafından yapılmıştır. Araştırmanın amacı, madde bağımlısı hastalarda sıkıntı alanına (domain of distress) göre dayanıksızlığı değerlendirmektir. Çalışmada SD ölçümü için davranışsal deneyler (nefes tutma, cold pressor test ve MTPT-C-computerized mirror tracing persistence task-bilgisayarlı aynadan kopyalama devamlılık testi) kullanılmıştır. Bu testler sayesinde, sıkıntı alanları (engellenmeye dayanıksızlık, acıya/ağrıya dayanıksızlık ve solunum rahatsızlığına dayanıksızlık) ayrıştırılmıştır. Katılımcının deneyi ne kadar erken bıraktığı, SD kapasitesi için bir ölçü oluşturmuştur. Sonuçlar, engellenmeye dayanıksızlığın madde bağımlısı grup için istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğunu göstermiştir (McHugh ve Otto, 2012).

SD'nin farklı psikopatolojik durumlarla ilişkilerini inceleyen çalışmaların yanında, SD kapasitesini artırma amaçlı müdahale programları da geliştirilmektedir. Bu programlardan biri olan SIDI (Sıkıntıya Dayanıksızlığı İyileştirme Becerileri – Skills for Improving Distress

Intolerance) ile ilgili bir çalışma, 2012 yılında Bornovalova ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Madde kullanım bozukluğu tedavisinde olan bireyler için, alternatif bir sıkıntıya dayanma tedavisinin etkinliği incelenmiştir. SIDI, bireylerin duygusal sıkıntıları deneyimleyebilmesi ve bu duygusal sıkıntı süreçlerinde davranışlarını kontrol edebilmesi ile kişilerin sıkıntıya dayanıklılıklarını arttırmayı hedeflemektedir. Bu bağlamda Diyalektik Davranışçı Terapi'den (Linehan, 1993; Linehan ve ark., 1999, Linehan ve ark., 2002) ve Kabul ve Kararlılık Terapisi'nden (Hayes ve ark., 1999) alınmış SD artırma becerilerinden yararlanmaktadır. SD kapasitesinin davranışsal deneylerle ölçüldüğü çalışmada SIDI, destekleyici danışmanlık (supportive counseling) ve rutin tedavi (treatment-as-usual) süreçleri ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre, SIDI grubu SD laboratuvar testlerinde diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde gelişme göstermiştir. Yazarların dikkat çektiği bir sonuç, destekleyici danışmanlık alan grubun SD kapasitesinin tedavi sürecinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş göstermesidir. Bu durumda, araştırmanın sınırlılıkları ile birlikte, duyguları dışa vurmanın tek başına etkili bir tedavi yöntemi olmayabileceği ihtimali öne sürülmüştür (Bornovalova ve ark., 2012; Lohr ve ark., 2007). Bu yönde bir tedavi, artan duygusal kaçınma ile sonuçlanabilmektedir (Riolli ve Savicki, 2010).

Ülkemizde bu konuda bir çalışma 2014 yılında, Özdel ve Ekinci tarafından yapılmıştır. 49 kişilik, çoğunluğu opioid kullanan (%40.8), madde bağımlılarından oluşan bir örneklem grubu ve 44 kişilik sağlıklı kontrol grubuyla yapılan çalışmada, madde bağımlılarında sıkıntıya dayanma düzeyleri incelenmiştir. SD ölçümü için SDÖ kullanılan çalışmada ayrıca katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeyleri de ölçülmüştür. Sonuçlar, madde kullanan kişilerin istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha az sıkıntıya dayanma kapasiteleri olduğunu göstermiştir. Sonuçlarda ayrıca madde bağımlılığı olan grubun SD puanlarının, anksiyete bozukluğu tanısı almış bir örneklemin SD puanlarından daha düşük olduğu da gösterilmiştir. Tekli ya da çoklu madde kullanımı içinse anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yazarlar araştırmalarından elde ettikleri sonuçlarla, Kaiser ve arkadaşlarının (2012) çalışmasına atıfta bulunarak, düşük sıkıntıya dayanma yerine, olumsuz duygulanıma verilen dürtüsel tepkilerin madde kullanımı davranışı için daha güçlü bir yordayıcı olabileceğini ifade etmişlerdir. Sonuçlarda SD, anksiyete ve depresyon puanlarında yüksek korelasyon görülmesi ile birlikte sıkıntıya dayanmanın, anksiyete ve depresyon belirtilerinden ayrı bir psikolojik yapı olarak görülemeyebileceği de önerilmiş, sıkıntıya dayanmanın madde kullanımına özel olmaksızın, olumsuz duygu içeren sorunlarla ilişkili bir faktör olabileceği ifade edilmiştir.

## 2.2. Madde Kullanımı

Madde kullanımının tarihinin, insanoğlu kadar eski olduğu söylenmektedir (Köknel, 1998). İnsanlar çok uzun zaman önce bilinç durumlarında değişiklik yapabilen maddeleri keşfetmiş ve kullanmaya başlamışlardır. Tarihteki yazılı kaynaklara göre bu amaçla kullanılan ilk madde alkoldür. Alkol hakkında, tarihleri milattan öncesine kadar uzanan ve hastalıklarda nasıl kullanılacağını anlatan tabletlere rastlanmıştır (Uzday, 2009). Alkolü, bitkisel kökeni olan afyon, esrar ve meskalin gibi maddeler takip etmiştir. Bu maddelerin temel kullanımları, çoğunlukla dini törenlerde ve tıp alanında olmuştur (Davison ve Neale, 2012).

Madde kullanımının tarihine kıyasla, bağımlılığın sorunlu bir durum olduğunun kabulü yeni sayılabilir. Önceleri tedavi sürecinin yan etkisi olarak görülen, bir çeşit açlık olduğu düşünülen bağımlılık, kullanımın yaygınlaşmasıyla göz ardı edilemez bir hal almıştır. Özellikle 1840'larda afyonun bağımlılık yapıcı etkisini gidermek amacıyla yapılan çalışmalar, durumu bağımlılık açısından kötüleştirmiş, önce morfinin sonrasında da günümüzde bağımlılık gücü en yüksek maddelerden biri olan eroinin bulunmasına yol açmıştır (Erdinç, 2004).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) 2017 yılı dünya uyuşturucu raporuna göre, 2015 yılında dünya çapında tahmini kullanıcı sayısı 255 milyondur. Bu sayı, %5.3'lük bir yaygınlığı göstermektedir ve kullanıcılardan 29.5 milyonu, maddeyi yüksek risk düzeyinde kullanan, ICD-10 (Uluslararası Hastalık Sınıflaması - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10) ya da DSM-5'e (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı 5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5) göre madde kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerdir (UNODC, 2017).

Tablo 2'deki 2011-2015 yılı yaygınlık değerlerine bakıldığında, madde kullanımının son yıllarda artmış olduğu gözlemlenmektedir. Bağımlılığın bir bozukluk olarak kabul edildiği ve neredeyse tüm dünya ülkelerinin bu maddelerin yetiştirme, kullanma ve ticaretinde yasaklar koyduğu günümüzde (Austin, 1979), kullanım yaygınlığının artmış olması maddenin bir sorun olarak ciddiyetine ve önemine işaret etmektedir.

**Tablo 1.** 2015 Yılı Dünya’da Tahmini Uyuşturucu Kullanımı

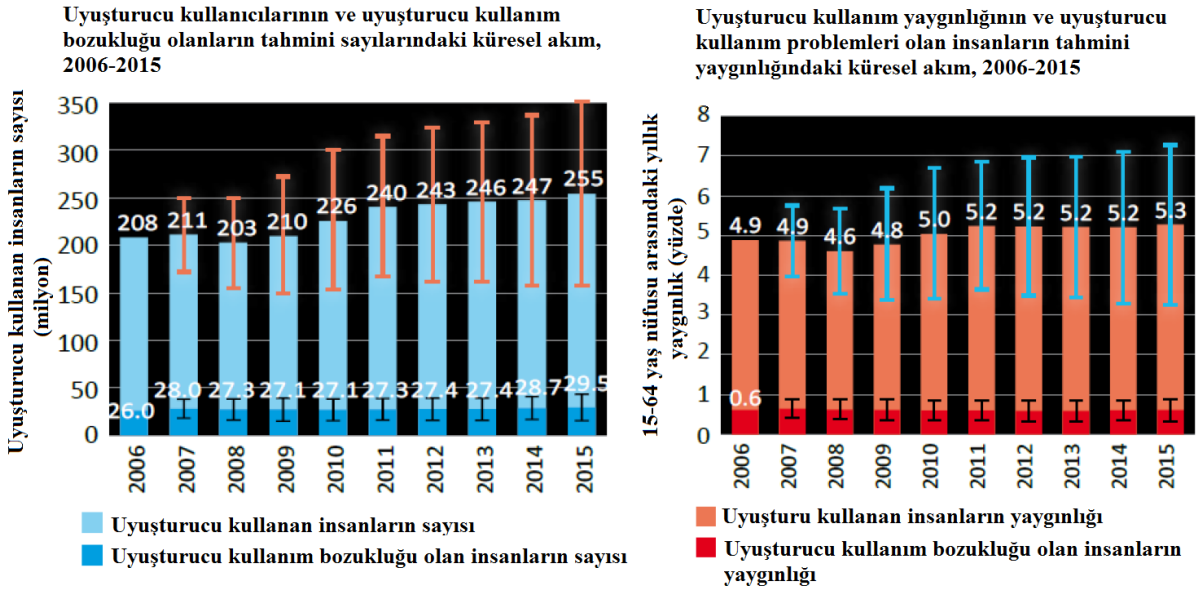
	<b>Yıllık Yaygınlık (%)* (Min-Max)</b>	<b>Kullanıcı Sayısı (Milyon)* (Min-Max)</b>
<b>Tüm yasadışı madde kullanımı</b>	5.3 (3.3-7.3)	255 (158-351)
<b>Sorunlu madde kullanımı**</b>	0.6 (0.3-0.9)	29.5 (15.3-43.1)
<b>Kenevir</b>	3.8 (2.7-4.9)	183.3 (128.1-237.7)
<b>Opioidler (Opiyatlar ve reçeteli opioidler)</b>	0.7 (0.6-0.9)	35.0 (28.3-42.7)
<b>Opiyatlar</b>	0.37 (0.27-0.49)	17.7 (12.9-23.6)
<b>Kokain</b>	0.35 (0.27-0.46)	17.1 (13.0-22.3)
<b>Amfetaminler</b>	0.77 (0.30-1.24)	37.0 (14.5-59.7)
<b>“Ecstasy”</b>	0.45 (0.19-0.71)	21.6 (9.3-34.1)

\* Prevalans yüzdeleri ve sayıları yuvarlanmıştır

\*\* Yüksek riskli uyuşturucu tüketiminde bulunanlar, örn. damardan uyuşturucu kullananlar, günlük uyuşturucu kullanıcıları ve/veya ICD-10 ya da DSM 5’te bulunan klinik kriterlere göre madde kullanım bozukluğu ile tanılanmış kişiler.

**Kaynak:** UNODC, 2017.

**Tablo 2.** Dünya’da Uyuşturucu Kullanımının Tahmini Sayı ve Yaygınlığındaki Akım



Not: Tahminler son yıl içinde uyuşturucu kullanmış yetişkinler (15-64 yaş) içindir.

**Kaynak:** UNODC, 2017.



### 2.2.1. Türkiye’de Madde Kullanımı

Türkiye’de bugüne kadar madde kullanımı konusunda yapılan araştırmalarda genellikle anket yöntemi kullanılmıştır. Çalışmaların bir diğer ortak noktası da çoğunlukla genç nüfusun (öğrenciler) örneklem olarak seçilmesidir. 1995’te İstanbul’da yapılan ESPAD (Avrupa Gençlerde Madde Kullanımını Değerlendirme Projesi - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) alışmasına 2800 öğrenci katılmış, herhangi bir maddeyi en az bir kez kullanan genç oranı %7, esrar ve uçucu madde kullanım oranı %4 ve eroin kullanımını %1 bulunmuştur (ESPAD, 1995). 1998 yılında yapılan SAMAY adlı çalışmada 15 ilde, 15-17 yaş grubundan gençlerle çalışılmış, yaşam boyu kullanım yaygınlığı esrar için %3,5, uçucu maddeler için %8,6, eroin için %1,6 bulunmuş, yaşam boyu esrar kullanımının en sık görüldüğu iller ise İzmir, İstanbul, Diyarbakır, Muğla, Antalya ve Adana olarak saptanmıştır (Ögel ve ark., 2001). 2003 yılında ölkemizde UNODC tarafından bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmada yine lise öğrencileri örneklem olarak seçilmış, yaşam boyu en az bir kez uçucu madde kullanım yaygınlığının %5,2, esrar kullanım yaygınlığının %5,1 ve eroin kullanım yaygınlığının %2,8 olduğu gösterilmiştir. İzmir ve Diyarbakır, esrar kullanım yaygınlığının en yüksek saptandığı şehirlerden olmuştur (UNODC, 2003).

2001’de ilk ve orta öğretim öğrencileriyle, 2004’te ise orta öğretim öğrencileri ile yapılmış iki araştırmanın sonuçlarında, ilköğretim öğrencilerinde %3 kullanım yaygınlığı ile uçucu madde ağırlığı görölmektedir. Ortaöğretim sonuçları, 2001 yılındaki çalışma için uçucu madde kullanım yaygınlığı %4,3, esrar kullanım yaygınlığı %3 ve eroin yaygınlığı %2,1 olarak saptanmıştır (Ögel ve ark., 2004). 2004 yılındaki araştırmada uçucu madde yaygınlığının %5,9, esrar yaygınlığının %5,8 ve eroin yaygınlığının %1,6 olduğu gösterilmiştir. Aynı yöntemle yürütölen bu iki araştırmanın İstanbul ili sonuçlarında, madde kullanım yaygınlığının başta ecstasy olmak üzere, flunitrazepam, eroin, esrar, uçucu maddeler ve benzodiazepin için belirgin artış gösterdiği saptanmıştır (Ögel ve ark., 2005).

Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda, esrar kullanım oranlarının yükseldiği görölmektedir. Ankara’daki üniversitelerde yapılan bir çalışmada esrar ve eroin kullanımının %8 olduğu saptanmıştır (Yüksel ve ark., 1994). 1999-2000 yıllarında Dokuz Eylül Üniversitesi’nde, 121 öğrenci içinde herhangi bir madde denemiş olma oranı %6,7 (Akvardar ve ark., 2001), 2005 yılında Boğaziçi Üniversitesi’nde 735 öğrencide en az bir kez esrar kullanımını %9,2, uçucu madde kullanımını %1,2, eroin kullanımını ise %0,3 olarak belirlenmiştir (Taner, 2005).

Türkiye’de madde kullanımı alanındaki çalışmaların odaklandığı bir diğer örneklem mahkumlardır. Aksoy ve Ögel tarafından 4 ilde cezaevlerinde yapılan bir çalışmada, ergenler için yaşam boyu en az bir kez esrar kullanım yaygınlığının %39 olduğu gösterilmiştir (Aksoy ve Ögel, 2004). Konya Kapalı Cezaevi’nde yapılan bir çalışmada ise mahkumların yaşam boyu madde bağımlılığı yaygınlığının %7,9 olduğu saptanmıştır (Kaya ve ark., 2004).

Yapılan çalışmalara bakıldığında öne çıkan noktalardan biri, dünya genelinde de yaygın olarak kullanılan esrar maddesidir. Ülkemizde durumun benzer olduğuna işaret eden sonuçlar görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre küçük yaşlarda (örn. ortaokul) uçucu maddeler sıkça kullanılırken, ilerleyen yaşlarda ve yetişkinlikte esrar kullanımı yaygınlıkta ilk sıraya yükselmektedir.

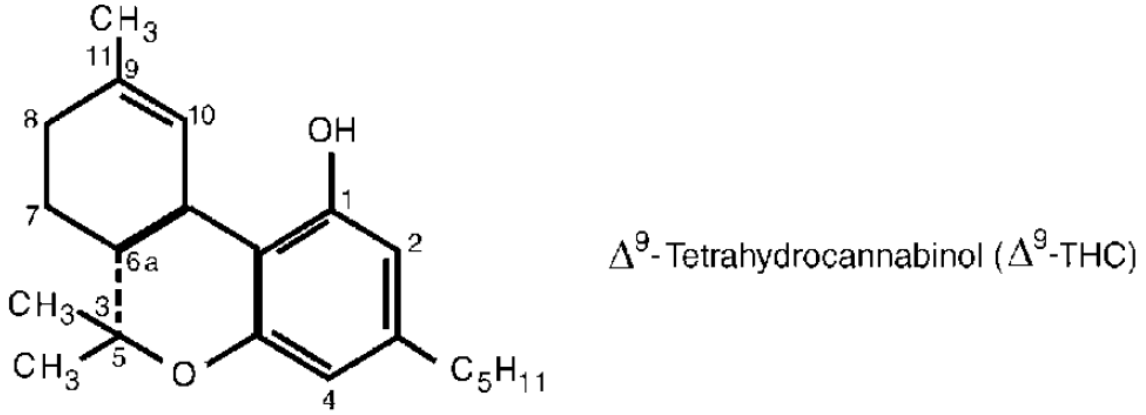
### **2.3. Esrar (Kenevir)**

Esrarın bilinen tıbbi kullanımı, milattan önce 2700'lere uzanmaktadır. Rastlanan ilk kayıtlardan biri olarak, Çin İmparatoru Shen-Nung'un (M.Ö. 2737) kenevirin romatizmaya ve sıtmaya karşı etkili olduğundan bahsettiği bulunmuştur (Artuç ve ark., 2014). Asurluların, İskitlerin, Sümerlerin, Perslerin ve Hintlilerin, esrarın mutluluk verici etkisini bildikleri ve kullandıklarına dair kaynaklar mevcuttur (Köknel, 1998). Bu neşelendirici etki, esrarın tıp alanında üzerinde çalışılan psikotrop maddelerden biri olmasına da neden olmuştur.

1845 yılında Jacques-Joseph Moreau (de Tours), kenevirin psikofarmakolojik etkilerini incelerken, haşışı (kenevirin reçinesi ile yapılan esrar çeşidi) depresif insanların katılmış düşüncelerini kırmak için bir yol olarak gördüğünü anlatmıştır. Kenevirle bu alandaki ilk araştırmacılardan olan Moreau, haşışle Doğu'yu ziyaretinde tanışmış, Avrupa'ya dönüşüyle birlikte kenevirle ilgili bilgilerini hastaları üzerinde uygulamaya dökmüştür. Çalışmaları olumlu ve olumsuz sonuçlar vermiş olsa da, 1857'de bir obsesif melankoli (lypemia) hastasının kenevir terapisi ile başarılı tedavisini yayımlamıştır (Russo, 2001).

Esrar için bağımlılık yapıcı kimyasal genellikle, basit bir şekilde THC olarak ifade edilmektedir ancak kenevir familyası, 60'tan fazla kannabinoid içermektedir. Kannabinoidler, kannabinoid reseptörlerine ve bu şekilde nörotransmitter salınımına etki eden kimyasal bileşiklerdir. Bunların çoğu hakkında yeterli bilgi olmasa da, aralarında en güçlü olan delta 9-tetrahidrokannabinol hakkında fazlaca çalışma yapılmıştır. Kannabinoidler bitkinin tohumlarında, sapında, yapraklarında, çiçeklerinde ve dişi olan bitkilerin reçinelerinde bulunur.

Haşış ve esrar arasındaki farkta olduğu gibi, maddenin hazırlanışına ve elde edilen kaynağa göre THC miktarları arasında büyük farklılıklar görülebilir (Ashton, 2001).



**Şekil 1.** Delta-9 Tetrahydrocannabinol Kimyasal Yapısı

**Kaynak:** Ashton, 2001.

Esrar kullanıldığında, içilen sarma sigaradaki THC miktarının neredeyse yarısı çekilen dumanla ciğerlere girmektedir. Buradan kana karışan esrar, dakikalar içinde beyne ulaşabilir. Etkileri saniyeler içinde fark edilir ve birkaç dakika içinde tam olarak görülebilir. Esrar aynı zamanda kek ve benzeri yiyeceklerin içine katılarak da vücuda alınabilmektedir. Bu şekilde kullanıldığında etkisi daha az ve gecikmeli iken, bağırsaktan emilim dolayısıyla daha uzun sürelidir. Yağda kolay çözünür oldukları için, kannabinoidler vücutta yağlı dokularda birikmekte ve birkaç gün içinde vücuda tekrar salınmaktadırlar. Vücudun tamamen temizlenebilmesi ise 30 günü bulabilmektedir (Ashton, 2001).

Kannabinoidler karaciğerde metabolize olurlar. Önemli metabolitlerden biri olan 11-hidroksi-THC (11-hydroxy-THC) için, THC'den güçlü ve kenevirin bazı etkilerinden de sorumlu olabileceği söylenmiştir. 11-hidroksi-THC ile birlikte bilinen diğer metabolitlerin de uzun yarı-ömürleri vardır ve bunların bir kısmı idrar yoluyla atılsa da çoğunluğu bağırsakta yeniden emilir ve etkilerini devam ettirir. Beyinde ise kannabinoidler çoğunlukla limbik sistem, duyuşal, neokortikal ve motor alanlarda toplanmaktadır. THC'nin, beyinde nükleus akumbens ve prefrontal korteksten dopamin salınımını arttırdığı gösterilmiştir (Tanda ve ark., 1997). Bu durum, eroin, kokain ya da amfetamin gibi birçok uyuşturucu ile ortak bir noktadır ve bunun, kenevirin bağımlılık yapıcı etkisinin temeli olabileceği düşünülmektedir (Ashton, 2001).

İnsan vücudunda kannabinoid reseptörlerinin varlığının keşfedilmesi, beraberinde bu reseptörlerin doğal yollarla etkileşim kurduğu endojen ligandların da varlığının sorgulanmasına sebep olmuştur. 1988'de Devane ve arkadaşlarının çalışması ile fare beyinde kannabinoid reseptörü varlığı gösterilmiştir (Devane ve ark., 1988). Beyinde bu reseptörlerin dağılımları, THC'nin beyinde dağılımıyla yüksek benzerlik göstermektedir (Herkenham, 1990). Çalışmalarına devam eden Devane, 1992'de kannabinoid reseptörlerinin doğal yollarla etkileşim kurduğu maddeyi bulmuştur (Devane ve ark., 1992). Kimyasal olarak bitki kannabinoidlerinden farklı olan ve THC'nin benzeri şeklinde davranan bu endojen yapıya, Sanskritçede mutluluk anlamına gelen, ananda kelimesinden türetilen anandamit (anandamide) adı verilmiştir (Ashton, 2001).

Kenevir insan vücudunda alkolün, sakinleştiricilerin, opiyatların ya da halüsinojenlerin etkilerini birlikte gösterebilir. En belirgin etkisi, mutluluk, hoşnutluk, içinde bulunulan durumdan memnun olma hali oluşturmaktadır. Kullanımıyla anksiyete, gerginlik ve depresyon hali azalır (Ashton, 2001). Webb ve arkadaşlarının (1996) çalışmalarına göre, esrar kullanan kişiler için sebep çoğu zaman sadece keyiftir.

Esrar aynı zamanda algıya, bilişe ve psikomotor işlevlere etki eder. Farklı uyuşturucu/uyarıcı maddelerin etkilerini birlikte gösterebilmesi, bu durumlarda öne çıkmaktadır. Renkler ve müzik kişiye daha canlı gelebilir, zaman daha hızlı akıyormuş algısı oluşabilir. Yüksek dozlarda ise halüsinasyon görülebilir. Kısa süreli hafızada sorunlar, dikkat dağınıklığı, motor koordinasyonda ve tepki süresinde düşüş önemli etkilerdendir (Ashton, 2001). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (1997), esrar ya da esrar ve alkolün kombine etkisi altında araç kullanan kişilerin, trafik kazası geçirme riskinin arttığını gösterecek yeterli veri bulunmaktadır. Esrarın kan şekerini düşürmesi ve güçlü bir açlık hissi oluşturması da bilinen etkileri arasındadır.

Esrarın akciğerler için taşıdığı risk ise sigara kullanımıyla benzerlik göstermekte, bazı durumlarda ise daha büyük tehlike arz etmektedir. İçilen esrar, ciğerler için nikotin haricinde sigara ile benzer zararlı maddeleri içermektedir (Hollister, 1998). Zararın sigaraya göre fazla olduğu durumlarda, esrar dumanının ciğerlere uzun ve derin soluklarla çekilmesi ve filtresiz içme gibi kullanım farklarının etkili olduğu düşünülmektedir (Ashton, 2001). Bronşit ve anfizem gibi hastalıklar için ise, kronik esrar kullanımında günde 3-4 kenevir sigarasının, günde 20 ya da daha fazla tütün sigarasına denk olduğu gösterilmiştir (Benson ve Bentley, 1995).

Kenevirin uzun süreli etkileri de araştırılmış konular arasındadır. Esrarın etkilerine tolerans geliştirildiği ve kullanımın bırakılmasında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıktığı, Jones (1983), Kouri ve arkadaşlarının (1999) çalışmalarında gösterilmiştir (Jones, 1983; Kouri ve ark., 1999). Hall ve arkadaşlarının (1994) çalışmasına göre, kronik kullanıcılar esriklik (entoksikasyon/intoksikasyon) dönemleri dışında da esrarın bozucu etkilerini yaşamaya devam etmektedir. Dikkat ve hafıza gibi bilişsel işlevlerin, uzun süreli bozulabildiği saptanmıştır (Hall ve ark., 1994). Solowij'e (1998) göre ise bu etkiler kullanımın bırakılmasından aylar hatta yıllar sonra devam edebilmektedir. Kullanıldığında alkol, opiyat gibi maddelerin etkilerine benzer etkiler yapan esrar, yoksunluk döneminde de yine bu maddelere benzer etkiler göstermektedir. Uykusuzluk ve öfke artışı, esrar için en bilinen yoksunluk belirtilerindendir. Ek olarak anksiyete, huzursuzluk, kaslarda titreme ve anoreksiya görülebilmektedir (Jones, 1983).

Temel kullanım sebeplerinden olan öforik etkilerinin yanında, esrar tersine disforik etkilere de sahiptir. Yeni kullanıcılarda ya da halihazırda endişeli kişilerde paranoya, psikoz, panik ya da şiddetli anksiyeteye sebep olabilir. Bu etkiler kullanılan doza bağlı olarak görülebilmektedir. Esrarın kullanım dozu, genel madde kullanımı konusunda önemli bir unsurdur. Esrarın "başlangıç maddesi" ya da "diğer maddelere geçiş maddesi" olarak görülmesinde, akut toksisitesinin düşük olması bir etkidir. Bugüne kadar akut kenevir kullanımına bağlı bir ölüm rapor edilmemiştir (Ashton, 2001). Bu durum, kullanıcıların zamanla daha güçlü uyuşturucu etki için kullanımında ölüm riskinin yüksek olduğu maddelere (eroïn vb.) yönelmesine sebep olabilmektedir.

Esrar kullanımının yakın zamanda genel nüfusta yaygınlaştığı dönem 1960 ve 1970'lerdir. Esrar ile ilgili yapılmış olan araştırmaların önemli kısmı da 1970'lerde gerçekleştirilmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 1997). 1960 ve 1970'lerde, sarılan bir kenevir sigarasındaki THC miktarı yaklaşık olarak 10 mg iken, günümüzde bu miktar tek bir sarma sigara için 150 mg civarına ulaşabilmekte, haşış yağı ile bu sayı 300'e çıkabilmektedir. Bu durum, günümüz esrar kullanıcısının 60 ve 70'lerdeki kullanıcıya göre daha fazla zarara maruz kalıyor olabileceğini göstermektedir (Ashton, 2001; Dünya Sağlık Örgütü, 1997; Gold, 1991; Schwartz, 1991; Solowij, 1998). Bu bilgilere göre, günümüz esrar sigaralarından 11 ila 21 gün boyunca, günde 1-2 tane içilmesi, yoksunluk belirtilerinin net bir şekilde gözlenebilmesi için yeterli olmaktadır (Jones, 1983).

## 2.4. Esrar Kullanımı ve Sıkıntıya Dayanıksızlık

Simons ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen Marihuana Güdüleri leği'nde (Marijuana Motives Measure), esrar kullanımı için 5 güdü (faktör) gösterilmiştir. Bunlar; olumlu duygudurumu artırma (enhancement), baş etme (coping), sosyalleşme (social), uyum sağlama (conformity) ve gelişme (expansion) faktörleridir (Cooper, 1994; Simons ve ark., 1998). Baş etme faktörü, sıkıntıya dayanıksızlık ve olumsuz duyguları hafifletme ile yakından ilişkilidir ve sıkıntıya dayanıksızlığın madde kullanımı ile ilişkilendirilmesinde önemli yere sahiptir (Simons ve Gaher, 2005).

2009 yılında Zvolensky ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, esrar kullanan kişilerde sıkıntıya dayanıksızlık, anksiyete duyarlılığı ve panik atakların, esrar kullanımında başa çıkma ve uyum sağlama faktörlerine göre ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonuçlarında, anksiyete duyarlılığı için başa çıkma ve uyum sağlama faktörleri ile sıkıntıya dayanma için ise yalnızca başa çıkma faktörü ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

2007 yılında Buckner ve arkadaşları, alkol ve esrar kullanan kişilerde sıkıntıya dayanma, rahatsızlığa dayanma ve depresyonun etkilerini incelemiştir. Yazarlara göre, depresyonun sorunlu alkol ve esrar kullanımı ile ilişkisini aydınlatmak, alkol ve esrar kullanımına karşı nleme ve tedavi yöntemleri geliştirmede önemlidir. Çalışmada sıkıntıya ya da rahatsızlığa dayanıksızlığın, depresyondaki kişilerde alkol ya da madde kullanım davranışına sebep olabilecek etkenler olabileceği düşünülmüştür. Araştırmada SD lm için SD kullanılmıştır. Sonuçlarda sıkıntıya dayanmanın, depresyonun alkol ve esrar sorunları ile ilişkisinde için arabulucu rolde olduğu gösterilmiştir. Ek olarak sıkıntıya dayanmanın, alkol ve esrar sorunları, artan alkol miktarı ve artan esrar kullanım sıklığı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki içinde olduğu saptanmıştır.

Sıkıntıya dayanma ile ilişkisi incelenen bir diğer alan travma sonrası stres bozuklukları ve bu bozukluklardaki başa çıkma davranışlarıdır. TSSB'nin esrar kullanımı ile ilişkisi daha önceki araştırmalarla biliniyorken (Bremner ve ark., 1996; Bonn-Miller ve ark., 2007; Bonn-Miller ve ark., 2010), bu durumun nedensel dinamikleri yeteri kadar açıklanmamıştır. Buradan hareketle 2011 yılında Potter ve arkadaşları tarafından, SD'nin travma sonrası stres (TSS) belirti şiddeti ve esrar kullanımı yoluyla başa çıkma güdüleri arasındaki arabulucu rolü incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre SD, TSS belirti şiddeti ile istatistiksel olarak anlamlı ölçüde pozitif ilişki içindedir. Ayrıca düşük sıkıntıya dayanma düzeyinin, TSSB ve başa çıkma

amaçlı esrar kullanımı ilişkisinde istatistiksel olarak anlamlı derecede etkili olduğu, SD kapasitesi düşük kişilerin travma sonrası stres belirtileri karşısında esrar kullanımına başvurma ihtimallerinin olduğu gösterilmiştir (Potter ve ark., 2011).

Bujarski ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılan araştırmada, sıkıntıya dayanmanın esrar kullanımına bağlı sorunlar üzerindeki rolü ve bu alanda cinsiyetler arasındaki fark incelenmiştir. Araştırma sonuçlarında, SD kapasitesi düşük kişilerin istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla esrar kullanımına bağlı sorun yaşadıkları gösterilmiştir. Kadın kullanıcılar için başa çıkma güdülerinin, esrar kullanımında istatistiksel olarak erkeklerde olduğundan daha etkili olduğu saptanmıştır (Bujarski ve ark., 2012). Başa çıkma güdülerinin esrar kullanımındaki etkisini gösteren bu sonuç, önceki çalışmalarla da uyumludur (Cooper, 1994; Norberg ve ark., 2010). Erkeklerle kıyasla, kadınlarda olumsuz duygulanımın, nüks için istatistiksel olarak daha etkin bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Hodgins ve ark., 1995; McKay ve ark., 1996; Sun, 2007).

2016 yılında, sıkıntıya dayanmanın başa çıkma amaçlı esrar kullanımı ile ilişkisini aydınlatmayı hedefleyen bir başka çalışmada, esrar kullanımı için tedavi arayışında olan bir katılımcı grubu örneklem olarak kullanmıştır. Araştırmada SD, öz bildirim yolu ile SDÖ kullanılarak ölçülmüştür. Sonuçların, önceki çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüştür. Sıkıntıya dayanma, başa çıkma amaçlı esrar kullanımı ile istatistiksel olarak anlamlı ölçüde ilişkili bulunmuş, sıkıntıya dayanıklılık düştükçe, esrar kullanımında artış olduğu gösterilmiştir (Semcho ve ark., 2016).

SD ve esrar kullanım ilişkisini inceleyen bu tez çalışmasının yapısı belirlenirken, bu konuda yapılmış çalışmalardan yararlanılmıştır. Sonuçların nitel olarak karşılaştırılabilir olması amacıyla, araştırma yöntemi Özdel ve Ekinci'nin 2014 yılındaki çalışmasına benzer şekilde planlanmıştır. Elde edilen verilerin çalışmalar arasında karşılaştırılabilir olması ile sıkıntıya dayanma hakkında literatüre katkı sağlanabilmesi hedeflenmiştir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 3.1. Araştırma Modeli

Sıkıntıya dayanma ile esrar kullanımı arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışma, değişkenler arasındaki ilişkinin ortaya konabilmesi için korelasyonel desende yürütülmüştür. Korelasyonel desen, değişkenlerin birlikte değişim gösterip göstermediklerini ve varsa bu değişimin derecesini belirlemek için kullanılan bir araştırma modelidir (Karasar, 2014). Katılımcıların, demografik bilgilerine göre gruplara ayrılabilirdiği durumlarda (medeni durum, çocuk sahibi olma, psikolojik/psikiyatrik tedavi geçmişi, madde nedeniyle hastane yatışı, maddenin kullanıldığı ortam) fark testleri kullanılarak, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaların olup olmadığı saptanmaya çalışılmıştır.

#### 3.2. Araştırma Örnekleme

Katılımcılarda esrar kullanımı ya da esrar kullanım geçmişi şartı aranmıştır. Literatürdeki çalışmalardan da yola çıkılarak (örn. Simons ve Gaher, 2005), yaşam boyu yalnızca bir kez esrar kullanımı da, sıkıntıya dayanma ile ilişkisinin incelenmesi için yeterli görülmüş ve çalışmaya dahil edilmiştir. Bu amaçla örneklem, Kilis Denetimli Serbestlik Müdürlüğü'nde, Ocak 2017 – Kasım 2017 tarihleri arasında yükümlülüklerini yerine getiren ve madde kullanımı sebebiyle eğitim ve iyileştirme çalışmalarına tabi tutulmuş kişilerden oluşturulmuştur. Araştırmaya 66 erkek katılmıştır. Gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilmiş bu çalışmada katılımcılar, anketleri doldurmadan önce hem sözlü hem de yazılı olarak bilgilendirilmiştir ve katılımcıların imzalı onayları alınmıştır.

#### 3.3. Veri Toplama Araçları

##### 3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcılar hakkında temel bilgilerin alınması amacıyla hazırlanmış sosyodemografik bilgi formu ile yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuklu olup olmama ve daha önce herhangi bir psikiyatrik ya da psikolojik tedavi görülüp görülmediği bilgileri alınmıştır. Madde kullanımına başlangıç yaşı, madde kullanımı sebebiyle hastane yatışının olup olmadığı, ailede madde kullanımının olup olmadığı ve maddenin çoğunlukla ne tür bir ortamda (arkadaşlara/yalnız) kullanıldığı bilgileri de demografik bilgilere dahil edilmiştir.



### 3.3.2. Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ - Kısa)

Araştırmada katılımcıların esrar kullanım davranışları hakkında ölçüm yapabilmek için kullanılan temel ölçek Bağımlılık Profil İndeksi – Kısa Formu'dur. Kısa formun kullanılmasındaki temel sebepler, örneklem için öngörülen düşük eğitim seviyesi ve yavaş okuma hızı ile adli bir sürece tabi olan katılımcıların, bu durumda uzun bir anket çalışması için yeterli motivasyonu göstermeme ihtimalidir. BAPİ'yi bu uygulamaya uygun kılan bir etken, ölçek geliştirilirken kullanılan örnekleme, cezaevinde kalmakta olan mahkumların da katılmış olmasıdır. Kısa formun oluşturulduğu çalışmanın örnekleminde ise katılımcıların tamamı cezaevlerinden seçilmiştir. (Ögel ve ark., 2012; Ögel ve ark., 2015).

BAPİ, bağımlılığın şiddetinin, madde kullanım özelliklerinin ve kullanıma bağlı sorunların değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar madde kullanım özellikleri, bağımlılık tanı ölçütleri, madde kullanımının kişinin yaşamına olumsuz etkisi, şiddetli madde kullanma isteği ve madde kullanımını bırakma motivasyonudur. Kısa formda madde kullanım özellikleri 12, bağımlılık tanı ölçütleri 4, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi 5, şiddetli madde kullanma isteği 1 ve madde kullanımını bırakma motivasyonu yine 1 soru ile ölçülmektedir. 5'li likert tipinde hazırlanmış 37 soruluk ölçeğin kısa formunda 22 soru bulunmaktadır ve cevap seçenekleri 3'lü likert ("Hiçbir zaman", "En az bir kez kullandım", "Üçten fazla kez"; "Hiçbir zaman", "Bazen", "Neredeyse her zaman") tipindedir (Ögel ve ark., 2012; Ögel ve ark., 2015).

Güvenilirlik hesaplarında BAPİ-Kısa için Cronbach alfanın 0,89 olduğu gösterilmiştir. Ölçeğin madde-toplam puan katsayıları ise 0,66 ve 0,39 arasındadır. Geçerlik hesaplamaları için açıklayıcı faktör analizi yapılmış, özdeğeri 1'den büyük ve toplam varyansın %60,3'ünü açıklayan iki faktör bulunmuştur. İlk faktör alkol veya madde kullanım özellikleri ile ilgili iken, ikinci faktörde bağımlılık ve kötüye kullanım soruları yer almıştır. BAPİ-Kısa'nın diğer ölçeklerle korelasyon hesaplarında,  $p < 0.01$  düzeyinde anlamlı, BAPİ ile 0,96; CAGE ölçekleri ile 0,80; AUDIT ile 0,81 değerleri saptanmıştır. BAPİ – Kısa için kesme noktalarının, AUDIT ölçeği temel alındığında 2, CAGE 1 ölçeği temel alındığında 3 olduğu gösterilmiştir. (Ögel ve ark., 2015).

### 3.3.3. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ)

2005'te Simons ve Gaher tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Sargın ve arkadaşları tarafından 2012'de gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın

yapılmasındaki nedenlerden biri, o zamana kadar sıkıntıyı ölçmede kullanılacak Türkçe ölçek sayısındaki sınırlılıktır (Sargın ve ark., 2012).

SDÖ bir öz bildirim ölçeğidir. Laboratuvar ortamlarında, davranışsal deneylerle kişilerin sıkıntı durumlarında ne kadar devamlılık gösterebildiğini ölçen testlerden farklı olarak, SDÖ bireyin kendi sıkıntıya dayanma kapasitesi hakkındaki algısını temel alır. Katılımcı 5’li likert (“Hiç katılmıyorum”, “Pek katılmıyorum”, “Ne katılıyorum ne katılmıyorum”, “Oldukça katılıyorum”, “Tamamen katılıyorum”) tipinde hazırlanmış 15 soruyu cevaplar. Sonuçlar hesaplandığında tek bir puan, kişinin sıkıntıya dayanma kapasitesi hakkında fikir verir. Puan yükseldikçe sıkıntıya dayanma kapasitesi artmaktadır. Orijinal ölçek dört alt grupta ölçüm yapmaktadır. Bunlar duygusal sıkıntıyı tolere etme (Tolerans), sıkıntının öznel olarak değerlendirilmesi (Değerlendirme), sıkıntılı duyguların dikkati çelmesi (Dikkat çelilmesi) ve sıkıntıyı azaltmak için gösterilen düzenleme çabalarıdır (Regülasyon). Türkçe geçerlik çalışmasında SDÖ’nün 3 faktörlü olduğu gösterilmiştir. Bu faktörler tolerans (1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12 ve 15 numaralı maddeler), regülasyon (8,13 ve 14 numaralı maddeler) ve öz yeterlilik (6, 7 ve 9 numaralı maddeler) olarak adlandırılmışlardır. Esas çalışma yapılırken, olumlu ve olumsuz duygulanım Genel Mizaç Anketi (General Temperant Survey) ile, duygulanım değişkenliği Afektif Değişkenlik Ölçeği (Affective Lability Scale) ile ölçülmüştür. Ek olarak duygudurumun kabullenilmesi ve düzenlenmesi, alkol-esrar için kullanım nedenleri (güdüleri) ve ömür boyu alkol ve esrar kullanım sıklığı değişkenleri de ölçülmüştür. Türkçeleştirme çalışmasında kullanılan ölçekler ise Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State Trait Anxiety Inventory), Beck Anksiyete Envanteri (Beck Anxiety Inventory) ve Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği’dir (Discomfort Intolerance Scale) (Sargın ve ark., 2012).

Güvenilirlik değerleri ölçeğin tümü için 0,89, alt ölçeklerden tolerans için 0,90, regülasyon için 0,80 ve öz yeterlilik için 0,64 olduğu saptanmıştır. Alt ölçeklerin korelasyonları, kullanılan STAI, BAE ve RDÖ ölçekleri ile 0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterilmiştir. 6 hafta ara ile yapılan test-tekrar test sonucu  $r=0,649$ ’dur ve test-tekrar test arası ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır.

### **3.3.4. Beck Depresyon Envanteri (BDE)**

Referans olarak kullanılan Özdel-Ekinci (2014) çalışmasıyla paralelliğin sağlanabilmesi ve katılımcıların depresyon puanlarının belirlenebilmesi amacıyla, Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır.

BDE, 21 maddeden oluşan ve kişide depresif belirtilerin ciddiyetini ölçen bir öz bildirim ölçeğidir. Kullanımı oldukça yaygındır. Cevaplayan kişi son 1 haftayı düşünerek, önceden belirlenmiş 21 ana başlık altındaki ifadelerden, duygudurumunu en iyi yansıtan seçenekleri işaretleyerek ölçeği tamamlar. Başlıklar depresif durum, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum alamama, suçluluk duyguları, tedirginlik, kararsızlık, sosyal çekilme, ağlama nöbetleri, çalışma inhibisyonu, bedensel imajın çarpıtılması, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, libido kaybı ve somatik meşguliyetler konularına göre ayrılmıştır. Kişi, başlıklar altında 0'dan 3'e kadar sıralanmış, her maddede belirtinin şiddetinin arttığı ifadelerden kendisine en uygun olanı seçer. Toplam puan, depresif duyguların şiddeti hakkında fikir verir. Türkçe ölçek için, orijinalinde olduğu gibi, 17 puan hafif düzeyde klinik depresyon için kesme noktası kabul edilmektedir (Hisli, 1988).

Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması 1988'de Hisli tarafından yapılmıştır. Türkçeye çevrilmiş form test edilirken, iyi derecede İngilizce ve Türkçe iki gruba, birer hafta arayla formun iki şekli de uygulanmıştır. İki form arasındaki korelasyon katsayıları 0,81 ve 0,73 bulunmuştur. Geçerlik çalışmasında, Türkiye'de standardizasyonu yapılmış olan MMPI Depresyon skalasından faydalanılmıştır. BDI ve MMPI-D arasındaki Pearson korelasyon katsayısı  $r=0,63$  bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Bu sonuç, daha önce MMPI-D kullanılarak yapılmış çalışmalarla da uyumludur (Hisli, 1988).

### **3.3.5. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)**

Çalışmada anksiyete ölçümü için Beck Anksiyete Envanteri tercih edilmiştir. BDE gibi 21 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeği olan BAE'de kişinin anksiyete semptomlarının şiddeti ölçülmektedir. Katılımcılar, son 1 hafta içindeki durumlarına göre, 0'dan (Yok) 3'e (Şiddetli) derecelendirmeler yaparak maddeleri cevaplarlar. Sonuçlar 0 ile 63 puan arasında olabilir. Toplamda bu 21 maddeden 4'ü anksiyeteli duygudurumu, 3 tanesi özgül korkuları kalan 14'ü de otonom hiperaktivite, motor gerginlik, yaygın anksiyete ve panik belirtilerini değerlendirmektedir (Ulusoy, ve ark., 1998).

Orijinal ölçeğin iç tutarlılık değeri 0,92, 1 haftalık sürede test-tekrar test değeri ise  $r=0,75$ 'tir. Türkçeye uyarlama çalışmasında BDE, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI), Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Otomatik Düşünceler Ölçeği'nden yararlanılmıştır. Türkçe ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0,93 olduğu saptanmıştır. Madde-toplam puan korelasyon değerleri ise 0,46 ve 0,72 arasındadır. Ölçeğin,  $p<0,001$  düzeyinde STAI-T (Sürekli Kaygı Ölçeği) ile

korelasyonunun 0,45, STAI-S (Durumluk Kaygı Ölçeği) ile korelasyonunun 0,53, BDE ile korelasyonunun ise 0,46 olduğu gösterilmiştir. Yapı geçerliği testlerinin sonunda 2 faktörlü bir sonuca ulaşılmış ve bu faktörler “özel anksiyete” (1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 19 numaralı maddeler) ve “somatik semptomlar” (2, 3, 6, 12, 13, 18, 20 ve 21 numaralı maddeler) olarak adlandırılmışlardır. İlk faktör toplam varyansın %42.1’ini, ikinci faktör ise %7.8’ini açıklamaktadır. İki faktör arası korelasyon değeri  $p < 0,001$  düzeyinde 0,73’tür (Ulusoy ve ark., 1998).

### **3.4. Ölçeklerin Uygulanması ve Verilerin Analizi**

Ölçekler katılımcılara 10 ila 15 kişilik gruplar halinde uygulanmıştır. Uygulamalar Ocak 2017- Kasım 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Adalet Bakanlığı’nın izni ile gerçekleştirilen ve katılımcılar ile ilgili bilgilerin gizli tutulması gereken bu çalışma için, anketlerin uygulanışı hakkında detaylı bilgi verilmesi uygun görülmemektedir. Tüm katılımcılar çalışmalardan önce sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiştir. İmza ile katılımcıların onayları alındıktan sonra çalışmalar başlamış, 20 ila 40 dakikada anketler cevaplanmıştır.

Toplanan verilerin analizinde SPSS 20.0 (Armonk, NY: IBM Corp., 2011) paket programı kullanılmıştır. Betimleyici istatistikler incelendikten sonra, araştırmanın temel sorusu olan, değişkenler arası ilişkilerin sorgulanması amacıyla ölçek ve alt ölçek puanları arasında Pearson korelasyon analizleri uygulanmıştır. Demografik değişkenlerde fark testlerine uygun gruplar arasında bağımsız örneklem t-testleri uygulanmıştır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Araştırmada değişkenler arasındaki istatistiksel ilişkilerin incelenebilmesi için; yaş, madde kullanımına başlangıç yaşı, BAPİ-Kısa ve alt ölçekleri, SDÖ ve alt ölçekleri, BDE ve BAE puanları arasında Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Grup içinde demografik değişkenlere göre sıkıntıya dayanma, esrar kullanımı, depresyon ve anksiyete düzeylerinde anlamlı farklılaşmaların olup olmadığının incelenmesi için bağımsız örneklem *t* testleri uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan kişilerden toplanan demografik bilgiler, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, psikolojik ya da psikiyatrik tedavi geçmişi, madde kullanımına başlangıç yaşı, madde sebebiyle hastaneye yatışı, ailede madde kullanımı öyküsü ve maddenin genellikle kullanıldığı ortamdır. Günlük kullanılan ortalama madde miktarı toplanmak istenen veriler arasında olsa da, yeterli sayıda cevap alınmadığı için bu değişken analizlere dahil edilmemiştir. Örneklemde kadın katılımcı bulunmadığı için, cinsiyet de bir değişken olarak araştırmada yer almamıştır.

#### 4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin betimsel istatistikler Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3.** Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	<b>N</b>	<b>Min. - Max.</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>
Yaş	66	18 – 55	29,59	7,79
		<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okur-yazar		3	4,5	
İlkokul mezunu		19	28,8	
Ortaokul mezunu		31	47	
Lise mezunu		12	18,2	
Üniversite mezunu		1	1,5	
Toplam		66	100	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli		33	50	
Bekar		31	47	
Boşanmış		2	3	
Toplam		66	100	
<b>Çocuk Sahibi Olma</b>				
Evet		28	42,4	
Hayır		38	57,6	
Toplam		66	100	

Araştırmaya katılan kişiler 18 ve 55 yaşları arasındadır. Katılımcıların yaş ortalamasının  $29,59 \pm 7,79$  olduğu saptanmıştır. Madde kullanımına başlangıç için ise ortalama yaşın  $20,17 \pm 5,70$  olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmaya katılan 66 kişinin eğitim durumlarında en çok karşılaşılan eğitim düzeyinin “ortaokul mezunu” olduğu saptanmıştır. Toplam katılımcı sayısının 31’i (%47) bu grupta iken, bunu 19 (%28,8) ile ilkokul, ardından 12 (%18,2) ile lise mezunları, 3 kişi (%4,5) ile okur-yazarlar ve 1 kişi (%1,5) ile çalışmadaki tek üniversite mezunu izlemiştir.

Araştırma örnekleminin medeni durum bilgilerine göre katılımcılardan 33’ü (%50) evli, 31’i (%47) bekar, 2’si (%3) boşanmıştır. Toplam 66 kişinin 28’i (%42,4) çocuk sahibi iken, kalan 38 (%57,6) kişinin çocuğu yoktur.

**Tablo 4. Katılımcıların Klinik Özellikleri**

	N	Min. - Max.	Ort.	SS
Madde Kullanımına Başlangıç Yaşı	66	12 – 40	20,17	5,70
Tahmini Esrar Kullanım Süresi (Yıl)	66	0* – 30	9,47	7,54
	N		%	
<b>Psikolojik/Psikiyatrik Tedavi Geçmişi</b>				
Evet		19	28,8	
Hayır		47	71,2	
Toplam		66	100	
<b>Madde Kullanımı Nedeniyle Hastane Yatışı</b>				
Evet		9	13,6	
Hayır		57	86,4	
Toplam		66	100	
<b>Maddenin Çoğunlukla Kullanıldığı Ortam</b>				
Arkadaş Ortamı		47	71,2	
Yalnız		19	28,8	
Toplam		66	100	

\*Sıfır, katılımcıların aynı yıl madde kullanımına başladığını göstermektedir.

Tablo 4'te görüldüğü gibi, katılımcılardan 47 kişi (%71,2) daha önce herhangi bir psikolojik ya da psikiyatrik tedavi görmemiş iken, 19 kişinin (%28,8) tedavi geçmişi olduğunu saptanmıştır. Toplam 66 kişiden 9'unun (%13,6) madde kullanımı sebebiyle hastane yatışı olduğu, kalan 57 kişinin (%86,4) maddeden dolayı hastane yatışlarının olmadığını görülmüştür.

Katılımcıların esrarı çoğunlukla kullandığı ortamın (arkadaşlarla/yalnız) sorgulandığı soruda, 47 kişi (%71,2) genellikle arkadaş ortamı, 19 kişi (%28,8) genellikle yalnız kullanım cevabını vermiştir.

Analizler sırasında, katılımcıların yaşları ve madde kullanımına başladıkları yaşları arasındaki fark hesaplanarak tahmini bir esrar kullanım süresine ulaşılmaya çalışılmıştır.

Analiz sonuçlarında katılımcı grubun tahmini esrar kullanım süresi ortalamasının  $9,47 \pm 7,54$  olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların madde kullanım davranışları Bağımlılık Profil İndeksi – Kısa Formu (BAPİ-Kısa) ve demografik değişkenler ile sıkıntıya dayanıklılıkları Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ) ile ölçülmüştür. Depresyon ve anksiyete değerleri için Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) kullanılmıştır. Uygulanan ölçek ve alt ölçeklere dair betimleyici istatistikler Tablo 5’te sunulmuştur.

**Tablo 5.** Çalışmadaki Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Betimleyici İstatistikleri

	N	Min. – Max.	Ort.	SS	Çarpıklık	Basıklık
<b>BAPİ-KISA</b>						
Kullanım Sıklığı	66	0 – 19	3,17	3,42	3,01	10,45
Tanı	66	0 – 7	2,62	2,11	0,40	-0,96
Yaşama etkileri	66	0 – 10	3,98	2,69	0,39	-0,78
Şiddetli İstek	66	0 – 2	0,53	0,61	0,70	-0,42
Motivasyon	66	0 – 2	1,62	0,65	-1,50	1,02
Toplam Puan	66	0 – 9	3,91	1,82	0,076	0,29
<b>SDÖ</b>						
Tolerans	66	9 – 45	30,70	8,27	-0,28	-0,26
Regülasyon	66	3 – 15	9,30	3,61	-0,16	-1,09
Özyeterlilik	66	4 – 15	10,39	2,73	-0,26	-0,001
Toplam Puan	66	19 – 75	50,44	12,11	-0,13	-0,14
<b>Dep. ve Ank.</b>						
BDE Puanı	66	0 – 39	12,08	9,85	0,88	0,14
BAE Puanı	66	0 – 61	8,08	11,04	2,41	7,44

Dep.: Depresyon, Ank.: Anksiyete.

Araştırmada kullanılan Sıkıntıya Dayanma Ölçeği için kesme değeri bulunmamaktadır. Çalışmada SDÖ için, ölçeğin Türkçe formundaki alt ölçeklere bağlı kalınmıştır. 66 kişilik örnekleme SDÖ toplam puanı ortalamasının  $50,44 \pm 12,11$  olduğu saptanmıştır. SDÖ tolerans alt ölçeği ortalama puanı  $30,70 \pm 8,27$ , regülasyon alt ölçeği ortalaması  $9,30 \pm 3,61$  ve özyeterlilik alt ölçeği ortalaması  $10,39 \pm 2,73$ 'tür. Araştırmada BAPİ-Kısa toplam puan



ortalamasının  $3,91 \pm 1,82$  olduğu saptanmıştır. BAPİ-Kısa alt ölçeklerinden madde kullanım sıklığı puan ortalaması  $3,17 \pm 3,42$ , tanı alt ölçeği puan ortalaması  $2,62 \pm 2,11$ , maddenin yaşama olumsuz etkileri alt ölçeği puan ortalaması  $3,98 \pm 2,69$ 'dur. BAPİ-Kısa formunda birer madde ile ölçülen madde kullanımı için şiddetli istek ortalama puanının  $0,53 \pm 0,61$  ve motivasyon ortalama puanının  $1,62 \pm 0,65$  olduğu saptanmıştır. Katılımcıların BDE puan ortalaması  $12,08 \pm 9,85$ , BAE puan ortalaması  $8,08 \pm 11,04$ 'tür.

#### **4.2. Madde Kullanımına İlişkin Özellikler ve Psikolojik Etkenler**

Araştırmanın ölçek ve alt ölçek puanlarından oluşan değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla, elde edilen veriler arasında Pearson korelasyon testleri uygulanmıştır.



**Tablo 6.** Pearson Korelasyon Analizleri

	Yaş	Mad. Yaş.	Mad. Kul.	Tanı	Yaşama Et.	BAPİ Puanı	Tolerans	Regülasyon	Öz yet.	SDÖ Puanı	BDE Puanı
Yaş											
Mad. Yaş	0,39**										
<b>BAPİ-Kısa</b>											
Mad. Kul.	0,07	-0,35**									
Tanı	0,03	-0,35**	0,45**								
Yaşama Et.	0,12	-0,40**	0,49**	0,74**							
BAPİ Puanı	-0,04	-0,40**	0,57**	0,85**	0,76**						
<b>SDÖ</b>											
Tolerans	-0,19	-0,02	-0,14	-0,34**	-0,30*	-0,29*					
Regülasyon	-0,01	-0,11	-0,09	-0,26*	-0,24*	-0,22	0,63**				
Öz yet.	-0,05	0,03	-0,10	-0,30*	-0,16	-0,19	0,35**	0,28*			
SDÖ Puanı	-0,13	-0,04	-0,15	-0,36**	-0,31*	-0,31*	0,94**	0,79**	0,53**		
BDE Puanı	0,25*	-0,20	0,44**	0,56**	0,55**	0,49**	-0,44**	-0,25*	-0,30*	-0,44**	
BAE Puanı	0,18	-0,20	0,33**	0,33**	0,40**	0,42**	-0,35**	-0,16	-0,09	-0,29*	0,52**

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

BAPİ-Kısa: Bağımlılık Profili İndeksi Kısa Formu, SDÖ: Sıkıntıya Dayanma Ölçeği, BDE: Beck Depresyon Envanteri, BAE: Beck Anksiyete Envanteri, Mad. Yaş: Madde kullanımına başlangıç yaşı, Mad. Kul.: Madde kullanım sıklığı alt ölçeği, Yaşama Et.: Yaşam üstüne olumsuz etki alt ölçeği, Öz yet.: Öz yeterlilik alt ölçeği.

Tabloda gösterilen tüm değerler, (r) değerleridir.

Demografik değişkenlerden yaş ile madde kullanımına başlangıç yaşı ( $r = .39, p < .01$ ) ve BDE puanı ( $r = .25, p < .05$ ) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. Madde kullanımına başlangıç yaşı ile madde kullanım sıklığı ( $r = -.35, p < .01$ ), tanı ( $r = -.35, p < .01$ ), maddenin yaşam üstüne etkileri ( $r = -.40, p < .01$ ) alt ölçekleri ve BAPİ toplam puanı ( $r = -.40, p < .01$ ) arasında negatif yönde istatistiksel düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

BAPİ madde kullanım sıklığı ile BAPİ tanı alt ölçeği ( $r = .45, p < .01$ ), maddenin yaşama olumsuz etkileri alt ölçeği ( $r = .49, p < .01$ ), BAPİ toplam puanı ( $r = .57, p < .01$ ), BDE puanı ( $r = .44, p < .01$ ) ve BAE puanı ( $r = .33, p < .01$ ) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. Tanı alt ölçeği ile maddenin yaşam üstüne etkileri ( $r = .74, p < .01$ ), BAPİ toplam puanı ( $r = .85, p < .01$ ), BDE puanı ( $r = .56, p < .01$ ) ve BAE puanı ( $r = .33, p < .01$ ) arasında pozitif yönde, SDÖ tolerans alt ölçeği ( $r = -.34, p < .01$ ), regülasyon alt ölçeği ( $r = -.26, p < .05$ ), öz yeterlilik alt ölçeği ( $r = -.30, p < .05$ ) ve toplam SDÖ puanı ( $r = -.36, p < .01$ ) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. Maddenin yaşama olumsuz etkileri alt ölçeği ile BAPİ puanı ( $r = .76, p < .01$ ), BDE puanı ( $r = .55, p < .01$ ) ve BAE puanı ( $r = .40, p < .01$ ) arasında pozitif, SDÖ tolerans alt ölçeği ( $r = -.30, p < .05$ ), regülasyon alt ölçeği ( $r = -.24, p < .05$ ) ve SDÖ puanı ( $r = -.31, p < .05$ ) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. BAPİ toplam puanı ile, SDÖ tolerans alt ölçeği ( $r = -.29, p < .05$ ) ve SDÖ toplam puanı ( $r = -.31, p < .05$ ) arasında negatif, BDE puanı ( $r = .49, p < .01$ ) ve BAE puanı ( $r = .42, p < .01$ ) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Sıkıntıya Dayanma Ölçeği tolerans alt ölçeği ile regülasyon ( $r = .63, p < .01$ ) ve öz yeterlilik ( $r = .35, p < .01$ ) alt ölçekleri ve SDÖ toplam puanı ( $r = .94, p < .01$ ) arasında pozitif yönde, BDE ( $r = -.44, p < .01$ ) ve BAE ( $r = -.35, p < .01$ ) puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. Regülasyon alt ölçeği ile öz yeterlilik alt ölçeği ( $r = .28, p < .05$ ) ve SDÖ puanı ( $r = .79, p < .01$ ) arasında pozitif yönde, BDE puanı ( $r = -.25, p < .05$ ) arasında ise negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. Öz yeterlilik alt ölçeği ile SDÖ puanı ( $r = .53, p < .01$ ) arasında pozitif yönde, BDE puanı ( $r = -.30, p < .05$ ) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. SDÖ puanı ile BDE ( $r = -.44, p < .01$ ) ve BAE ( $r = -.29, p < .05$ ) puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. Son olarak BDE puanı ile BAE puanı ( $r = .52, p < .01$ ) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon görülmüştür.

**Tablo 7.** Esrar Kullanım Süresi İçin Pearson Korelasyon Değerleri

	<b>Esrar kullanım süresi</b>
<b>BAPİ-Kısa</b>	
Madde Kul. Sık.	0,34**
Tanı	0,29*
Yaşama Olums. Etki	0,42**
BAPİ Puanı	0,25*
<b>SDÖ</b>	
Tolerans	-0,17
Regülasyon	0,09
Öz yeterlilik	-0,08
SDÖ Puanı	-0,09
BDE Puanı	0,40**
BAE Puanı	0,33**

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

Madde Kul. Sık.: Madde kullanım sıklığı,  
Yaşama Olums. Etki: Yaşama Olumsuz Etki.

Analizlerde, tahmini esrar kullanım süresi ile BAPİ puanı ( $r = .25$ ,  $p < .05$ ), madde kullanım sıklığı ( $r = .34$ ,  $p < .01$ ), tanı ( $r = .29$ ,  $p < .05$ ) ve yaşam üstüne etki ( $r = .42$ ,  $p < .01$ ) alt ölçekleri, depresyon ( $r = .40$ ,  $p < .01$ ) ve anksiyete ( $r = .33$ ,  $p < .01$ ) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Tahmini esrar kullanım süresi ile SD arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir.

#### **4.3. Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Gruplar Arasındaki Farklar**

Çalışmaya katılan 66 kişinin demografik özelliklerinden yaş, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, psikolojik/psikiyatrik tedavi geçmişi, madde sebebiyle hastane yatış öyküsü ve maddenin çoğunlukla kullanıldığı durum değişkenlerinin ölçek puanlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için Bağımsız Örneklem  $t$  Testleri yapılmıştır.

**Tablo 8.** Bağısız Örneklem *t* Testleri

		N	Ort.	SS	<i>t</i>
<b>Medeni Duruma Göre Gruplar</b>					
BDE Puanları	Evli	33	14,85	10,87	2,29*
	Bekar	31	9,32	8,08	
<b>Çocuklu Olma Durumuna Göre Gruplar</b>					
SDÖ-Tolerans	Evet	28	27,75	8,31	-2,59*
	Hayır	38	32,87	7,64	
SDÖ Puanları	Evet	28	46,75	11,71	-2,18*
	Hayır	38	53,16	11,84	
BDE Puanları	Evet	28	15,29	10,92	2,34*
	Hayır	38	9,71	8,38	
<b>Psikolojik/Psikiyatrik Tedavi Geçmişine Göre Gruplar</b>					
BAPİ-Mad. Kul.	Evet	19	6,00	5,20	5,00**
	Hayır	47	2,02	1,15	
BAPİ-Tanı	Evet	19	3,84	2,09	3,19**
	Hayır	47	2,13	1,93	
BAPİ-Yaşama Olumsuz Et.	Evet	19	5,84	2,41	3,93**
	Hayır	47	3,23	2,45	
BAPİ Puanları	Evet	19	4,89	2,00	2,94**
	Hayır	47	3,51	1,61	
BDE Puanları	Evet	19	16,95	8,77	2,67**
	Hayır	47	10,11	9,67	
<b>Madde Sebebiyle Hastane Yatışına Göre Gruplar</b>					
BAPİ-Mad. Kul.	Evet	9	7,67	6,86	4,95**
	Hayır	57	2,46	1,76	
BAPİ-Yaşama Olumsuz Et.	Evet	9	5,78	2,99	2,20*
	Hayır	57	3,70	2,56	
<b>Maddenin Çoğunlukla Kullanıldığı Duruma Göre Gruplar</b>					
BAE Puanları	Arkadaş.	47	6,23	10,19	-2,19*
	Yalnız	19	12,63	12,04	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Arkadaş.: Arkadaş ortamında, BAPİ-Mad. Kul. BAPİ-Madde kullanım sıklığı alt ölçeği, BAPİ-Yaşama Olumsuz Et.: BAPİ-Yaşama olumsuz etki alt ölçeği.

Medeni durum değişkeni için, katılımcılardan yalnızca 2'si boşanmış olduğundan, evli ve bekar grupları sırasıyla 33 ve 31 kişiden oluşmaktadır. Analiz sonuçlarına göre evli grubun BDE puan ortalaması ( $14,85 \pm 10,87$ ) ile bekar grubun BDE puan ortalaması ( $6,81 \pm 7,91$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fark vardır ( $t = 2,29, p < .05$ ). Medeni durum grupları için depresyon dışında anlamlı fark görülen değişken olmamıştır (Bkz.: Tablo 8).

Katılımcılar çocuk sahibi olup olmama durumlarına göre gruplandıklarında, SDÖ tolerans alt ölçeğinde, 28 kişiden oluşan çocuklu katılımcıların puan ortalaması ( $27,75 \pm 8,31$ ) ile 38 kişilik çocuksuz katılımcı grubunun puan ortalaması ( $32,87 \pm 7,64$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fark saptanmıştır ( $t = -2,59, p < .05$ ). SDÖ toplam puan ortalamalarında, çocuklu katılımcıların puan ortalamaları ( $46,75 \pm 11,71$ ) ile çocuksuz katılımcıların ( $53,16 \pm 11,84$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ( $t = -2,18, p < .05$ ). Grupların BDE puanlarına bakıldığında, çocuk sahibi grubun ortalama puanı ile ( $15,29 \pm 10,92$ ) çocuksuz grubun ortalama puanı ( $9,71 \pm 8,38$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ( $t = 2,34, p < .05$ ). SDÖ tolerans, SDÖ toplam ve BDE puanları dışında çocuk sahibi olup olmama için istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. (Bkz.: Tablo 8).

Örneklemede psikolojik/psikiyatrik tedavi geçmişi olan katılımcı sayısı 19, tedavi görmemiş katılımcıların sayısı ise 47'dir. İki grubun, BAPİ-Kısa formu madde kullanım sıklığı alt ölçeği puanlarına bakıldığında, tedavi geçmişi olan grubun puan ortalaması ( $6,00 \pm 5,20$ ) ile tedavi görmemiş grup ortalaması ( $2,02 \pm 1,15$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ( $t = 5,00, p < .01$ ). Tanı alt ölçeği için tedavi görmüş grubun puan ortalaması ( $3,84 \pm 2,09$ ) ile tedavi görmemiş grup ortalaması ( $2,13 \pm 1,93$ ) arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ( $t = 3,19, p < .01$ ). Maddenin yaşama olumsuz etkileri alt ölçeği için tedavi görmüş grubun puan ortalaması ( $5,84 \pm 2,41$ ) ile tedavi görmemiş grubun puan ortalaması ( $3,23 \pm 2,45$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ( $t = 3,93, p < .01$ ). Grupların BAPİ toplam puanlarına bakıldığında, tedavi görmüş grubun puan ortalaması ( $4,89 \pm 2,00$ ) ile tedavi geçmişi olmayan grubun ortalama puanı ( $3,51 \pm 1,61$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. BDE puanları için tedavi görmüş grubun puan ortalaması ( $16,95 \pm 8,77$ ) ile tedavi görmemiş grup puan ortalaması ( $10,11 \pm 9,67$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $t = 2,67, p < .01$ ). BDE, BAPİ-Kısa ölçeği toplam puanı, madde kullanım sıklığı, tanı ve maddenin yaşama olumsuz etkileri dışında tedavi geçmişi için anlamlı fark gözlenmemiştir (Bkz.: Tablo 8).

Katılımcılarda madde kullanımı sebebiyle hastane yatışının olup olmadığı sorusuna 9 kişi evet, kalan 57 kişi ise hayır cevabını vermiştir. Bu iki grup arasında yapılan fark testlerinde, madde kullanım sıklığı için hastane yatışı olan grup ortalama puanı ( $7,67 \pm 6,86$ ) ile hastane yatışı olmayan grup ortalaması ( $2,46 \pm 1,76$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ( $t = 4,95, p < .01$ ). BAPİ yaşama olumsuz etki alt ölçeğinde için, hastane yatışı olan grubun ortalama puanı ( $5,78 \pm 2,99$ ) ile hastane yatışı olmayan grubun puan ortalaması ( $3,70 \pm 2,56$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $t = 2,20, p < .05$ ). Madde kullanımı sebebiyle hastane yatışı için yalnızca BAPİ madde kullanım sıklığı ve maddenin yaşama olumsuz etkileri alt ölçeklerinde anlamlı fark gözlenmiştir (Bkz.: Tablo 8).

Gruplar arasında anlamlı farklılıkların bulunduğu bir başka değişken, maddenin çoğunlukla kullanıldığı ortamdır. Araştırmaya katılan 66 kişiden 47'si maddeyi çoğunlukla arkadaş ortamında, 19'u ise çoğunlukla yalnız kullanmaktadır. Arkadaş ortamında madde kullanan grubun BAE puan ortalaması ( $6,23 \pm 10,19$ ) ile yalnız madde kullanan grubun puan ortalaması ( $12,63 \pm 12,04$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fark saptanmıştır ( $t = -2,19, p < .05$ ). Maddenin kullanıldığı ortam için, anksiyete puanları dışında anlamlı fark gözlenen bir ölçek olmamıştır (Bkz.: Tablo 8).

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

#### 5.1. Demografik Özellikler

Yapılan korelasyon analizlerine göre, yaş ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde korelasyon bulunan değişkenlerden biri, madde kullanımına başlangıç yaşıdır. Katılımcıların yaşları düştüğünde, madde kullanımına başlama yaşlarının da düştüğü gözlemlenmiştir. Bu sonuç örneklem içinde, madde kullanımına başlama yaşının zaman içinde küçüldüğünü göstermektedir. Giderek daha erken yaşlarda başlayan madde kullanımı, uyuşturucu ve uyarıcı kullanımının dünya genelinde yaygınlaşmakta olduğunu gösteren çalışmalarla uyumludur (UNODC, 2017).

Depresyon (BDE puanı), yaş ile pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki içinde olan diğer değişken olarak saptanmış, yaş arttıkça, depresyon şiddetinin de arttığı gözlemlenmiştir. Yaş değişkeni yalnızca madde kullanımına başlangıç yaşı ve depresyon puanları ile istatistiksel açıdan anlamlı ilişki içinde bulunmuş, çalışmadaki diğer değişkenlerle arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

Korelasyon analizlerinde kullanılan bir diğer demografik değişken, katılımcıların madde kullanmaya başladıkları yaşlarıdır. Katılımcı grup için bu yaş ortalaması 20'dir. Madde kullanımına başlama yaşı ile BAPİ ölçeğinin toplam puanı ve tüm alt ölçekleri arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkili saptanmıştır. Katılımcıların madde kullanımına başlama yaşı düştükçe, esrar kullanımı (BAPİ toplam puanı), esrar kullanım sıklığı (BAPİ madde kullanım sıklığı alt ölçeği), esrar bağımlılığı (BAPİ tanı alt ölçeği) ve esrarın yaşama olumsuz etkilerinin (BAPİ yaşama etki alt ölçeği) arttığı gözlemlenmiştir. Madde kullanımının erken başlaması, tolerans ve bağımlılık gelişimi için daha fazla zaman anlamına gelmektedir (Jones, 1983; NIDA, 2007). Örnekleme yaş küçüldükçe madde kullanımına başlangıç yaşının da küçüldüğü de göz önünde bulundurulduğunda, tehlikeli biçimde madde kullanımının (bağımlılığa, hastalıklara ya da ölüme yol açabilecek şekilde madde kullanımı) son yıllarda arttığı yönündeki çalışmaların örneklem içinde desteklendiği düşünülmektedir (UNODC, 2017). Madde kullanımına başlangıç yaşı ile depresyon ya da anksiyete puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sıkıntıya dayanma da madde kullanımına başlangıç yaşı ile anlamlı bir ilişki içinde bulunmamıştır. Bu sonuç, literatürle uyumludur (Özdel ve Ekinci, 2014).



Eğitim durumuna gelindiğinde, örneklem grubun neredeyse yarısını oluşturan ortaokul mezunları ve diğer eğitim düzeyindekiler olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Gruplar arasındaki farklar incelendiğinde, herhangi bir ölçek ya da alt ölçek puanında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Katılımcıların tahmini esrar kullanım süresi hesaplanırken, madde kullanım vakalarında görülen, aralıklı olarak kullanımın devam etmesi varsayımından yola çıkılmıştır. Esrar kullanım süresi arttıkaa, madde kullanımı, depresyon ve anksiyetenin de artması, ulaşılan tahmini esrar sresinin isabetli olabileceğini düşündürmüştür. Tablo 4'e göre, grubun ortalama esrar kullanım süresi yaklaşık olarak 10 yıldır ( $9,47 \pm 7,54$ ). Analizlerde sıkıntıya dayanma ve madde kullanım süresi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu bulgu literatürle uyumludur (zdel ve Ekinci, 2014).

Fark testlerinde, evli ve bekarların depresyon düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Bekar grubun ortalaması BDE'nin ilk kesme noktasının altında kalırken, evli grubun puanının kesme noktasının üstünde olduğu tespit edilmiştir. Evli grup için BDE sonucu, sınırda depresif belirtilerdir. Bu sonucun, 2014'te Lapate ve arkadaşları tarafından yapılan, uzun süreli evlilik içi stresin, olumlu uyarılara verilen tepki süresini kısalttığını gösteren çalışması ile benzerlik taşıdığı söylenebilir (Lapate ve ark., 2014). Depresyon puanları dışında herhangi bir değişken için evli ve bekar gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir.

ocuk sahibi olup olmama durumu, incelenen bir başka demografik değişkendir. Bu değişken için, sıkıntıya dayanma ve depresyonda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gözlemlenmiştir. ocuklu katılımcıların sıkıntıya dayanıklılıkları, çocuksuz katılımcıların sıkıntıya dayanıklılıklarından düşüktür. Burada, ocuk sahibi olmanın sıkıntıya dayanma üzerinde olumsuz etkisinin olduğu ve kişide algılanan sıkıntıya dayanma kapasitesini düşürücü etki yaptığı varsayımı yapılabilir. Çocuklarda olumsuz duygulanımın, anne babalarda sıkıntıya dayanmayı olumsuz etkilediği gibi benzer bir bulgu ile, Morford ve arkadaşlarının (2017) alışmasında da karşılaşılmıştır (Morford ve ark., 2017). Medeni durum sonuçlarına benzer şekilde, ocuk sahibi olan ve olmayan grupların BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ocuklu grubun BDE puanının "sınırdaki depresif belirtiler" aralığında ve çocuksuz gruba göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada sıkıntıya dayanma ve depresyon dışında, ocuk sahibi olmanın istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği bir değişken saptanmamıştır.

Psikolojik/psikiyatrik tedavi geçmişine göre ayrılan grupların mevcutları, diğer değişkenlerde olduğu gibi birbirine yakın değildir (19 – 47). Esrar kullanımı (BAPİ toplam puanı), esrar kullanım sıklığı (BAPİ madde kullanım sıklığı alt ölçeği) esrar bağımlılığı (BAPİ tanı alt ölçeği) ve esrarın yaşam üstüne olumsuz etkilerinde (BAPİ yaşama olumsuz etki alt ölçeği) gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Herhangi bir psikolojik ya da psikiyatrik tedavi geçmişi olan katılımcıların esrar kullanımı, tedavi geçmişi olmayan grubun ve tüm örneklemin esrar kullanımından fazladır. Bu durum, madde kullanımının işlevselliğe olumsuz etkisine ya da psikopatolojik bozukluklarda görülen başa çıkma amaçlı madde kullanımına örnek oluşturabilecek niteliktedir (Anestis ve ark., 2012; Potter ve ark., 2011). Depresyon düzeylerinde iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlemlenmiştir. Psikolojik/psikiyatrik tedavi geçmişi olan grubun depresyon düzeyinin, tedavi görmemiş grubun depresyon düzeyinden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, literatürle uyumludur (Kessler ve ark., 1994; Özdel ve Ekinci, 2014). Bu bulgulardan hareketle herhangi bir tedavi geçmişine ya da komorbid bir rahatsızlığa sahip olmamanın, madde kullanımı ve depresyona girme riski gibi alanlarda kişiler için olumlu ve koruyucu (önleyici) bir durum olduğu varsayımı yapılabilir. Öte yandan, madde kullanımı ya da depresyonun, potansiyel bir psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığı tetikleme ihtimali de unutulmamalıdır. Madde kullanımı ile diğer psikopatolojik bozukluklar arasındaki nedensel ilişki, halen araştırılmakta olan bir konudur (NIDA, 2010). Psikolojik/psikiyatrik tedavi geçmişi için, çalışmadaki diğer değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır.

Katılımcılar, madde kullanımı sebebiyle hastane yatışlarının olup olmama durumlarına göre de gruplanmışlardır. Örnekleme, madde kullanımından hastane yatışı olan yalnızca 9 kişi saptanmıştır. Yapılan fark testlerinde, iki grup arasında esrar kullanım sıklığı ve esrarın yaşama olumsuz etkilerinde istatistiksel olarak anlamlı farklar gözlemlenmiştir. Madde kullanımı sebebiyle hastane yatışı olan grubun esrar kullanım sıklığı, katılımcıların geri kalanından fazladır. Yaşama olumsuz etki boyutunda da puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Bu iki değişken (madde kullanım sıklığı ve maddenin yaşama olumsuz etkileri), maddenin işlevsellik üzerindeki olumsuz etkisini göstermede önemli yere sahiptir. Hastanede yatarak tedavi görmeyi gerektirecek ölçüde sık madde kullanımı ve bu durumda maddenin hayatın geri kalanını ne kadar etkileyebileceği, bu analizlerde örneklenmiştir. Çalışmadaki diğer değişkenler için, bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Bu noktada gruplar arasında sıkıntıya dayanma için istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiş olması, sıkıntıya dayanma ve madde kullanımı arasındaki nedensel

ilişki için ipucu niteliği taşıyabilir. Madde kullanımının sıkıntıya dayanmayı etkilediği bir durumda, madde kullanımı için tedavi görmüş kişilerin düşük sıkıntıya dayanıklılık göstermeleri beklenebilir. Analizlerde bu sonuca rastlanmaması, madde kullanımının sıkıntıya dayanma üzerinde yordayıcı olmadığını düşündürmüştür. Yine de bu varsayımda, eşit olmayan grup mevcutları gibi bir sınırlılığın olduğu unutulmamalıdır.

Demografik değişkenlerde son olarak, maddenin çoğunlukla nasıl bir ortamda kullanıldığı incelenmiştir. Bu soru için katılımcılara, ayrıştırmanın ve cevaplamanın kolay olması adına iki seçenek sunulmuştur; genellikle yalnız kullanım ya da genellikle arkadaş ortamında madde kullanımı. Grupların anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlemlenmiştir. Genellikle yalnız madde kullanımını tercih edenlerin anksiyete düzeylerinin, arkadaş ortamında madde kullananlardan yüksek olduğu saptanmıştır. İki grubun puan ortalaması da ilk kesme noktası olan “düşük düzeyde anksiyete” aralığındadır ancak, yalnız madde kullanmayı tercih eden grubun anksiyete (BAE) puanı ( $12,63 \pm 12,04$ ), diğer katılımcıların ( $6,23 \pm 10,19$ ) yaklaşık iki katıdır. Bu sonuç literatürde madde kullanımı ve anksiyete komorbiditesini gösteren çalışmalarla uyumludur (Smith ve Book, 2008). Yüksek kaygı göstermeye yatkın ya da halihazırda kaygılı kişilerin, kaygılarını hafifletme amacıyla madde kullanmalarının, genellikle belirli bir ortamda, belirli bir çevre ile gerçekleşen ve kişi için sosyal bir faaliyet olma özelliği taşıyan madde kullanımından farklı bir yapıda olduğu düşünülebilir. Diğer yandan, madde ya da alkol kullanımının anksiyeteyi tetiklemiş ya da arttırmış olabileceği de unutulmamalıdır. Bugüne kadar yapılmış çalışmalar, iki durumun da mümkün olduğunu göstermektedir (Kushner ve ark., 2000). Maddenin genellikle kullanıldığı ortama göre araştırmadaki diğer değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır.

## **5.2. Sıkıntıya Dayanma, Esrar Kullanımı, Depresyon ve Anksiyete**

Bu araştırma planlanırken, sıkıntıya dayanma ve esrar kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu hipotezi ile yola çıkılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, araştırma hipotezi doğrulanmış, sıkıntıya dayanma ve esrar kullanımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif korelasyon olduğu saptanmış, sıkıntıya dayanıklılık düştükçe esrar kullanımının arttığı gözlemlenmiştir. Bu sonuç, literatürde bu alanda yapılmış çalışmaların sonuçları ile uyumludur (Buckner ve ark., 2007; Bujarski ve ark., 2012; Özdel ve Ekinçi, 2014; Potter ve ark., 2011; Semcho ve ark., 2016; Simons ve Gaher, 2005).

Sıkıntıya dayanma (SDÖ puanı) düştükçe, esrar kullanımı (BAPİ toplam puanı), esrar bağımlılığı (BAPİ-tanı alt ölçeği puanı) ve esrarın yaşama olumsuz etkileri (BAPİ-esrarın yaşam üzerine olumsuz etkileri alt ölçeği puanı) artmaktadır. Çalışmanın korelasyonel desendeki yapısı sebebiyle nedensellik belirtilemezken, varsayımsal olarak sonuca iki açıdan yaklaşılabilir. Halihazırda sıkıntıya dayanma kapasitesi düşük bireylerin, olumsuz duyguları hafifletme amacıyla anlık çözümleri tercih etme yönelimleri madde kullanımının bu kişilerce tercih edilen bir kaçma/kaçınma yöntemi olmasına yol açabilmektedir. Bugüne kadar bu konuda yapılan çalışmalarda genel kanı ve varsayım da bu yönde olmuştur (Bujarski ve ark., 2012; Leyro ve ark., 2010; Simons ve Gaher, 2005). Bununla birlikte, madde kullanımına başka bir sebeple (arkadaş ortamı vb.) başlamış ve halihazırda madde kullanmaya alışmış bir kişinin, bu sebeple sağlıklı baş etme mekanizmaları geliştirememiş olması ve dolayısı ile olumsuz duygular karşısında madde kullanımına başvurması (Carey, 1993; Turner ve ark., 1997) da ihtimaller dahilinde tutulmalıdır. Sıkıntıya dayanmanın, BAPİ alt boyutlarından bağımlılık tanılama ve yaşama olumsuz etki ile de negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Sıkıntıya dayanıklılık düştükçe, maddenin kişinin işlevselliğine olumsuz etkileri artmaktadır. Böyle bir durumda, iki taraftaki değişkenlerin de birbirlerini etkileyebilmeleri mümkün olabilir. Sıkıntıya dayanıklılık düştükçe madde kullanımına bağlı başa çıkma davranışları artabilir, maddenin yaşam üzerindeki etkisi arttıkça, kişide algılanan sıkıntıya dayanma kapasitesi azalabilir.

SDÖ toplam puanı ile SDÖ alt ölçek puanları arasında, pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Katılımcılar, sıkıntıya toleransları düştükçe olumsuz duygulardan kaçınmakta (SDÖ regülasyon alt ölçeği) ve bu durumlarda katılımcıların baş etme kapasiteleri (SDÖ öz yeterlilik alt ölçeği) yetersiz kalmaktadır. SDÖ alt ölçeklerinden yalnızca tolerans alt ölçeği ile esrar kullanımı arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gözlemlenmiştir. SDÖ'nün diğer alt boyutlarından farklı olarak, tolerans alt boyutunun ölçeğin temel hedefi olan dayanıklılığı (tolerans) ölçen maddelerden oluşmasının bu durumda etkili olduğu düşünülebilir. SDÖ toplam puanı ve SDÖ tolerans alt ölçeği arasındaki yüksek korelasyon katsayısı da bu varsayımı desteklemektedir. Esrar kullanımının yanında, tolerans ile esrar bağımlılığı ve esrarın yaşama olumsuz etkileri arasında da istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönde korelasyon saptanmıştır. Olumsuz duygulardan kaçınma arttıkça esrar bağımlılığı ve esrarın yaşama olumsuz etkileri de artmaktadır. Esrar kullanımı için istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Baş etme kapasitesi ile esrar kullanımı ve esrarın yaşama olumsuz etkileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Esrarın yaşama olumsuz etkileri ile baş etme kapasitesi arasında, ölçümlerin geneliyle uyumlu biçimde, negatif

yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gözlemlenmiştir. Maddenin kişinin yaşamı üzerindeki hakimiyeti arttıkça, kontrol bireyin elinden çıkmakta ve dışarıya odaklı çözümler öne çıkmaktadır (Bujarski ve ark., 2012).

Esrar kullanım sıklığı (BAPİ madde kullanım sıklığı alt boyutu) ile sıkıntıya dayanma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Bu sonuç, alandaki çalışmalarla uyumlu değildir. Literatürde, SD ile madde kullanım sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde korelasyonel bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Buckner ve ark., 2007; Simons ve Gaher, 2005). Çalışmadaki bu sonuca etkisi olabilecek bir faktör, katılımcıların kullanım sıklıklarını belirtmek için ölçekteki “en az bir kez kullandım” maddesini yeterli görerek, tam olarak kullanım sıklıklarını ifade etmeyişleri olabilir. Çalışmaya katılan kişilerin adli bir süreç içinde olduğu ve verdikleri cevaplar nedeniyle, çalışmanın kuralları gereği verilerin korunacağı yönünde bilgilendirilmiş olmalarına rağmen, değerlendirilme kaygısı yaşamış olabilecekleri burada göz önünde bulundurulmalıdır.

BAPİ-Kısa Formu için geçerlilik çalışmasında iki kesme noktası gösterilmiştir. Bu kesme puanları 2 ve 3'tür (Ögel ve ark., 2015). İki kesme noktası için de katılımcı 66 kişilik grubun ortalama puanı sınırın üstündedir ( $3,91 \pm 1,82$ ). BAPİ-Kısa Formunun alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında, toplam puan ile tüm alt boyutlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, ölçeğin yaptığı ölçümlerin güvenilirliğine işaret etmekle birlikte, katılımcı grubun maddeden çok yönlü olarak etkilenmiş olabileceğini düşündürmüştür. Kişilerin madde kullanım sıklığı arttıkça, maddenin yaşam üzerindeki kontrolü de artmaktadır. Madde kullanım sıklığının artması ile madde kullanıma davranışının, madde kullanım bozukluğuna dönüşme ihtimali yükselmektedir (Jones, 1983; NIDA, 2007).

Depresyon ile SDÖ ve tüm alt ölçekleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif korelasyon gözlemlenmiştir. Bu durum, sıkıntıya dayanıklılık düştükçe depresyon şiddetinin arttığını göstermektedir. Nedensel açıdan, halihazırda depresif duyguduruma sahip olan birinin psikolojik sıkıntılara dayanmada zorlanabileceği unutulmamalıdır. Bu iki değişken arasında bulunan istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü korelasyonel ilişki, literatürle uyum içindedir (Buckner ve ark., 2007; Williams ve ark., 2013). Depresyon ile BAPİ ve alt ölçekleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Depresyon şiddeti arttıkça, esrar kullanımı da artmaktadır. Bu bulgu da, literatürle paralellik göstermektedir. Madde kullanımı olan kişilerde komorbid duygudurum bozukluklarının yaygınlığı çalışmalarda gösterilmiştir (Kessler ve ark., 1994; Quello ve ark., 2005; Regier ve ark., 1990).

Anksiyete düzeyi için BAPİ ve alt boyutları ile gözlemlenen ilişkiler, depresyon ile benzerdir. Yaş, madde kullanımına başlangıç yaşı, SDÖ regülasyon ve özyeterlilik alt ölçekleri haricinde tüm değişkenler ile anksiyete düzeyi (BAE puanı) arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Madde kullanımı ve anksiyete komorbiditesi, bugüne kadar yapılan çalışmalarda rastlanılan bir durumdur (Back ve Brady, 2008; Smith ve Book, 2008). Anksiyete ile sıkıntıya dayanma arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. Sıkıntıya dayanıklılık düştükçe anksiyete düzeyinin artışı literatürle uyumludur (Özdel ve Ekinci, 2014). Anksiyete ile sıkıntıya dayanmada baş etme kapasitesi ya da olumsuz duygulardan kaçınma arasında korelasyon görülmemesinde, anksiyete bozukluklarının sıkıntıya dayanma yerine belirsizliğe tahammülsüzlük ve anksiyete duyarlılığı konularıyla daha ilgili olmasının rolü olduğu düşünülebilir (Michel ve ark., 2016).

Çalışmada katılımcıların sıkıntıya dayanıklılıkları düştükçe depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Bu bulgu, Özdel-Ekinci (2014) çalışmasının bulguları ile benzerlik taşımaktadır. Özdel ve Ekinci (2014) çalışmalarında, Kaiser ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmaya atıfta bulunarak anksiyete ve sıkıntıya dayanma ilişkisine dikkat çekmiştir. Kaiser ve arkadaşlarına göre (2012) madde kullanımı için, olumsuz duygulanım karşısında verilen ani davranışsal tepkiler, bilişsel tepkiler de içeren sıkıntıya dayanmadan daha güçlü bir yordayıcıdır (Kaiser ve ark., 2012). Dolayısıyla sıkıntıya dayanıksızlık, depresyon ve anksiyetenin birlikte artması ya da azalması, bu yapıların birbirleriyle, madde kullanımıyla olduğundan daha yakın bir ilişki içinde olduğunu düşündürmektedir (Özdel ve Ekinci, 2014).

Çalışma sonuçlarının, Özdel-Ekinci (2014) çalışması ile nitel bir biçimde karşılaştırılmasında; esrar kullanımı olan örneklemin SDÖ puan ortalamasının ( $50,44 \pm 12,11$ ), Özdel-Ekinci (2014) çalışmasının örneklem ( $40,96 \pm 13,10$ ) ve kontrol ( $54,33 \pm 9,88$ ) gruplarının puanları arasında olduğu gözlemlenmiştir. Gruplar arasındaki SDÖ puan sıralamasının, söz konusu maddelerin bağımlılık şiddeti ile orantılı olduğu söylenebilir. Opioidler, esrara göre daha güçlü bağımlılık yapıcı etkiye sahiptir (Ögel, 2010). Bu nedenle maddenin bağımlılık gücü azaldıkça, kişinin SD kapasitesinin arttığı ya da kişinin SD kapasitesi ne kadar düşükse, o denli güçlü maddelere ihtiyaç duyuyor olabileceği varsayımı yapılabilir.

Depresyon şiddetine bakıldığında yine benzer bir desen görülmektedir. Esrar kullanan grubun BDE puanları, Özdel-Ekinci (2014) çalışmasının örneklem ve kontrol gruplarının puanları arasındadır. Kontrol grubu BDE için “normal düzey” aralığında iken, esrar grubunun “sınırdaki depresif belirtiler”, örneklem grubunun ise “orta düzeyde depresyon” aralığında olduğu gözlemlenmiştir. BAE ile elde edilen anksiyete puanları, esrar grubu için “düşük düzeyde

anksiyete” aralığındadır. Özdel-Ekinci (2014) çalışmasında anksiyete ölçümü için kullanılan STAI sonuçlarına göre, örneklem grubu durumluk kategoride hafif kaygı, sürekli kategoride ise yüksek kaygı göstermektedir. Kontrol grubu içinse bu değerler durumluk kaygı için kaygı yok, sürekli kaygı için hafif kaygı düzeyindedir.

Bu sonuçlara bakılarak, kullanılan maddenin etkisinin ve bağımlılık gücünün, kişinin sıkıntıya dayanma kapasitesi ile ilişkili olduğu çıkarımı yapılabilir. Özdel-Ekinci (2014) çalışmasının deney grubunun ağırlıklı opioid kullanan ve hastanede tedavi görmüş örneklem grubu, büyük çoğunluğunda madde sebebiyle hastane yatışı olmayan esrar grubuna göre düşük sıkıntıya dayanma kapasitesi, yüksek depresyon ve anksiyete riski göstermiştir. Esrar kullanan grubunun puanlarının sağlıklı kontrol grubundan düşük olması, esrar örneklemini için sorun teşkil eden durumların olduğunu ancak bu durumların daha ağır maddeleri (opioidler) kullananlarda olduğu kadar şiddetli olmadığı varsayımını akla getirmiştir.

## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ ve ÖNERİLER

Sıkıntıya dayanma ile esrar kullanımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu hipotezi, bu çalışmanın sonucunda desteklenmiştir. Bu iki değişken arasında negatif yönde korelasyonel bir ilişki vardır. Elde edilen bu sonuç, alanda yapılmış sıkıntıya dayanma ve madde kullanımı ilişkisini inceleyen araştırma sonuçları ile uyum içindedir (Buckner ve ark., 2007; Bujarski ve ark., 2012; Özdel ve Ekinci, 2014; Potter ve ark., 2011; Semcho ve ark., 2016; Simons ve Gaher, 2005). Sıkıntıya dayanıklılık düştükçe, madde kullanımı artış göstermektedir. Korelasyonel deseneki bu çalışmada, değişkenler için nedensellik belirtilemese de, bugüne kadar yapılmış çalışmalarda sıkıntıya dayanmanın madde kullanımı için yordayıcı olduğu ifade edilmiştir (Bornovalova ve ark., 2012; Brown ve ark., 2005; Buckner ve ark., 2007; Leyro ve ark., 2011; Simons ve Gaher, 2005).

Saptanan bir başka bulgu sıkıntıya dayanma, depresyon ve anksiyete değişkenleri arasındaki korelasyondur. Katılımcıların sıkıntıya dayanıklılıkları düştükçe, depresyon ve anksiyete puanlarının yükseldiği gözlemlenmiştir. Özdel ve Ekinci'nin (2014) çalışmasında da sıkıntıya dayanma düştükçe, depresyon ve anksiyetenin arttığı bulunmuştur. Kaiser ve arkadaşları (2012), olumsuz duygulanım karşısında ani davranışsal tepkiler vermenin, madde kullanımı için sıkıntıya dayanmadan daha güçlü bir yordayıcı olduğunu ifade etmiştir. Özdel ve Ekinci (2014), bu ifadeye atıfta bulunarak, çalışmalarının sonuçlarından hareketle sıkıntıya dayanmanın tek başına madde bağımlılığı ile alakalı bir yapı olmaktansa, olumsuz duygusal sorunlarla ilgili bir yapı olabileceğini belirtmiştir. Bu çalışma sonuçlarında gözlemlenen, sıkıntıya dayanıklılık düştükçe depresyon ve anksiyetenin artması, sıkıntıya dayanmanın madde kullanımı ile ilişkili özel bir alan olmaktansa, olumsuz duygular ve bu duygular karşısında verilen tepkiler ile ilgili bir yapı olduğu varsayımını destekler niteliktedir.

Depresyon, anksiyete ve esrar kullanımı arasındaki ilişkiye bakıldığında, esrar kullanımı arttıkça, depresyon ve/veya anksiyetenin de arttığı görülmektedir. Bu pozitif korelasyonla uyumlu sonuçlara literatürde rastlamak mümkündür. Madde kullanımı ile sorun yaşayan kişilerde komorbit olarak duygudurum bozuklukları görüldüğü, daha önce yapılan araştırmalarla gösterilmiştir (Kessler ve ark., 1994; Quello ve ark., 2005; Regier ve ark., 1990). Benzer biçimde anksiyete ve madde kullanımının birlikte görüldüğünü gösteren çalışmalar da mevcuttur (Back ve Brady, 2008; Smith ve Book, 2008). Burada, madde etkisinin depresyon ve anksiyeteyi tetikleyebileceği ya da şiddetlendirebileceği gibi, depresyon ya da anksiyete



etkisi ile başa çıkma amaçlı madde kullanımı davranışının şiddetlenebileceği ihtimali de göz önünde bulundurulabilir. Madde kullanımı için potansiyel birer yordayıcı olabilecek depresyon ve anksiyetenin, sıkıntıya dayanma ile bu anlamda yapısal olarak benzerlik taşıdığı düşünülebilir (Özdel ve Ekinici, 2014).

Katılımcıların esrar kullanım özellikleri (kullanım sıklığı, esrarın yaşam üstüne olumsuz etkileri) ile ilişkili olan demografik değişkenin, madde kullanımına başlama yaşları olduğu bulunmuştur. Sonuçlara göre madde kullanımına başlangıç yaşı düştükçe, esrar kullanım sıklığı ve esrarın kişinin yaşamı üzerindeki olumsuz etkileri artış göstermektedir. Bu durum, tolerans gelişimi için geçen zaman ile kullanımın bağımlılığa dönüşmesi ve kişinin yaşamı üzerindeki kontrolü zamanla kaybetmesi ile açıklanabilir (Jones, 1983; NIDA, 2007).

Araştırmanın sınırlılıklarına gelindiğinde; çalışma Ocak 2017- Kasım 2017 tarihleri arasında, Kilis Denetimli Serbestlik Müdürlüğü'nde denetime tabi yükümlülerden alınan verilerle sınırlıdır ve araştırma örneklemini yalnızca erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Simons ve Gaher (2005), çalışmalarında erkeklerin kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksek sıkıntıya dayanma kapasitesi gösterdiğini ifade etmiştir. Bujarski ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, başa çıkma güdülerinin sıkıntıya dayanma ve esrar kullanımı arasındaki ilişkide arabulucu rolde olduğu ve esrar kullanımı ile ilgili sorunlarda başa çıkma güdülerinin etkisinin kadınlar için erkeklerden daha güçlü olduğu gösterilmiştir. Cinsiyetler arasındaki farkların gösterildiği bu çalışmalardan hareketle, kadın ve erkek katılımcılardan oluşan cinsiyet açısından eşit dağılımlı bir örneklemin, esrar kullanıcılarına yönelik genel sıkıntıya dayanma kapasiteleri hakkında daha sağlıklı bilgiler sunabileceği düşünülmektedir. Çalışmada yalnızca 18 yaşın üstünde olan katılımcılardan elde edilen veriler kullanılmıştır. Gençler arasında da yaygın olarak kullanılan esrarın (Ögel, 2005) sıkıntıya dayanma ile ilişkisinin incelenmesi için, 18 yaş altındaki katılımcılardan oluşan bir örneklem ile yapılacak bir çalışma, alana katkı sağlayabilir. Bir diğer sınırlılık, katılımcıların tümünün bu soruları cevaplarken denetimli serbestlik sürecinde olmasıdır. Adli bir süreç içinde olan bu kişilerin değerlendirilme konusunda kaygı yaşamış olabilecekleri ve bu kaygının cevaplara yansımış olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durumun, BAPİ-Kısa alt ölçeklerinden biri olan madde kullanım sıklığı ile ilgili sorularda etkili olduğu düşünülmektedir. Örneklemin, soruları değerlendirilme kaygısı yaşamadan cevaplayabilecekleri bir araştırma ortamının oluşturulabilmesinin, sıkıntıya dayanma ve madde kullanım sıklığı arasındaki ilişkiye dair daha fazla bilgi sunabileceği düşünülmektedir.

Sıkıntıya dayanmanın, farklı psikopatolojik durum ve bozukluklarla (depresyon, anksiyete vb.) ilişkileri günümüzde halen araştırılmaktadır. Bu araştırmalarda sıkıntıya dayanma ölçümü için kullanılan iki temel yöntem, öz bildirim ölçekleri ve laboratuvar deneyleridir. Bu temel iki yöntemden herhangi birinin diğeri üzerinde kesin bir üstünlüğünden bahsedilemezken, iki yöntemin de avantajlı ve dezavantajlı olduğu durumlar (süre, maliyet, ölçüm isabeti) mevcuttur (Leyro ve ark., 2010). Gelecek çalışmalarda, sıkıntıya dayanmanın madde kullanımı ve diğ er psikopatolojik durumlar ile ilişkisinin incelenmesinde bu yöntemlerden karşılaştırmalı olarak yararlanılabileceği düşünölmektedir. Gerek sıkıntıya dayanma ve esrar kullanımı arasındaki nedenselliğ in açıklanmasında, gerekse sıkıntıya dayanmanın yapı olarak olumsuz duygulanıma yakınlığının aydınlatılmasında, kadın erkek katılımcı sayısının eşit olduğu, sağlıklı bir kontrol grubunun kullanıldığı, laboratuvar deneyleri ve öz bildirim ölçeklerinin birlikte uygulanabildiği bir çalışmanın, sağlıklı sonuçlara ulaşmada etkili olacağı düşünölmektedir.

## KAYNAKLAR

- Aksoy, A. ve Ögel, K. (2004). Tutuklu ve hükümlü ergenlerin özellikleri: türkiye’de yapılan çalışmaların gözden geçirilmesi. *Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğünün Gözetimindeki Çocuklara Yönelik Hizmetlerin İyileştirilmesi Ana Projesi. Kurumlarda Bulunan Çocuklara Yönelik Psiko-Sosyal Destek ve Müdahale Programlarının Geliştirilmesi Projesi. Yeniden Yayın, No. 15.*
- Akvardar, Y., Aslan, B., Ekici, Z. B., Öğün, E. ve Şimşek, T. (2001). Dokuz eylül üniversitesi tıp fakültesi dönem ii öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı. *Bağımlılık Dergisi, 2(2), 49-52.*
- Anestis, M. D., Tull, M. T., Bagge, C. L. and Gratz, K. L. (2012). The moderating role of distress tolerance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom clusters and suicidal behavior among trauma exposed substance users in residential treatment. *Archives of Suicide Research, 16(3), 198-211.*
- Artuç, S., Doğan, K. H., Demirci, Ş. (2014). Uyuşturucu maddelerde yeni trend: sentetik kannabinoidler. *Adli Tıp Bülteni, 19(3), 198-203.*
- Ashton, C. H. (2001). Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *British Journal of Psychiatry, 178, 101-106.*
- Austin, G. A. (1979). *Perspectives on the history of psychoactive substance use.* Rockville: National Institute on Drug Abuse. [babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=uc1.32106001081378](http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=uc1.32106001081378) (01.11.2017)
- Back, S. E. and Brady, K. T. (2008). Anxiety disorders with comorbid substance use disorders: diagnostic and treatment considerations. *Psychiatric Annals, 38(11), 724-729.*
- Benson, M. K. and Bentley, A. M. (1995). Lung disease induced by drug addiction. *Thorax, 50(11), 1125-1127.* doi: 10.1136/thx.50.11.1125
- Bonn-Miller, M. O., Babson, K. A., Vujanovic, A. A. and Feldner M. T. (2010). Sleep problems and ptsd symptoms interact to predict marijuana use coping motives: a preliminary investigation. *Journal of Dual Diagnosis, 6(2), 111-122.* doi: 10.1080/15504261003751887
- Bonn-Miller, M. O., Vujanovic, A. A., Feldner, M. T., Bernstein, A. and Zvolensky, M. J. (2007). Posttraumatic stress symptom severity predicts marijuana use coping motives

- among traumatic event-exposed marijuana users. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 577-586. doi: 10.1002/jts.20243
- Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Hunt, E. D. and Lejuez, C. W. (2012). Initial rct of a distress tolerance treatment for individuals with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1-2), 70-76.
- Bremner, J. D., Southwick, S. M., Darnell, A. and Charney, D.S. (1996). Chronic ptsd in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 153(3), 369-375. doi: 10.1176/ajp.153.3.369
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Strong, D. R. and Zvolensky, M. J. (2005). Distress tolerance and early smoking lapse. *Clinical Psychology Review*, 25(6), 713-733. NIH Public Access.
- Buckner, J. D., Keough, M. E. and Schmidt, N. B. (2007). Problematic alcohol and cannabis use among young adults: the roles of depression and discomfort and distress tolerance. *Addictive Behaviors*, 32(9), 1957-1963. NIH Public Access.
- Bujarski, S. J., Norberg, M. M and Copeland, J. (2012). The association between distress tolerance and cannabis use-related problems: the mediating and moderating roles of coping motives and gender. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1181-1184.
- Carey, K. B. (1993). Situational determinants of heavy drinking among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 40(2), 217-220.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for Alcohol Use Among Adolescents: Development and Validation of a Four-Factor Model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117-128.
- Davison, G. C., Neale, J. M., Kring, A. M. and Johnson, S. L. (2012). *Abnormal psychology* (12th Ed.). New York: Wiley.
- Devane, W. A., Dysarz, F. A., Johnson, M. R., Melvin, L. S. and Howlett, A. C. (1988). Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain. *Molecular Pharmacology*, 34(5), 605-613.
- Devane, W. A., Hanus, L., Breuer, A., Pertwee, R. G., Stevenson, L. A., Griffin, G., Gibson, D., Mandelbaum, A., Etinger, A. and Mechoulam, R. (1992). Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. *Science*, 258(5090), 1946-1949. doi: 10.1126/science.1470919

- Erdinç, F. C. (2004). *Overdose türkiye türkiye 'de eroin kaçakçılığı, bağımlılığı ve politikalar* (1. Baskı). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Erikson, E. H. (1997). *The Life Cycle Completed*. New York: W. W. Norton & Company.
- ESPAD (Avrupa Gençlerde Madde Kullanımını Değerlendirme Projesi). (1995). *The 1995 espad report, alcohol and other drug use among students in 26 european countries*. Stockholm: Modin Tryck AB.
- Frenkel-Brunswik, E. (1949). Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Psychological Issues*, 8(3), 58-91.
- Geisser, M. E., Robinson, M. E. ve Pickren, W. E. (1992). Differences in cognitive coping strategies among pain-sensitive and pain-tolerant individuals on the cold-pressor test. *Behavior Therapy*, 23(1), 31-41. doi: 10.1016/S0005-7894(05)803006-5
- Gold, M. S. (1991). Marijuana. In Miller, N. S. (Ed.) *Comprehensive Handbook of Alcohol and Drug Addiction*, (pp. 353-376). New York: Marcel Decker.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. J. and Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x
- Hajek, P. (1991). Individual differences in difficulty quitting smoking. *British Journal of Addiction*, 86(5), 555-558.
- Hall, W., Solowij, N. and Lemon, J. (1994). The health and psychological consequences of cannabis use. *National Drug Strategy Monograph Series No. 25*. [druglibrary.org/schaffer/hemp/medical/cannabis.txt](http://druglibrary.org/schaffer/hemp/medical/cannabis.txt) (01.11.2017)
- Hashish. (2016). <https://www.drugs.com/illicit/hashish.html> adresinden alınmıştır. (01.11.2017)
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. And Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. doi: 10.1037/0022-006X.64.6.1152

- Hayes, S. C., Strosahl, K. and Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Herkenham, M. (1990). Cannabinoid receptor localization in brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 87(5), 1932-1936.
- Hisli, N. (1988). Beck depresyon envanteri'nin geçerliği üzerine bir alışma. *Psikoloji Dergisi*, 4(22), 118-126.
- Hollister, L. E. (1998). Health aspects of cannabis: revisited. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 1(1), 71-80. doi: 10.1017/S1461145798001060
- Hodgins, D. C., el-Guebaly, N. and Armstrong, S. (1995). Prospective and retrospective reports of mood states before relapse to substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 400-407. doi: 10.1037/0022-006X.63.3.400
- Hsu, S. H., Collins, S. E. and Marlatt, G. A. (2013). Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive Behaviors*, 32(3), 1852-1858. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.11.002
- Jones, R. T. (1983). Cannabis tolerance and dependence. In Fehr, K. O. and Kalant, H. (Eds.), *Cannabis and health hazards* (pp. 617-667). Toronto: Addiction Research Foundation.
- Kaiser, J. A., Milich, R., Lynam, D. R. and Charnigo, R. J. (2012). Negative urgency, distress tolerance, and substance abuse among college students. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1075-1083. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.04.017
- Karasar, N. (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (26. Baskı). Ankara: Nobel Yayınları.
- Kaya, N., Güler, Ö. ve illi, A. S. (2004). Konya kapalı cezaevi'ndeki mahkumlarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 85-91.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U. and Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of dsm-iii-r psychiatric disorders in the united states. results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kouri, E. M., Harrison, G., Pope H. G. Jr. and Lukas, S. E. (1999). Changes in aggressive behavior during withdrawal from long-term marijuana use. *Psychopharmacology*, 143(3), 302-308.

- Köknel, Ö. (1998). *Bağımlılık alkol ve madde bağımlılığı* (1. Baskı). İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Kushner, M. G., Abrams, K. and Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 149-171.
- Lapate, R. C., Reekum, C. M., Schaefer, S. M., Greischar, L. L., Norris, C. J., Bachuber, D. R. W., Ryff, C. D. and Davidson, R. J. (2014). Prolonged marital stress is associated with short-lived responses to positive stimuli. *Psychophysiology*, 51(6), 499-509.
- Leyro, M. T., Bernstein, A., Vujanovic, A. A., McLeish, A. C. and Zvolensky, M. J. (2011). Distress tolerance scale: a confirmatory factor analysis among Daily cigarette smokers. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 47-57.
- Leyro, M. T., Zvolensky M. J. and Bernstein A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*, 136(4), 576-600. doi: 10.1037/a0019712
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. (12th Ed). New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. and Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13-26.
- Linehan, M. M., Schmidt, H. 3rd., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. and Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *The American Journal on Addictions*, 8(4), 279-292.
- Lohr, J. M., Olatunji, B. O., Baumeister, R. F. And Bushman, B. J. (2007). The psychology of anger venting and empirically supported alternatives that do no harm. *The Scientific Review of Mental Health Practice: Objective Investigations of Controversial and Unorthodox Claims in Clinical Psychology, Psychiatry, and Social Work*, 5(1), 53-64.
- Lynch, T. R. and Bronner, L. L. (2006). Mindfulness and dialectical behavior therapy (dbt): application with depressed older adults with personality disorders. In Baer, R. A. (Ed.) *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 217-236). doi: [10.1016/B978-012088519-0/50011-3](https://doi.org/10.1016/B978-012088519-0/50011-3)

- Mathias, R. (1997). Marijuana and tobacco use up again among eighth and tenth graders. *NIDA Notes*, 12-13. National Institute on Drug Abuse Archives.
- McHugh, R. K. and Otto, M. W. (2012). Profiles of distress intolerance in a substance-dependent sample. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(2), 161-165.
- McKay, J. R., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., Kabasakalian-McKay, R. and Alterman, A. I. (1996). Gender differences in the relapse experiences of cocaine patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(10), 616-622.
- Michel, N. M., Rowa, K., Young, L and McCabe, R. E. (2016). Emotional distress tolerance across anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 94-103. doi: 10.1016/j.anxdis.2016.04.009
- Morford, A. E., Cookston, J. T. and Hagan, M. J. (2017). Parental distress tolerance in three periods of child development: the moderating role of child temperament. *Journal of Child and Family Studies*, 26(12), 3401-3411. doi: 10.1007/s10826-017-0838-x
- NIDA (National Institute on Drug Abuse). (2007). The neurobiology of drug addiction. [www.drugabuse.gov/neurobiology-drug-addiction](http://www.drugabuse.gov/neurobiology-drug-addiction) (01.11.2017)
- NIDA (National Institute on Drug Abuse). (2010). Comorbidity: addiction and other mental illnesses. <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/comorbidity-addiction-other-mental-illnesses> (21.12.2017)
- Norberg, M. M., Norton, A. R, Olivier, J. and Zvolensky, M. J. (2010). Social anxiety, reasons for drinking, and college students. *Behavior Therapy*, 41(4), 555-566. doi: 10.1016/j.beth.2010.03.002
- O'Clearigh, C., Ironson, G. and Smits, J. A. J. (2007). Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of hiv? *Behavior Therapy*, 38(3), 314-323.
- Ögel, K. (2010). *Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: tanı, tedavi ve önleme*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K., Çorapçıoğlu, A., Sır, A., Tamar, M., Tot, Ş., Doğan, O., Uğuz, Ş., Yenilmez, Ç., Bilici, M., Tamar, D. ve Liman, O. (2004). Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 112-118.



- Ögel, K., Güneş, R., Koç, C., Görücü, S. ve Başabak, A. (2015). Bağımlılık profil indeksi (bapi) ölçeğinin kısa formunun geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik araştırması. *Bağımlılık Dergisi*, 16(4), 175-181.
- Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F. ve Tamar, D. (2012). Bağımlılık profil indeksi'nin (bapi) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 264-273.
- Ögel, K., Tamar, D., Evren, C. ve Çakmak, D. (2001). Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 47-52.
- Ögel, K. (2005). Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 1(47), 61-64.
- Ögel, K. Taner, S., Eke, C. ve Erol, B. (2005). İstanbul'da onuncu sınıf öğrencileri arasında tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı raporu. İstanbul: Yeniden Yayın No:15.
- Özdel, K. ve Ekinci, S. (2014). Distress tolerance in substance dependent patients. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 960-965. ScienceDirect.
- Potter, C. M., Vujanovic, A. A., Marshall-Berenz, E. C., Bernstein, A. and Bonn-Miller, M. O. (2011). Posttraumatic stress and marijuana use coping motives: the mediating role of distress tolerance. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 437-443.
- Quello, S. B., Brady, K. T. and Sonne, S. C. (2005). Mood disorder and substance use disorder: a complex comorbidity. *Science and Practice Perspectives*, 3(1), 13-21.
- Quinn, T. E. and Miller, K. (2008). Opioid, opiate, narcotic? *YaleCares*, 2(12).
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. and Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. results from the epidemiologic catchment area (eca) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.
- Riulli, L. and Savicki, V. (2010). Coping effectiveness and coping diversity under traumatic stress. *International Journal of Stress Management*, 17(2), 97-113. doi: 10.1037/a0018041
- Russo, E. (2001). Cognoscenti of cannabis i: jacques-joseph moreau (1804-1884). *Journal of Cannabis Therapeutics*, 1(1), 85-88.
- Sargın, A. E., Özdel, K., Utku, Ç., Kuru, E., Yalçınkaya Alkar, Ö. ve Türkçapar, H. (2012). Sıkıntıya dayanma ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 152-161.

- Schwartz, R. H. (1991). Heavy marijuana use and recent memory impairment. *Psychiatric Annals*, 21(2), 80-82. doi: 10.3928/0048-5713-19910201-07
- Semcho, S., Bilsky, S. A., Lewis, S. F. and Leen-Feldner, E. W. (2016). Distress tolerance predicts coping motives for marijuana use among treatment seeking young adults. *Addictive Behaviors*, 58, 85-89.
- Simons, J. S. and Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102. doi: 10.1007/s11031-005-7955-3
- Simons, J., Correia, C. J., Carey, K. B. and Borsari, B. E. (1998). Validating a five-factor marijuana motives measure: Relations with use, problems, and alcohol motives. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 265-273. doi: 10.1037/0022-0167.45.3.265
- Smith, J. P. and Book, S. W. (2008). Anxiety and substance use disorders: a review. *Psychiatric Times*, 25(10), 19-23.
- Solowij, N. (1998). *Cannabis and cognitive functioning* (international research monographs in the addictions). Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511526824
- Sun, A. P. (2007). Relapse among substance-abusing women: components and processes. *Substance use & misuse*, 42(1), 1-21. doi: 10.1080/10826080601094082
- Tanda, G., Pontieri, F. E. and Di Chiara, G. (1997). Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common mu1 opioid receptor mechanism. *Science*, 276(5321), 2048-2050. doi: 10.1126/science.276.5321.2048
- Taner, S. (2005). *Boğaziçi üniversitesi lisans öğrencilerinin sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı ve belirtilen risk faktörlerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.
- Trafton, J. A. and Gifford, E. V. (2011). Biological bases of distress tolerance. In Zvolensky, M. J., Bernstein, A. and Vujanovic, A. A. (Eds.), *Distress Tolerance Theory Research and Clinical Applications* (pp. 80-102). New York: The Guilford Press.
- Turner, N. E., Annis, H. M. and Sklar, S. M. (1997). Measurement of antecedents to drug and alcohol use: psychometric properties of the inventory of drug-taking situations (idts). *Behavior Research and Therapy*, 35(5), 465-483. doi: 10.1016/S0005-7967(96)00119-

- Ulusoy, M., Hisli, N. ve Erkmen, H. (1998). Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 12(2), 163-172.
- UNODC (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi). (2003). Health services, education & community action – preventing drug abuse in turkey, national assessment on drug abuse (based on studies conducted in six major cities). *UNODC Global Assessment Programme on Drug Abuse*, Project number: AD/TUR/02/GO2. [www.unodc.org](http://www.unodc.org)
- UNODC (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi). (2017). World drug report 2017. Vienna: UNODC Vienna International Centre.
- Uzday, İ. T. (2009). Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. *Mised*, 21(22), 5-15.
- Webb, E., Ashton, C. H., Kelly, P. and Kamali, F. (1996). Alcohol and drug use in uk university students. *Lancet*, 348(9032), 922-925. doi: 10.1016/S0140-6736(96)03410-1
- WHO (Dünya Sağlık Örgütü). (1997). Programme on substance abuse. Geneva: World Health Organization.
- Williams, A. D., Thompson, J. and Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behavior Research and Therapy*, 51(8), 469-475.
- Yüksel, N., Dereboy, Ç. ve Çifter, İ. (1994). Üniversite öğrencileri arasında madde kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5(4), 283-286.
- Zvolensky, M. J., Marshall, E. C., Johnson, K., Hogan, J., Bernstein, A. Ve Bonn-Miller, M. O. (2009). Relations between anxiety sensitivity, distress tolerance, and fear reactivity to bodily sensations to coping and conformity marijuana use motives among young adult marijuana users. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 17(1), 31-42. doi: 10.1037/a0014961
- Zvolensky, M. J. and Otto, M. W. (2007). Affective intolerance, sensitivity, and processing: advances in clinical science introduction. *Behavior Therapy*, 38(3), 228-233. doi: [10.1016/j.beth.2007.01.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.01.002)

## EKLER

### Ek 1. İzin Yazıları

T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
ETİK KURUL KARARI

Tarih: 13.12.2016

No: 42

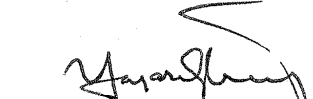
<b>Çalışmanın Türü:</b>	Yüksek Lisans Tezi
<b>Konu:</b>	Anket Uygulama
<b>Başlık:</b>	Madde Kullanımı Olan Bireylerin Madde Kullanım Özellikleri ve Sıkıntıya Dayanma Kapasiteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
<b>Yürütücü:</b>	Prof. Dr. Hakan TÜRKÇAPAR
<b>Yazar:</b>	Sercan UDUM
<b>Karar:</b>	Olumlu




**Prof. Dr. Şener BÜYÜKÖZTÜRK**  
Eğitim Fak./Etik Kurul Başkanı



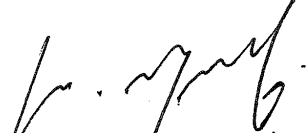
**Prof. Dr. Şaban KAYHAN**  
Hukuk Fak. / Etik Kurul Üyesi



**Prof. Dr. Yaşar ÖZBAY**  
Eğitim Fak. / Etik Kurul Üyesi




**Prof. Dr. Osman Tolga ARICAK**  
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi



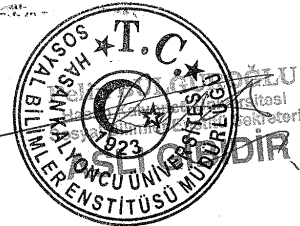
**Doç. Dr. Mazlum ÇELİK**  
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi



**Doç. Dr. Şaziye Serem BAŞGÜL**  
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi



**Yrd. Doç. Dr. Ahmet KESER**  
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi



T.C.  
ADALET BAKANLIĞI  
Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 46985942/1068/149796  
Konu : Form ve Ölçek Uygulaması İçin  
İzin Talebi

30/12/2016

KİLİS CUMHURİYET BAŞSAVCILIĞINA

İlgi :28.12.2016 tarihli ve 2016/3642 Bakanlık Muhabere Dosyası sayılı yazı.

İlgi yazı ile; Gaziantep Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi olan ve halen Kilis Denetimli Serbestlik Müdürlüğü'nde psikolog olarak görev yapan Sercan UDUM'un Prof. Dr. Hakan TÜRKÇAPAR'ın danışmanlığında yürüttüğü "Madde Kullanımı Olan Bireylerin Madde Kullanım Özellikleri Ve Sıkıntıya Dayanma Kapasitelerinin İncelenmesi" kounulu tez çalışması kapsamında, Kilis Denetimli Serbestlik Müdürlüğü'nde cezaları infaz edilen 50 yükümlüye 2017 yılı Ocak-Nisan ayları arasında "Sıkıntıya Dayanma Ölçeği", "Bağımlılık Profil İndeksi", "Beck Depresyon Envanteri", "Beck Anksiyete Envanteri" ve "Sosyo Demografik Bilgi Formu" uygulamak için izin talebinde bulunduğu bildirilmiştir.

Söz konusu yazı ve ekleri incelenmiş olup; Sercan UDUM'un Prof. Dr. Hakan TÜRKÇAPAR'ın danışmanlığında, ses ve görüntü kaydı alınmaması, yükümlülerin rızalarının alınması ve kimlik bilgilerinin gizli tutulması, bilgilerin basınla paylaşılmaması, çalışma esnasında müdürlüğün işlerinin aksatılmaması, çalışma sonucunun iki örneği ile CD'sinin Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'ne gönderilmesi ve Genel Müdürlük'ten onay alınmadan çalışmanın hiçbir şekilde kullanılmaması ve yayınlanmaması koşullarıyla, Kilis Denetimli Serbestlik Müdürlüğü'nde belirtilen tarihler arasında söz konusu form ve ölçekleri uygulaması uygun bulunmuştur.

Bilgi ve gereğini arz ederim.

Cengiz ÖNER  
Hâkim  
Bakan a.  
Genel Müdür Yardımcısı

T.C.  
ADALET BAKANLIĞI  
Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 46985942/512/55823  
Konu : Envanter ve Form Uygulaması  
Süresinin Uzatılması Talebi

09/05/2017

KİLİS CUMHURİYET BAŞSAVCILIĞINA

İlgi :a)28.12.2016 tarihli ve 2016/3642 Bakanlık Muhabere Dosyası sayılı yazı.  
b)30.12.2016 tarihli ve 46985942/1068/149796 sayılı yazımız.  
c)02.05.2017 tarihli ve 2017/1523 Bakanlık Muhabere Dosyası sayılı yazı.

İlgi (a) yazı ile; Gaziantep Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi olan ve halen Kilis Denetimli Serbestlik Müdürlüğü'nde psikolog olarak görev yapan Sercan UDUM'un Prof. Dr. Hakan TÜRKÇAPAR'ın danışmanlığında yürüttüğü "Madde Kullanımı Olan Bireylerin Madde Kullanım Özellikleri ve Sıkıntıya Dayanma Kapasitelerinin İncelenmesi" konulu tez çalışması kapsamında, Kilis Denetimli Serbestlik Müdürlüğü'nde cezaları infaz edilen 50 yükümlüye 2017 yılı Ocak-Nisan ayları arasında "Sıkıntıya Dayanma Ölçeği", "Bağımlılık Profil İndeksi", "Beck Depresyon Envanteri", "Beck Anksiyete Envanteri" ve "Sosyo Demografik Bilgi Formu" uygulamak için izin talebinde bulunduğu bildirilmiş, söz konusu talep ilgi (b) sayılı yazımız ile uygun bulunmuştur.

İlgi (c) yazı ile ise, Psikolog Sercan UDUM tarafından söz konusu tez çalışması kapsamında 2017 yılı Ocak ve Nisan ayları arasında adı geçen envanter ve formun uygulandığı ancak, çalışmanın gereği için yeterli sayıda ve kullanılabilir sonuçlara ulaşamadığı belirtilerek, çalışmanın tamamlanabilmesi için bahse konu tez çalışması için verilen sürenin 31 Aralık 2017 tarihine kadar uzatılması hususunda yeniden izin talep edildiği bildirilmiştir.

Bu kapsamda, ilgi (c) yazı ve eki dilekçe incelenmiş olup; Sercan UDUM'un Prof. Dr. Hakan TÜRKÇAPAR'ın danışmanlığında Kilis Denetimli Serbestlik Müdürlüğü'nde yürüttüğü tez çalışmasının 31 Aralık 2017 tarihine kadar uzatılması uygun bulunmuştur.

Bilgi ve gereğini arz ederim.

Burhanettin ESER  
Hâkim  
Bakan a.  
Genel Müdür Yardımcısı

## Ek 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu çalışmanın amacı, madde kullanımı olan bireylerde madde kullanım özellikleri ve sıkıntıya dayanma kapasitesi arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Çalışmada sizden tahminen 20 dakikanızı ayırmanız istenmektedir. Çalışmaya sizin dışınızda tahminen 50 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır, ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya 0507 820 0079 numaralı telefonda ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

İMZA

---

### Ek 3. Sosyodemografik Bilgi Formu

#### SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Değerlendirme Tarihi: / /

**Doğum Tarihi** :  
**Cinsiyet** :  E  K  
**Eğitim Durumu** :  Okur-yazar  İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite  
**Medeni Durum** :  Evli  Bekar  Boşanmış  Dul  
**Çocuğunuz var mı?**  Evet  Hayır

**Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü?**  Evet  Hayır

1. Madde kullanmaya kaç yaşında başladınız? \_\_\_\_\_
2. Madde nedeniyle hastaneye yattınız mı?  Evet  Hayır
3. Evetse kaç yaşında belirtiniz; \_\_\_\_\_
4. Anne, baba ya da kardeşlerinizden madde kullanan var mı?  Evet  Hayır
5. Evetse kimler belirtiniz; \_\_\_\_\_
6. İkinci derece akrabalarınız (amca, hala, dayı, teyze) arasında madde kullanımı olan var mı?  
 Evet  Hayır
7. Çocukluk döneminde (14 yaşa dek) yaşadığınız evde madde kullanılır mıydı?  Evet  Hayır
8. Madde kullanımı nedeniyle işte sorun yaşadınız mı?  Evet  Hayır
9. Madde kullanımı nedeniyle eşinizden ayrılık ya da boşanma yaşadınız mı?  Evet  Hayır
10. Madde etkisi altında iken tamamıyla hatırlamadığınız bir dönem oldu mu?  Evet  Hayır
11. Maddeyi azalttığınız da ya da kestiğinizde bayılma/sara nöbeti geçirdiniz mi?  Evet  Hayır
12. Madde kullandığınız zaman günlük ortalama aldığınız madde miktarı nedir? \_\_\_\_\_
13. Maddeyi hangi ortamda kullanırsınız?  Arkadaşlarla  Yalnız



## BAPİ - KISA

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.  
Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz **tek bir** şıkkı işaretleyin.

Son BİR yıl içinde alkol ve madde kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

	Hiç veya ayda 3 kezden fazla değil	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
<b>1</b> Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hiçbir zaman	En az bir kez kullandım	Üçten fazla kez
<b>2</b> Esrar (marihuana, joint, gubar vb) kullandınız mı? Ne sıklıkta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2b</b> Bonzai, jamaikan (sentetik kannabinoid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> Ecstasy (ekstazi) kullandınız mı? Ne sıklıkta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> Eroin kullandınız mı? Ne sıklıkta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b> Kokain kullandınız mı? Ne sıklıkta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b> Taş (krak kokain) kullandınız mı? Ne sıklıkta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b> Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar kullandınız mı? Ne sıklıkta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b> Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb) kullandınız mı? Ne sıklıkta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b> Akineton, tantum, xanax vb gibi çeşitli haplar kullandınız mı? Ne sıklıkta <i>Eğer bu ilaçları doktor bilgisinde ve önerisiyle kullandıysanız "0" işaretleyiniz</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b> Metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri kullandınız mı? Ne sıklıkta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b> LSD, GHB gibi maddeler kullandınız mı? Ne sıklıkta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Dikkat!**

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu, [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

“[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” yerine alkol içiyorsanız “Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” veya esrar içiyorsanız “Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” biçiminde okuyun.

**SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz****12 Kullandığınız [maddenin] miktarı giderek arttı mı?**

Hiçbir zaman    Bazen   Neredeyse her zaman

**13 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?**

Hiçbir zaman    Bazen   Neredeyse her zaman

**Planladığınızdan daha fazla [madde] kullandığınız oldu mu?**

**14** Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içtiğin veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullandığın oldu mu?  
  Hiçbir zaman    Bazen   Neredeyse her zaman

**15 [Madde] kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?**

Hiçbir zaman    Bazen   Neredeyse her zaman

**16 Alkol veya uyuşturucu kullanmanız beden veya ruh sağlığınızı olumsuz etkiledi mi? Yani sağlık sorunları yaşadınız mı?**

Hiçbir zaman    Bazen   Neredeyse her zaman

**17 Alkol veya uyuşturucu kullanmanız ailenle veya arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?**

Hiçbir zaman    Bazen   Neredeyse her zaman

**18 Alkol veya uyuşturucu kullanmanız eğitim hayatınızı olumsuz etkiledi mi? İş hayatınızı olumsuz etkiledi mi? Ekonomik durumunuzu olumsuz yönde etkiledi mi?**

Hiçbir zaman  
zaman

Bazen

Neredeyse her

**19** Gündüz saatlerinde de alkol veya uyuşturucu kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?

Hiçbir zaman  
zaman

Bazen

Neredeyse her

**20** Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla alkol veya uyuşturucu kullandığınızdan endişeleniyor muydu? Ne sıklıkla?

Hiçbir zaman  
zaman

Bazen

Neredeyse her

**SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz**

**21** [Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musunuz? Ne sıklıkta?

Hiçbir zaman  
zaman

Bazen

Neredeyse her

**22** Alkol veya uyuşturucuyu bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor muydunuz?

Hiçbir zaman  
zaman

Bazen

Neredeyse her

## Ek 5. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ)

### SIKINTIYA DAYANMA ÖLÇEĞİ (DISTRESS TOLERANCE SCALE)

Lütfen 1 (tamamen katılıyorum) ile 5 (hiç katılmıyorum) arasında puanlama yapınız.

	Tamamen katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmek bana dayanılmaz gelir	1	2	3	4	5
2. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde tek düşünebildiğim ne kadar kötü hissettiğimdir	1	2	3	4	5
3. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmenin üstesinden gelemem	1	2	3	4	5
4. Sıkıntılı duygularım beni tamamen ele geçirecek kadar yoğundur	1	2	3	4	5
5. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmekten daha kötü bir şey yoktur	1	2	3	4	5
6. Sıkıntılı ya da üzgün olmaya diğer birçok kişi kadar katlanabilirim	1	2	3	4	5
7. Sıkıntı ya da üzüntü duygularım kabul edilemezdir	1	2	3	4	5
8. Sıkıntılı ya da üzüntülü hissetmemek için her şeyi yaparım	1	2	3	4	5
9. Diğer insanlar sıkıntılı veya üzüntülü hissetmeye benden daha çok dayanıyor gibiler	1	2	3	4	5
10. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmek her zaman benim için ateşten gömlektir	1	2	3	4	5
11. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde utanırım	1	2	3	4	5
12. Sıkıntılı hissetmek ya da üzüntülü olmak beni korkutur	1	2	3	4	5
13. Sıkıntılı veya üzgün hissetmeyi durdurmak için her şeyi yaparım	1	2	3	4	5
14. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde hemen bir şeyler yapmalıyım	1	2	3	4	5
15. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde, sıkıntının aslında ne kadar kötü hissettirdiğine odaklanmaktan kendimi alamam	1	2	3	4	5

## Ek 6. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

### BDI (Beck Depresyon Ölçeği)

**Yönerge:** Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki rakamın üzerine (x) işareti koyunuz.

#### 1.Hüzün

- 0 Kendimi üzgün hissetmiyorum  
1 Kendimi üzgün hissediyorum  
2 Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum  
3 Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum

#### 2. Karamsarlık

- 0 Gelecekte umutsuz değilim  
1 Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum  
2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok  
3 Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek

#### 3. Geçmiş başarısızlıklar

- 0 Kendimi başarısız görmüyorum  
1 Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır  
2 Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum  
3 Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum

#### 4.Zevk alamama

- 0 Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum  
1 Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum  
2 Artık hiçbirşeyden gerçek bir zevk alamıyorum  
3 Bana zevk veren hiçbirşey yok. Her şey çok sıkıcı

#### 5.Suçluluk Duyguları

- 0 Kendimi suçlu hissetmiyorum  
1 Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor  
2 Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum  
3 Kendimi her an için suçlu hissediyorum

#### 6.Cezalandırılma Duyguları

- 0 Cezalandırıldığımı düşünmüyorum  
1 Bazı şeyler için cezalandırılacağıma hissediyorum  
2 Cezalandırılmayı bekliyorum  
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum

#### 7.Kendinden hoşlanmama

- 0 Kendimden hoşnutum  
1 Kendimden pek hoşnut değilim  
2 Kendimden hiç hoşlanmıyorum  
3 Kendimden nefret ediyorum

#### 8.Kendini Eleştirme

- 0 Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum  
1 Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum  
2 Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum  
3 Her kötü olayda kendimi suçluyorum

#### 9.İntihar Düşünceleri veya İstekleri

- 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok  
1 Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam  
2 Kendimi öldürebilmeyi isterdim  
3 Bir fırsatımı bulsam kendimi öldürürüm

#### 10. Ağlama

- 0 Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum  
1 Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum  
2 Şu sıralarda her an ağlıyorum  
3 Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum

#### 11.Sinirlilik

- 0 Her zamankinden daha sinirli değilim  
1 Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum  
2 Çoğu zaman sinirliyim  
3 Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum

#### 12.İlgi kaybı

- 0 Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim  
1 Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim  
2 Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim  
3 Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı

#### 13.Kararsızlık

- 0 Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum  
1 Şu sıralar kararlarımı vermeyi erteliyorum  
2 Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum  
3 Artık hiç karar veremiyorum

#### 14.Dış Görünüm

- 0 Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum  
1 Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum  
2 Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum  
3 Çok çirkin olduğumu düşünüyorum

#### 15.Çalışma

- 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum  
1 Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor  
2 Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum  
3 Hiçbir iş yapamıyorum

#### 16.Uyku düzeninde değişiklik

- 0 Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum  
1 Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum  
2 Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum  
3 Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum

#### 17.Kolay yorulma

- 0 Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum  
1 Eskisinden daha çabuk yoruluyorum  
2 Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor  
3 Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum

#### 18.İştahta Değişiklik

- 0 İştahım eskisinden pek farklı değil  
1 İştahım eskisi kadar iyi değil  
2 Şu sıralarda iştahım epey kötü  
3 Artık hiç iştahım yok

#### 19.Kilo Kaybı

- 0 Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum  
1 Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim  
2 Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim  
3 Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim

*Daha az yemeğe çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum:* Evet ( )  
Hayır ( )

#### 20.Sağlık Endişesi

- 0 Sağlığımı beni pek endişelendirmiyor  
1 Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var  
2 Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor  
3 Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum

#### 21.Cinsel İsteğin Kaybolması

- 0 Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok  
1 Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum  
2 Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim  
3 Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

1 - 10: Normal Düzey; 11 - 16: Sınırdan Depresif Belirtiler; 17 - 20: Hafif Düzeyde Klinik Depresyon, 21 - 30: Orta Düzeyde Depresyon, 31 - 40: Ciddi Düzeyde Depresyon, 40 Üzeri: Ağır Düzeyde Depresyon

**Toplam Puan:** \_\_\_\_\_

## Ek 7. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

### Beck Anksiyete Envanteri

Aşağıda anksiyetenin sık görülen belirtileri yazılıdır. Lütfen listedeki her maddeyi dikkatlice okuyun. BUGÜN DE DAHİL OLMAK ÜZERE GEÇEN HAFTA BOYUNCA bu belirtilerin sizi ne kadar rahatsız ettiğini her belirtinin karşısında yer alan satırdaki ifadeden size uyanı işaretleyerek belirtin.

		<b>Yok (0)</b>	<b>Hafif (1)</b> <i>Çok fazla rahatsız etmedi</i>	<b>Orta (2)</b> <i>Çok rahatsız ediciydi ama dayanabildim</i>	<b>Şiddetli (3)</b> <i>Dayanılama- yacak kadar kötüydü</i>
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Sıcaklık/ateş basmaları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Bacaklarda halsizlik, titreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Gevşeyememe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Başdönmesi veya sersemlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Kalp çarpıntısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Dengeyi kaybetme duygusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Dehşete kapılma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Sinirlilik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Boğuluyormuş gibi olma duygusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ellerde titreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Titreklik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Kontrolü kaybetme korkusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Nefes almada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ölüm korkusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Korkuya kapılma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Baygınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Yüzün kızarması kızarması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>