

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

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN İŞLEVSEL OLMAYAN
TUTUMLAR, DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ AÇISINDAN
İNCELENMESİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
HATİCE YALÇIN

GAZİANTEP – 2018

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

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN İŞLEVSEL OLMAYAN
TUTUMLAR, DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ AÇISINDAN
İNCELENMESİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

HATİCE YALÇIN

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. MEHMET HAKAN TÜRKÇAPAR

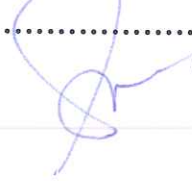
GAZİANTEP – 2018

KABUL VE ONAY

Hatice YALGIN tarafından hazırlanan "Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin İşlevsel Olmayan Tutumları, Depresyon ve Anksiyete Düzeyine Açısından İstatistiksel Karşılaştırmalı Bir Çalışma" başlıklı bu çalışma 27/07/2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. M. Hakan TÜRKŞAPAR

.....
(Başkan)

Prof. Dr. Selvak ASLAN


.....
(Üye)


Prof. Dr. Levent SÜTÇÜGİL

.....
(Üye)

Onay

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

.....
Enstitü Müdürü

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin İşlevsel Olmayan Tutumlar, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Açısından İncelenmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma” 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...../..../.....

[İmza]

Hatice Yalçın

ÖNSÖZ

Tezimin hazırlanması sürecinde bilgi ve tecrübelerini paylaşarak yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar'a teşekkür ve saygılarımı sunuyorum. Ayrıca bu süreçte çalışmamın belirli aşamalarında yol gösteren ve yardımcı olan sevgili Ercan Akın'a teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca manevi desteğini esirgemeyen ve her daim yanımda olduğunu hissettiğim sevgili aileme teşekkür ve minnetlerimi sunuyorum. Ve babam, anlatamadığım bir sevgi ile eğitimi kucaklayan ve okumam için her türlü fedakarlıkta bulunan gönlü yüce insan, teşekkürler...

Gaziantep, 2018

Hatice YALÇIN

ÖZET

Bu çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan bireyler ile madde kullanmayan bireylerin işlevsel olmayan tutumlar, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla yürütülen çalışma, nedensel karşılaştırmalı desende yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, 18-60 yaş aralığındaki Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Ahmet Şireci AMATEM Kliniği'nde yatarak tedavi olan 60 hasta (çalışma grubu) ve madde kullanmayan 60 kişi (kontrol grubu) oluşturmuştur. Araştırma verileri; Kişisel Bilgi Formu, İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Türkçe Formu (DAS-R-TR), Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri ve Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi Kolmogorov-Smirnov testi ve Shapiro-Wilk testleri, Bağımsız Gruplar T testi, Pearson Korelasyon yöntemi, ANOVA ve Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi kullanılarak yapılmıştır. Yapılan analizlere göre; madde kullanım bozukluğu olan bireylerde, DAS-R ölçeğiyle saptanan işlevsel olmayan tutumların madde kullanmayan bireylere göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Beck Depresyon ve Anksiyete ölçekleriyle saptanan depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından yapılan karşılaştırmada ise, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin depresyon (ortalama 37.35) ve anksiyete düzeyleri (ortalama 27.23), madde kullanmayan bireylere (BDE skoru ortalaması 7.20, BAE skoru ortalaması 5.52) göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgular alanyazın çerçevesinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Madde Kullanım Bozukluğu, İşlevsel Olmayan Tutumlar, Depresyon, Anksiyete.

ABSTRACT

This study aimed to compare dysfunctional attitudes, depression and anxiety levels of the individuals with substance use disorder and those who did not use substance. For this purpose, causal comparative research design was used. The participants included 60 individuals being treated at Ahmet Şireci ASATEC unit of 25 Aralık State Hospital (study group) and 60 individuals who do not use substance (control group). Their age ranged from 18 to 60. Research data were collected through Personal Information Form, Abbreviated Turkish form of Dysfunctional Attitude Scale (DAS-R-TR), Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory and Addiction Profile Index (BAPI)'s Short Form. Data were analysed by using Kolmogorov-Smirnov test, Shapiro Wilk test, Independent Samples Group T test, Pearson Correlation Method, ANOVA and Multi Linear Regression Analysis. The results indicated that dysfunctional attitudes of individuals with substance use disorder determined by DAS-R were higher than the average scores of the individuals who do not use substance. When the anxiety and depression levels presented by Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory compared, we found that depression (average: 37.35) and anxiety (average: 27.23) levels of individuals with substance use disorder had significantly higher average scores in than those who do not use substance (BDI score average: 7.20, BAI score average: 5.52). These findings were also discussed in terms of present literature.

Key Words: Substance Use Disorder, Dysfunctional Attitudes, Depression, Anxiety.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR.....	iv

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Durumu	1
1.1.1. Problem Cümlesi.....	2
1.1.2. Alt Problemler.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Önemi	3
1.4. Araştırmanın Varsayımları.....	4
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
1.6. Tanımlar	5

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	6
2.1. Madde Kullanım Bozuklukları.....	6

2.1.1. Bağımlılık ve Madde Bağımlılığı Kavramları.....	6
2.1.2. DSM-5'e göre Madde ile İlişkili Bozukluklar.....	6
2.1.2.1. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırılması.....	9
2.1.2.1.1. Alkol.....	9
2.1.2.1.2. Kannabis(Esrar).....	10
2.1.2.1.3. Kokain.....	11
2.1.2.1.4. Halüsinöjenler.....	11
2.1.2.1.5. Opiyatlar (erooin, morfin, kodein).....	12
2.1.2.1.6. Amfetamin veya benzer etkili simpatomimetikler.....	13
2.1.2.1.7. Nikotin.....	14
2.1.2.1.8. İnhalanlar (Uçucu Maddeler).....	14
2.1.2.1.9. Fensiklidin veya benzer etkili arilsikloheksilaminler.....	15
2.1.2.1.10. Sedatifler, Hipnotikler ve Anksiyolitikler.....	15
2.1.3. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi.....	16
2.1.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi.....	17
2.1.4.1. Psikolojik Değişkenler.....	17
2.1.4.2. Sosyokültürel Değişkenler.....	19
2.1.4.3. Biyolojik Değişkenler.....	19
2.2. İşlevsel Olmayan Tutumlar.....	20
2.2.1. Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım (ADDY).....	20
2.2.1.1. Madde Kullanım Bozukluğunda Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım.....	22
2.2.2. Beck'in Bilişsel Yaklaşımı.....	23
2.2.2.1. Temel İnançlar.....	25
2.2.2.2. Ara İnançlar ve Kurallar.....	26

2.2.2.3. Otomatik Düşünceler.....	27
2.3. Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Yaklaşım.....	29
2.4. Madde Kullanım Bozukluğunda Motivasyonel Kuram.....	32
2.5. Madde Kullanım Bozukluklarında Depresyon ve Anksiyete.....	33

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Modeli.....	36
3.2. Evren ve Örneklem.....	36
3.3. Veri Toplama Araçları.....	36
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	37
3.3.2. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Türkçe Formu (DAS-R-TR).....	37
3.3.3. Beck Depresyon Envanteri.....	38
3.3.4. Beck Anksiyete Envanteri.....	38
3.3.5. Bağımlılık Profil İndeksi Kısa (BAPİ-Kısa) Formu.....	38
3.3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	39
3.4. Verilerin Analizi ve Yorumlanması.....	40

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR	41
4.1. Örneklemin Sosyodemografik Bilgileri.....	41
4.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puan Ortalamalarının Çalışma ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	42
4.3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının Çalışma ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	42

4.4. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Çalışma ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular....	43
4.5. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Katılımcıların Yaş, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-Kısa) ve İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) Ölçekleri Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular.....	45
4.6. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-Kısa) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Öğrenim Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	47
4.7. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Öğrenim Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	49
4.8 Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının Öğrenim Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	50
4.9. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-Kısa) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Medeni Durum Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	51
4.10. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Medeni Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	53
4.11. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının Medeni Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	54
4.12. Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puanlarının Yordayıcısı Olarak Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-kısa) ve İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) Alt Ölçeklerine İlişkin Bulgular.....	55
4.13. Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu'nun (Bapi-kısa) Yordayıcısı Olarak BAE, BDE ve İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) Alt Ölçeklerine İlişkin Bulgular.....	56

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA.....58

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER.....64

6.1. Sonuç.....64

6.2. Öneriler.....65

KAYNAKÇA.....66

EKLER.....76

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....76

Ek 2. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Türkçe Formu (DAS-R-TR).....77

Ek 3. Beck Depresyon Envanteri.....79

Ek 4. Beck Anksiyete Envanteri.....85

Ek 5. Bağımlılık Profil İndeksi Kısa (BAPİ-Kısa) Formu.....87

Ek 6. İzin Yazısı.....91

Ek 7. Katılımcı Onam Formu.....92

TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri.....	41
Tablo 2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puan Ortalamalarının Çalışma ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları.....	42
Tablo 3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının Çalışma ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları.....	43
Tablo 4. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Çalışma ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları.....	44
Tablo 5. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Katılımcıların Yaş, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-Kısa) ve İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) Ölçekleri Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Pearson Korelasyon Sonuçları.....	46
Tablo 6. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-Kısa) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Öğrenim Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları.....	48
Tablo 7. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Öğrenim Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları.....	49
Tablo 8. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının Öğrenim Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları.....	50
Tablo 9. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-Kısa) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Medeni Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları.....	52

Tablo 10. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Medeni Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları.....	53
Tablo 11. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının Medeni Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları.....	54
Tablo 12. Beck Anksiyete Envanteri Puanlarının Yordayıcısı Olarak Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-kısa) ve İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) Alt Ölçeklerine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	55
Tablo 13. Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu'nun (Bapi-kısa) Yordayıcısı Olarak BAE, BDE ve İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) Alt Ölçeklerine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	56

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. Bilişsel Yapı.....25



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
ADDT	:	Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi
ADDY	:	Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım
AİDUEA	:	Alkol ve İlişkili Durumlarda Ulusal Epidemiyolojik Araştırması
AMATEM	:	Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi
BAE	:	Beck Anksiyete Envanteri
BAPİ	:	Bağımlılık Profil İndeksi
BDE	:	Beck Depresyon Envanteri
DAS	:	İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği
DAS-R-TR	:	İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Türkçe Formu
DDDT	:	Düşünsel Duygulanımcı Davranış Terapisi
DSM-IV	:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabının Dördüncü Baskısı
DSM-5	:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabının Beşinci Baskısı
GABA	:	Gamma Amino Bitürik Asit
M.Ö.	:	Milattan Önce
NCS	:	National Comorbidity Study (Ulusal Komorbidite Çalışması)
TUBİM	:	Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
WHO	:	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Madde kullanım oranlarına dair Dünya Uyuşturucu Raporu'na (2016) göre, yetişkin nüfusun yaklaşık % 5'i, bir başka deyişle 15-64 yaşları arasında yaklaşık 250 milyon kişinin 2014 yılında en az bir uyuşturucu madde kullandığı gözlenmiştir. Madde kullanım bozukluğu olan kişi sayısı altı yıldan sonra ilk defa artarak 27 milyondan 29 milyona ulaştığı ve her altı kişiden ancak birinin tedavi olduğu belirtilmiştir. Madde kullanımı ve bağımlılığı dünyada ve Türkiye'de giderek artan bir sağlık sorunu haline gelmiştir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğunun sağlıklı olmayan temel inançlar ve varsayımlarla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Brotchie vd., 2004). Uğurlu ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada alkol bağımlılarının işlevsel olmayan inançlara sahip olduğu görülmektedir. Bilişsel bozukluk varsayımına göre bağımlılığın temel sebebi düşünce süreci ve işlevsel olmayan bilişlerdir. Bilişsel yaklaşımda bağımlılığın hem duyguları hem de davranışları etkileyen ancak gerçekçi olmayan, obsesif nitelikli, hatalı inançlar ya da şemalar sebebiyle oluştuğu ileri sürülmektedir (Işık ve Işık, 2016: 49).

Beck ve arkadaşları (1993) tarafından madde kötüye kullanımı tedavisi için geliştirilen bilişsel terapi modeli, madde kullanan kişilerin maddeye yönelmesine neden olan inançlarını sorgulaması ile kendilerini değerlendirmelerini esas almaktadır (Ögel, 2010: 235). Ellis, kişilerin yaşadığı psikolojik rahatsızlıkların daha çok kişinin akılcı ve gerçeğe uygun olmayan inanç veya tutumlarından kaynaklandığını savunmuştur. Bilişsel kuram, bireyin bilişsel yapısını kavramlaştırırken bilişleri; otomatik düşünceler ve şemalar (ara ve temel inançlar) olarak incelemektedir. İnançlar ve sayıltılar, kişinin uyumunu bozucu veya işlevsiz olabilmektedir. Bu işlevi olmayan sayıltılar ve kurallar daha derinde yer alan temel inançlara kadar uzanmaktadır. İşlevsiz inançlar bireyin düşüncesini biçimleyerek psikopatolojiye özgü bilişsel hatalara, bilişsel hatalar da bilginin hatalı işlemesi sonucunda duruma uygun olmayan ve duygusal sıkıntıya sebep olan otomatik düşüncelere sebep olmaktadır. Duruma uygun olmayan olumsuz otomatik düşüncelerde görülen özelliklerin sınıflandırılmasıyla bilişsel çarpıtmalar ortaya çıkmaktadır (Türkçapar, 2015).

Bireylerin yaşadığı duygusal sıkıntılar ve işlevsel olmayan inançlarının sadece yaşadıkları olaylardan kaynaklanmadığı, yaşanan olaylara yüklenen anlamlar ile bireyler duygusal ve davranışsal tepkiler vermektedirler. Basit iletişim çatışmalarından ciddi düzeydeki ruhsal rahatsızlıklara neden olabilen bu düşünme hataları, Ellis'in kuramında akılcı olmayan inançlar, Beck'in kuramında ise bilişsel çarpıtmalar olarak adlandırılmaktadır. Bu düşünceler işlevsiz, mantık dışı, kişiyi yenilgiye uğratan ve dogmatik bir içerikten oluşan örüntülerdir (Türküm, 1999: 41). Bu işlevsiz inançların yerine daha uyarlanabilir inançlar ortaya konulduğunda bireyin sorunlarıyla daha gerçekçi düşünceler temelinde baş etmesi sağlanır. Düşünceler yeniden yapılandırıldığında, madde kullanılmasına neden olan durumlara karşı birey sorumluluk duymaya başlamaktadır (Beck vd, 1993).

Alkol ve madde kullanan bireylerin alkol ve maddeyle ilişkili olan yanlış inançları, bilişsel terapide müdahale gerektiren önemli bir alandır (Whisman, 2010: 324). Ancak madde kullanım problemi olan kişilerin inanç sistemlerini değerlendiren az çalışma yapıldığı gözlenmektedir (Luke vd., 2002: 91).

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun yaygınlığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Alkol veya madde kullanımı komorbiditesine yönelik epidemiyolojik ulusal komorbidite çalışmasında (NCS; National Comorbidity Study) bulunan veriler, bağımlılığı olan bireylerin %41 ile %65'inin hayatlarının bir döneminde bir affektif ya da anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır. Bir affektif ya da anksiyete bozukluğu bulunan kişilerin yaklaşık %50'si yaşamlarının bir döneminde, bir bağımlılık bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamış ve bu bozukluklar genel popülasyonda görülme sıklığından daha fazla görülmüştür (Bucholz 1999'dan aktaran Yapıcı, 2006). Yine Türkiye'de yapılan bir çalışmada, alkol ve madde kullanan genç erkeklerde en sık karşılaşılan iki tanının anksiyete bozuklukları ve majör depresyon olduğu saptanmıştır (Sevinçok vd., 2000).

1.1.1. Problem Cümlesi

Yapılan çalışma, madde kullanım bozukluğu olan bireyler ile madde kullanmayan bireyleri işlevsel olmayan tutumlar, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırmayı amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda yapılan çalışmada aşağıdaki problem cümlesine yanıt aranmaktadır.

Madde kullanım bozukluğu olan bireyler ile madde kullanmayan bireylerin işlevsel olmayan tutumlar, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

1.1.2. Alt Problemler

- 1- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin işlevsel olmayan tutumları ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 2- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin işlevsel olmayan tutumları ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 3- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin işlevsel olmayan tutumları ile BAPİ-Kısa ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 4- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin depresyon ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 5- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin depresyon düzeyi ile BAPİ-Kısa ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 6- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin anksiyete düzeyi ile BAPİ-Kısa ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 7- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaş ile işlevsel olmayan tutumlar, depresyon, anksiyete düzeyleri ve BAPİ-Kısa ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 8- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin eğitim durumuna göre işlevsel olmayan tutumlar, depresyon ve anksiyete düzeyleri, BAPİ-Kısa ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- 9- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin medeni durumuna göre işlevsel olmayan tutumları, depresyon ve anksiyete düzeyleri, BAPİ-Kısa ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, madde kullanım bozukluğu olan ile madde kullanmayan bireyleri işlevsel olmayan tutumlar, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırıp aralarındaki farkın incelenmesidir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Araştırmanın madde kullanım bozukluğu üzerine yapılmasındaki gerekçe; madde kullanımı veya bağımlılığı dünyada ve Türkiye’de giderek artan bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Yaşanan bu olumsuz tablo karşısında madde kullanım bozukluğunun tedavisinde bilişsel kurama göre işlevsel olmayan inançların belirlenmesi önemlidir. Ancak madde kullanım bozukluğu olan bireylerde çeşitli faktörler incelenmesine karşın işlevsel olmayan tutumlar üzerine sınırlı sayıda araştırma yapıldığı gözlenmiştir. Bu çalışma ile madde kullanım bozukluğu olan bireyler ile madde kullanmayan bireylerin işlevsel olmayan tutumları, depresyon ve anksiyete düzeyleri değerlendirilerek alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

1. Araştırmaya katılan bireylerin ölççeklerdeki sorulara samimi ve doğru bir şekilde yanıt verdiği varsayılmaktadır.
2. Araştırma için bireylere uygulanan veri toplama araçlarının araştırmanın amacına uygun olarak konuyu geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçtüğü varsayılmaktadır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

- 1- Bu çalışma madde bağımlılığı tedavisi görmekte olan deney grubundan Temmuz 2017- Eylül 2017 ve madde kullanmayan kontrol grubundan Ekim 2017- Şubat 2018 arasında toplanan verilerle sınırlı kalmıştır.
- 2- Araştırmanın kontrol grubu bir vakıf üniversitesinde, bir kamu hastanesinde ve bir erkek öğrenci yurdunda çalışan personel ve bir kamu hastanesine gelen hasta yakınları ile sınırlandırılmıştır.
- 3- Araştırma sadece Gaziantep’teki katılımcıları kapsamaktadır. Deney grubunu Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi’ne bağlı AMATEM (Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi) biriminde yatarak tedavi olan hastalar oluşturmaktadır. Tedavi olmayan ve ayakta tedavi olan hastaları kapsamamaktadır. Bu durum da sonuçların genellenebilirliği açısından kısıtlayıcıdır.
- 4- Sınırlılıkların birisi de AMATEM’de tedavi olan hastaların tamamına yakını erkekler olduğundan sadece erkekler çalışmaya alınmıştır.
- 5- Araştırmaya katılanların eğitim seviyesinin ilkökul, ortaokul ve liseyi kapsamaması sonuçları genellemeyi kısıtlamaktadır.

1.6. Tanımlar

Madde Kullanım Bozukluğu: Kişinin kullanmakta olduğu maddeyi birçok defa bırakma girişiminde bulunmasına karşın bırakamaması, giderek maddenin miktarını arttırması ve maddeyi bırakması ile yoksunluk özelliklerinin ortaya çıkması, maddenin zararlı sonuçlarına rağmen maddeyi kullanmaya devam etme ve zamanın çoğunu madde arayarak geçirmesi ile var olan bir durumdur (Ögel, 2002b: 17).

İşlevsel Olmayan Tutumlar: İnsanların çocukluk döneminden başlayarak kendileri, diğerleri ve dünya hakkında geliştirdikleri, temel inançlar ve şemalara uzanan, hatalı bilişleri içeren kalıcı ve mutlak inançlardır (Beck, 2011: 32).

Depresyon: Bireyin yaşama karşı istek ve zevkinin kaybolduğu, üzüntü, karamsarlık, yoğun pişmanlık ya da suçluluk duygusu ve düşünceleri ile intihar düşüncesi ya da girişimlerin görülebildiği, iştah, uyku, cinsel istek benzeri fizyolojik rahatsızlıkların olduğu bir bozukluktur (Alper, 2001: 3).

Anksiyete: Aşırı kaygı duyma hali, hastalık korkusu ya da her daim kötü bir şey olacakmış gibi hissetme durumu, somatik yakınmaların görüldüğü ve kaygıyı tetikleyen durumlardan kaçınma hali ile belirlenen bir psikiyatrik bozukluktur (Koroğlu, 2009: 79-80).

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Madde Kullanım Bozuklukları

2.1.1. Bağımlılık ve Madde Bağımlılığı Kavramları

Bağımlılık, anlamı bakımından geniş çerçeve sahip bir kavramdır. Genel olarak bağımlılık, bir kişiye, nesneye ya da varlığa duyulan engellenemez istek olarak tanımlanabilir. İnsanın mental aktivitesiyle bağlantılı patolojik bir davranış halini yansıtmaktadır. Fiziksel, psikolojik ya da sosyal yaşantılara zarar vermesine rağmen bir takıntılı durumu yineleme ve önlenemez bir istekle bunun sürdürülme halidir. Bağımlılık denildiğinde öncelikli olarak bazı bitkisel veya kimyasal maddelere karşı bağımlılık akla gelmektedir (Uzbay, 2009: 5).

Madde bağımlılığı; kişinin kullanmakta olduğu maddeyi birçok defa bırakma girişiminde bulunmasına karşın bırakamaması, giderek maddenin miktarını arttırması ve maddeyi bırakması ile yoksunluk özelliklerinin ortaya çıkması, maddenin zararlı sonuçlarına rağmen maddeyi kullanmaya devam etmesi ve zamanın çoğunu madde arayarak geçirmesi ile var olan bir durumdur. Bağımlılık yapan maddeler denildiğinde akla sadece uyuşturucu maddeler gelmemelidir. Aynı zamanda uyarıcı maddeler de (kokain, ecstasy gibi) bu kapsamda değerlendirilmektedir (Ögel, 2002b: 17, 21). Uyuşturucu ve uyarıcı maddelerin alışkanlık haline gelmesi ile kısa bir süre içinde zarar verici sonuçları ortaya çıkmaktadır. Bu kimyasal maddeler ilk olarak merkezi sinir sistemini etkileyerek bireyin ruhsal yaşamını, hareketlerini, düşüncelerini, duygusunu değiştirir. Kimyasal özellikleri sebebiyle de basit ve kısa yoldan bağımlılık yaratmaktadırlar (Köknel, 1998: 13). Bağımlılık kelimesi olumsuz bir anlam ve belirsiz bir tanım olabildiğinden Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabının Beşinci Baskısının (DSM-5) tanısal kavramları arasından çıkarılmıştır (DSM-5, 2013: 231, 235).

2.1.2. DSM-5'e göre Madde ile İlişkili Bozukluklar

DSM-5'e göre madde ile ilişkili bozukluklar; madde kullanım bozuklukları ve maddenin yol açtığı bozukluklar olarak ikiye ayrılmaktadır.

Maddenin yol açtığı bozukluklar; entoksikasyon, yoksunluk ve maddenin-ilacın neden olduğu psikiyatrik bozukluklar (depresyon, kaygı, uyku, deliryum ve nörobilişsel rahatsızlıklar,

psikozla giden bozukluklar, takıntı-zorlantı, iki uçlu bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları) olarak incelenmektedir(DSM-5, 2013: 231).

Entoksikasyon, maddenin kullanılması ile kişide uygunsuz fiziksel ve psikolojik değişikliklerin yaşanması halidir (Ögel, 2002b: 17). Yoksunluk ise kişinin aşırı bir şekilde ve uzun zamandır kullandığı maddenin miktarını azaltması ya da madde kullanımını sonlandırması ile işlevsellikte düşme ve kişide görülen bedensel ve psikolojik belirtiler olarak tanımlanmaktadır (DSM-5, 2013: 287-288).

DSM 5'e (2013) göre madde kullanım bozukluğunu karşılayan tanı kriterleri ise aşağıda bulunmaktadır:

On iki aylık bir zaman diliminde aşağıdaki maddelerden en az ikisinin olduğu, klinik bakımdan belirgin bir sıkıntıya veya işlevsellikte azalmaya neden olan problemlerle madde kullanım örüntüsü:

1. Maddenin çoğu zaman planlandığından daha fazla miktarlarda ya da uzun bir süre alınması.
2. Maddeyi bırakmak veya kontrol altına almak için devamlı bir istek duyma, çaba gösterme ya da boşa çıkan çabalar.
3. Maddenin sağlanması, kullanılması ya da maddenin etkilerinden kurtulmak amacıyla çok zaman harcama.
4. Maddeyi kullanmaya aşırı bir istek duyma veya aşırma, zorlanmış hissetme.
5. Tekrarlayıcı şekilde madde kullanımı sonucunda işte, okulda ya da evde beklenen sorumlulukları yerine getirememe.
6. Maddenin etkilerinin sebebiyet verdiği ya da alevlendirdiği, devamlı ya da tekrarlayıcı sosyal ve kişilerarası problemler yaşanmasına rağmen madde kullanımını devam ettirme.
7. Madde kullanımından dolayı bir takım sosyal, iş etkinlikleri ya da eğlenme-dinlenme aktivitelerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Tekrarlayıcı bir şekilde tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanma.

9. Büyük bir ihtimalle madde kullanımının sebep olduğu ya da alevlendirdiği devamlı ya da yineleyici fiziksel veya psikolojik bir sorun olduğu bilinmesine rağmen madde kullanımını devam ettirme.

10. Aşağıdaki maddelerden biriyle tanımlanmak üzere, tolerans gelişmiş olması:

-Kişinin entoksikasyon ya da istenen etkiyi ortaya çıkarmak için belirgin olarak artan miktarda madde kullanma gereksinimi.

-Aynı miktarda madde kullanmaya devam etmesine rağmen belirgin olarak azalmış bir etkinin ortaya çıkması.

11. Aşağıda yer alan maddelerden biri ile tanımlanmak üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

- Kullanılan maddeye göre yoksunluk sendromu, devamlı kullanılan ilaç veya maddenin alınmadığı durumda ya da alınan dozun azaltılması halinde ortaya çıkan kriz halidir (Tosun, 2008: 206). 7

-Yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmak ya da yaşamamak için aynı maddenin (ya da yakın benzeri) alınması.

DSM-IV' te bağımlılık yapan maddeler 11 kategoriye ayrılıp incelenirken, DSM-5'te bu maddeler 10 kategoriye ayrılmaktadır. (Hasin vd., 2013'ten aktaran Güleç vd., 2015: 451). DSM-5'e (2013: 231) göre, madde ile ilişkili bozukluklar aşağıdaki madde kategorilerini kapsamaktadır:

-Alkol

- Kannabis (kenevir)

-Kokain

- Hallüsinojenler (varsandırınlar)

- Opiyatlar
- Amfetamin veya benzer etkili simpatomimetikler
- Nikotin (tütün)
- İnhalanlar (uçucular)
- Fensiklidin veya benzer etkili arilsikloheksilaminler
- Sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler

2.1.2.1.Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırılması

2.1.2.1.1.Alkol

Hipokrat'tan başlayıp çoğu hekim, alkolün insan sağlığına zararlarından bahsetmiş olsa da bağımlılık yapıcı olarak değerlendirilmesi geçmiş 150 yıla dayanmaktadır. Alkolizmin bir hastalık olarak tanımlanması ise E.M Jellinek tarafından 1900'lü yıllarda yapılmıştır (Akvardar vd., 2012: 105).

İçkilerde kullanılıp insanlarda sarhoşluk etkisi uyandıran ve asıl zararlı olan kimyasal madde daha çok “etil alkol” dür. Alkollü bir içecek kullanıldığında kan yolu ile beyne ulaşır ve beynin aktivitesine zarar veren etkilerde bulunur (Özyazıcı, 2004: 5-6). Günümüzde alkolün aşırı ve kronik kullanımı nedeniyle önemli derecede sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Alkol entoksikasyonu sonucunda uygun olmayan cinsel ve saldırgan davranışlarda bulunma, sosyal ve mesleki işlevselliğin ve yargının bozulması, düzgün yürüyememe, dikkat ve hafızayla ilgili sorunlar, göz hareketlerinin istemsiz olması (nistagmus) gibi belirtiler oluşmaktadır. Koma ve ölüm de gerçekleşebilmektedir. Alkolün yoksunluk belirtileri 6-8 saat içerisinde başlayarak 2. ve 3. gün en yüksek düzeye ulaşır 4 ve 5. günde bu belirtiler azalmaktadır. İllüzyon, hallüsinasyonlar, el titremesi, konvülziyon, deliryum tremense kadar ilerleyen sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler bazen hafiften ağıra ilerlemeyebilir ve aniden deliryum tremens yaşanabilir (Bayar ve Yavuz, 2008: 221-226). Alkol yoksunluğunun psişik belirtileri olarak uykusuzluk, korku, sinirlilik, illüzyon, hallüsinasyon, irritabilite ve anksiyete görülürken fiziksel belirtileri ise tremor, dizartri, terleme, taşikardi, bulantı, iştahsızlık, baş ağrısı,

hipertansiyon, halsizlik, aritmi ve solunum hızlanması şeklinde ortaya çıkmaktadır (Işık ve Işık, 2016: 69).

Alkol kullanımının belirli bir miktarı aşması durumunda kişide fiziksel ve psikolojik zararlar kendini gösterecektir. Bu zararlı etkiler; midede gastrit, ülser, siroz, hepatit, yutak borusu hastalıkları, kalp yetmezliği, pankreas iltihapları, karaciğerde büyüme, yağlanma gibi hastalıklar, beslenme bozuklukları, sinir sistemi hastalıkları ve bunama olarak sıralanabilir. Kişinin alkolü uzun zamandır yüksek miktarda kullanımı ve fiziksel bağımlılığı söz konusu ise alkolü bıraktığında ya da azaltması sonucunda yoksunluk belirtileri olarak hafif düzeyde halsizlik ve sinirlilikten ölüm riskine kadar gidebilen tablolar yaşanmaktadır (Ögel vd., 2003: 19). Alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin büyük bir oranının normal popülasyona göre hayatlarının bir döneminde psikotik rahatsızlık görülme riski daha yüksek olarak gözlenmiştir. (Altınbaş vd., 2007: 36).

2.1.2.1.2. *Kannabis(Esrar)*

Etken maddesi tetrahidrocanabinol(thc) olan esrar, 421 adet kimyasaldan oluşmaktadır. Hint kenevirinden elde edilip halk arasında ot, sarıkız, kuru, derman gibi isimlerle anılsa da işleniş türüne göre marihuana, ganja, gubar gibi isimler almaktadır. Esrar kullanımı ile ilgili kanıtlara neolitik çağda rastlandığı ve dumanının solunarak kullanıldığı bilinmektedir. Günümüzde esrar en yaygın kullanılan yasa dışı bir psikoaktif maddedir (Akvardar vd., 2012: 141).

Kannabis genelde sigara içine sarılarak içilse de emmek, çiğnemek gibi biçimlerde de tüketilmektedir. İlk olarak kişide enerji ve konuşkanlıkta artış, gülme ve öfori, vücut hareketlerinde bozulma gibi etkiler ortaya çıkartmaktadır (Işık ve Işık, 2016: 116). Esrar tüketiminden sonra kişinin vakit algısında bozukluk, uyarıcılara karşı hassasiyet, duyuusal deneyimlerinde abartı gibi etkiler oluşmaktadır (Ögel, 2010: 25). Kısa süreli etkileri arasında gözlerde kanlanma, ağızda kuruluk, iştah artışı, gözlerdeki basıncın düşmesi görülebilir. Ayrıca esrarın uzun süre kullanımı sonucunda üreme ve bağışıklık fonksiyonları, akciğer yapısı ciddi zararlar görmektedir (Davison ve Neale, 2004: 313-315). Esrarın psikolojik yan etkileri olarak; panik atak, depresyon, sorun çözme ve öğrenmede güçlük, anksiyete, bellek, konsantrasyon, intihar düşünce ve girişimleri gibi problemler kendini göstermektedir. Yoksunluk belirtileri ise anksiyete, sinirlilik, uykusuzluk, huzursuzluk, irritabilite, öfke, rahatsız edici rüyaların

görülmesi ile birlikte iştah azalması, kilo kaybı ortaya çıkar ve 1/2 hafta içerisinde bu belirtiler düzelir (Işık ve Işık, 2016: 116, 121).

Sentetik kannabinoidler, saf bir şekilde yağ ya da katı olup bir solventte çözüldükten sonra bitkisel karışıma püskürtülür. Genellikle internette K2, spice ve bonzai isimleri ile satışı yapılmaktadır. Etkileri esrara benzetilse de esrardan çok daha fazla olumsuz etkileri vardır. Sempatomimetik etkiler, kardiyovasküler ve psikotik sorunlar görülmektedir. Duygusal süreç üzerinde de ciddi etkileri mevcuttur (Seely vd., 2012; Harris ve Brown, 2013'den aktaran Kılıç, 2016: 57-58).

2.1.2.1.3. Kokain

Güney Amerika'da koka bitkisinin 3000 yıldan beri kullanıldığı ve 1859'da koka bitkisini izole ederek 'kokain' adını veren kişi Albert Nieman olmuştur. Kokainin özellikle I. Dünya Savaşı'ndan sonra kullanımı artmış ve Avrupa'ya yayılmıştır (Köknel 1998'den aktaran Şatır vd., 2000: 18).

Kokain, merkezi sinir sistemine uyarıcı etki yapar ve alındıktan hemen sonra etkileri başlayarak yarım saat ile bir saat içinde etkileri geçmektedir. Bu süre içinde vücut ısısı ve kan basıncı artar, aşırı terleme meydana gelir. Kişi kendini iyi ve canlı hisseder. Öfori, kaygının azalması, kendine güven ve cinsel aktivitede, haz duygusunda artma gözlenir. Kokainin etkisi kaybolduktan sonra şiddetli depresyon, anksiyete ve durgunluk hali ortaya çıkmaktadır. Bu şekilde kokaine karşı hızlı tolerans gelişmektedir. Şiddetli bağımlılık yapma potansiyeli oldukça yüksektir. (Ögel, 2002a: 75-76). Kokainin yoğun ve uzun süre kullanımından sonra hezeyanlar ortaya çıkabilmektedir. Bu hezeyanlar genellikle paranoid tipte görülmektedir. Kokain, beyin kanamasına yol açabileceği gibi solunum durması ve konvülsiyonlar sonucunda ölüm de meydana gelebilmektedir. Kokainin burna çekme, damara enjekte edilme kullanımı sonucunda da pek çok fiziksel rahatsızlık ortaya çıkmaktadır (Özden, 1992: 56-58).

2.1.2.1.4. Halüsinöjenler

Halüsinöjenler, meskalin, peyote, lizerjik asit dietilamit (LSD) ve psilocybin gibi ilaçları kapsamaktadır. Bu ilaçlara halüsinöjen denilmesinin sebebi küçük dozlarda alındığında bile varsanılara benzeyen keskin görsel yaşantılar ortaya çıkarmasıdır. Mantar ve mantara benzer bazı bitkilerde doğal halde bulunmakla birlikte çoğu halüsinöjenin antik bir geçmişe sahip

olduğu bilinmektedir (Morris, 2002: 185). Hallüsinojenler arasında en çok bilinen ve kullanılan LSD, 1943 yılında imal edilen sentetik bir maddedir (Özden, 1992: 60-61). İlk defa 1938 yılında İsviçre’de Sandoz laboratuvarlarında kimyager olan Hoffman tarafından biresimsel olarak oluşturulmuştur. (Geçtan, 1997: 255).

LSD’nin görülen en önemli belirtisinin duyu organları aracılığı ile algılamanın yoğunlaşmasıdır. Nesnelerin olduğundan daha net, keskin ve parlak bir özellik alması, o ana kadar hiç algılanmamış boyut ve renkler görülmesi ile olağan olmayan sesler duyulmaktadır (Geçtan, 1997: 256). Halüsinojenlerin yoksunluk belirtileri ortaya çıkarmadığı gözlemlense de hızlı bir şekilde tolerans geliştirmektedirler. LSD kullanımından günler sonra bile varsanların tekrar ortaya çıktığı görülmektedir. Uzun süre kullananlarda nadiren de olsa akıl hastalıklarına sebep olabilmektedir. Halüsinojenlerin diğer etkileri arasında panik ataklar, şüphecilik, bellek kaybı, kabus ve saldırgan davranışlar gözlenmektedir (Morris, 2002: 186).

2.1.2.1.5. *Opiyatlar (eroïn, morfin, kodein)*

Opiyat ve türevleri, gelincikler ailesinde yer alan Papaver Somniferum ismiyle bilinen bir bitkiden elde edilmektedir. Psikoaktif özellikleri olan bağımlılık yapıcı maddelerdir. Papaver Somniferum bitkisi haşhaş, opiyum gelinciği ve afyon olarak adlandırılır. Afyonun ilk olarak üretimi M.Ö. 6. yüzyılda Batı Akdeniz bölgesinde yapıldığı bilirse de en eski opiyum bilgilerine M.Ö. 3400 yılına ait olan Sümer tabletlerinde yer verilmiştir. Asurlulara ait MÖ 7. yüzyıldaki tabletlerde de opiyumla ilgili bilgilere rastlanmıştır ve antik Yunanlılarda pek çok hastalığın tedavisinde kullanıldığı bilinir (Evren, 2017: 1).

Opiyatlar grubunda; eroïn, morfin, kodein, metadon ve buprenorfin (subutex) yer almaktadır (Ögel vd., 2017: 35). Eroïn; sigaraya sarma, buruna çekme, buharın içine çekilmesi, damar yoluyla alma şekillerinde kullanılmaktadır. Etkisi kullanımdan kısa bir süre sonra başlayarak 4–6 saat sürmektedir. Bundan dolayı gün içerisinde en az iki üç kez kullanılmaktadır. Etkileri olarak; öfori, ağrı hissini ortadan kalkması, kalp ve solunum hızında yavaşlama, yüz kızarması, kan basıncında artış olduğu görülür. Vücut ısısı düşer ve konuşmanın yavaşladığı gözlenir (Ögel, 2002a: 75). Opiyatların hepsinin etkileri benzerdir. Kesilme belirtileri olarak eklem ağrıları ile beraber bulantı, kusma, karın ağrısı ve ishal oluşmaktadır (Ögel vd., 2017: 35). Opiyatlar alındığında kısa süreli olarak anksiyeteyi ortadan kaldırır. Entoksikasyon ve yoksunluk dönemlerinde depresif belirtiler gözlenir ve intihar

izlenebilmektedir. Opiyatların genel yan etkileri; kardiyovasküler sistem, cilt, infeksiyon, göz, cinsel işlevler, gebelik alanında çeşitli rahatsızlıklara yol açmaktadır (Işık ve Işık, 2016: 148). Opiyatlar yüksek dozda kullanıldığında tepkisizlik, vücut ısısında düşme, yavaş solunum, kalp atışlarının yavaşlaması, tansiyon düşüklüğü, koma ve ölüme yol açmaktadır (Ögel vd., 2017: 27).

2.1.2.1.6. Amfetamin veya benzer etkili simpatomimetikler

Amfetaminler günümüzde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, depresyon ve narkolepsi hastalıklarında kullanılmaktadır. Amfetamin çeşitleri; dekstroamfetamin, metilfenidat, metamfetamin olup, captagon, ritalin, dexedrine de bu ilaçlardan birkaçıdır. Amfetaminler uyarıcı ve zihin açıcı olarak bilinir ve genelde keyif verdiği ve performans arttırdığı için kullanılmaktadır. Ice, metamfetaminin saf hali olup, laboratuvarlarda sentetik üretimi yapılmaktadır. Aşırı güçlü ve tehlikelidir. Bu madde buharın çekilmesi, sigara içine sarma ve damar yolu ile kullanılmaktadır. Bütün amfetaminlerin hepsi ağız yoluyla alındığından daha çabuk emilmekte ve etki göstermektedirler. Yoksunluk belirtileri ise anksiyete, mutsuzluk ve çökkün duygu durumu, halsizlik, hareketsizlik, aşırı uyku, mide ve baş ağrısı, terleme ve kas krampları olarak izlenebilir. Yaşanan bu belirtiler, amfetamin alınmadığında 2-4 gün içinde en yükseğe tırmanır ve bir hafta devam eder. Amfetamin bazı hastalıklara da (şiddetli hipertansiyon, miyokard enfarktüsü, beyin damar hastalıkları gibi) neden olmaktadır. Alınan doza bağlı olarak titreme, koma, epileptik nöbet ya da ölüm yaşanabilir (Ögel, 2010: 57-58).

Amfetamin benzeri ilaçların etki sürelerinin kısa olduğu ve fizyolojik bağımlılık yapmadıkları bilinmektedir. Ancak bedenin kısa süre içerisinde direnç geliştirmesinden dolayı giderek artan dozlarda alınır. Bu dozun belirli bir seviyeyi aşması durumunda; göz bebeklerinde genişleme, iştah azalması, aşırı terleme, hızlı konuşma, şaşkınlık, kan basıncının yükselmesi, uykusuzluk gibi etkiler yapmaktadır. İlacın uzun süre kullanılması sonucunda; bu belirtilerin yanında denetimin kaybedilmesi nedeniyle suç teşkil eden davranışlar ve intihar girişimleri yaşanabilmektedir. Bazen belirtileri paranoid şizofreniyi akla getiren amfetamin psikozu da görülebilmektedir. (Geçtan, 1997: 255).

Amfetamin türü bir madde de ekstazi sayılabilir (Ögel, 2010: 57-58). Ekstazi kullanımı sonucunda panik ataklar, uyku problemleri, depresyon, hayal görme, fazla sıvı kaybı ve ani

ölüm belirtileri görülmektedir. Ekstaziyi uzun süre kullananlarda kulaklarda çınlama ya da beyinde sesler, ekstazi olmadan eğlenememe, hiçbir şeyden keyif alamama hali ortaya çıkmaktadır (Ögel vd., 2017: 28-29).

2.1.2.1.7. Nikotin

Tütünün tarihinin çok eskiye dayandığı ve tütün kullanımıyla ilgili Orta Amerika'daki bazı antik tapınaklarda figürlere rastlanmıştır. Yapılan çalışmalarda Maya Medeniyeti'nde acıyı dindirmek için tütün yapraklarının kullanıldığı ve sonraki zamanlarda Azteklerin de dini törenlerde dumanı soluduğu ortaya çıkmıştır. Amerika'da yerliler tarafından kullanıldığı bilinmektedir. Christophe Colomb ve arkadaşlarının Amerika'yı keşfetmesi sonucunda tütünün ilgilerini çekmesi ile birlikte Avrupa'ya getirilmiştir (Ögel, 2010: 52-54).

Sigara kullanımını Dünya Sağlık Örgütü (WHO), biyo-sosyo-psikolojik bir zehirlenme olarak betimlemektedir. Sigara alışkanlığı, kişilerin birbirlerini etkilemesi ile sosyal zehirlenme, yaşanan tolerans durumu ile fiziksel ve psikolojik bağımlılık yapan etkisiyle de bir psikolojik zehirlenme hali olarak açıklanabilir (Kesim, 2004: 7). Sigara tütününde nikotin ile birlikte katran ve karbon monoksit maddeleri de vardır. Katranın özellikle kanser hastalıklarına sebep olduğu bilinmektedir. Tütün kullanımının kalp-damar, akciğer hastalıkları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Ögel, 2010: 7). Sigarada bulunan nikotin, merkezi sinir sistemini uyararak etkisini gösterir. Sigaradan ilk nefes alınması ile kısa bir canlılık hali oluşmaktadır. Kaygıyı azaltarak sıkıntı ve gerginlik halinden uzaklaştırıcı özelliği vardır. Sigara kullanımının ana nedeni ruhsal olsa da uzun süre kullanılması ile hafif düzeyde fiziksel bağımlılık oluşturabilmektedir. Kullanılan miktar zamanla arttırılmaktadır. Sigara bırakıldığında ise huzursuzluk, endişe, gerginlik, sıkıntı ortaya çıkmakta ve zihinsel aktiflik yavaşlamaktadır (Köknel, 1998: 100).

2.1.2.1.8. İnhalanlar (Uçucu Maddeler)

Uçucu maddeler; uçucu, çözücü ve yapıştırıcı maddeler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu maddeler; yapıştırıcılar (Bally, UHU vb), elbise ve cam temizleyiciler, aseton içeren ürünler, çakmak gazı, tiner, yağ ve leke çıkarıcılar, kumaş boyası, benzin gibi maddeler olarak sıralanabilir. Bu maddeler inhalasyon yoluyla burundan alınmaktadır (Ögel vd., 1998: 21). Akciğerlerden alınıp, hızla emilen bu maddeler beyne geçmektedir. Uçucu maddenin etkisi 5 dakikada başlayıp alınan doza bağlı olarak 15-45 dakika arasında devam etmektedir.

Kullanıldıktan 4-10 saat sonra bu maddeler kanda ortaya çıkmaktadır (Meclis Araştırma Komisyonu Raporu, 2008: 60).

Uçucu maddelerin etkileri; öfori, sersemlik, şaşkınlık, inhibisyonun kalkması, relaksasyon, baş dönmesi, sarhoşluk hali, koordinasyon bozukluğu ortaya çıkarmaktadır. Psikotik belirtiler görülebilmektedir. Yan etkileri olarak taşikardi, kan basıncında düşme, senkop, yaygın kas zayıflığı, ataksi gibi rahatsızlıklar ile kalıcı beyin hasarı meydana getirebilmektedir. Uçucu maddelerin yüksek doz kullanımında ise bilincin bulanma hali, kardiyak aritmi, yönelim problemi, koma ya da ölüm gerçekleşebilmektedir. Bağımlılık potansiyeli yüksek olan maddelerdir. Tolerans hızlı bir şekilde gelişmektedir. Maddenin bırakılması ile belirtilerin kısa bir sürede düzeldiği görülmektedir (Ögel vd., 1998: 21).

2.1.2.1.9. Fensiklidin veya benzer etkili arilsikloheksilaminler

Fensiklidin (yapısı 1-(1-phenylcyclohexyl) piperidin), PCP olarak kısaltılır ve halk arasında melek tozu, roket, ozon gibi isimlerle anılır. Kullanım biçimleri; ağız ve burun yoluyla, sigara ile içe çekme, transdermal ve damar içi olarak sıralanmaktadır. Madde kullanımı ile oluşan etkiler ve uzun süreli kullanımı sonucunda; risk alma, duygu durumunda oynamalar, apati, negativizm, dissosiyatif belirtiler, halüsinasyon, düşüncede dağılma, anksiyete, paranoid hezeyan, şiddet, depresyon, bilişsel işlev bozuklukları (yargılama, öğrenme-bellek bozuklukları), uzamış psikoz tablosu, dürtü kontrol kaybı, kendine zarar verme ile beraber intihar düşünceleri gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. Fiziksel yoksunluk belirtileri; konuşma bozukluğu, zayıflama, tremor (titreme), reflekslerin kaybı, koma, nöbet, ölüm olarak gerçekleşebilmektedir (Işık ve Işık, 2016: 266-269).

2.1.2.1.10. Sedatifler, Hipnotikler ve Anksiyolitikler

Sedatifler, hipnotikler ve anksiyolitikler başlığı altında bulunan başlıca ilaçlar, barbitüratlar ve benzodiazepenler olarak geçmektedir. GABA (Gamma Amino Bitürik Asit) reseptörleri üzerinden etki ederler. Entoksikasyonu alkol entoksikasyonuna benzemektedir. Belirtileri; düşüncelerini odaklamada zorluk, konuşurken sözleri ağızda geveleme, nistagmus, bellek bozuklukları, uygunsuz davranışlar ve bir olasılıkla stupor ya da koma olarak ortaya çıkabilmektedir. Kötüye kullanımının yoksunluğunda otonomik hiperaktivite (terleme ve taşikardi), elde titremeler, halüsinasyonlar, uykusuzluk, bulantı ve kusma, anksiyete gelişmektedir (Köroğlu, 2009: 149-151).

2.1.3. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi

Dünya çapında yapılan bir araştırmaya göre; yaşam boyu alkol kullanımı Amerika, Avrupa, Japonya ve Yeni Zelanda'da da araştırmaya katılanların büyük bir çoğunluğu tarafından bildirilirken Orta Doğu, Afrika ve Çin'deki katılımcılar ise daha az oranlarda kullanım belirtmişlerdir. Yaşam boyu tütün kullanımı ABD (% 74), Lübnan (% 67), Meksika (% 60) ve bazı Avrupa ülkelerinde (Hollanda % 58, Ukrayna % 60) daha yaygınken, Afrika ülkelerinde (Güney Afrika, % 32; Nijerya, % 17) daha düşük olduğu görülmüştür. Esrar kullanan katılımcıların oranı ise ABD'de (% 42) ve Yeni Zelanda (% 42) gibi ülkelerde daha çok görülürken, yaşam boyu esrar kullanımı Asya ülkelerinde hemen hemen hiç yoktur (Degenhart vd., 2008).

Türkiye'de, 2011 yılında TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) tarafından madde kullanım yaygınlığını gösteren en geniş kapsamlı araştırma yapılmıştır. Kesitsel olarak seçilen örneklem ile çalışma yürütülmüştür. Çalışmaya katılanların %51,8'i sigara, nargile, puro, pipo, vb. bir tütün ürününü, %28,3'ü alkollü içecekleri denemiş, incelenenlerin %10,5'i doktor önerisi olmadan yatıştırıcı/sakinleştirici ilaç kullanmış olduğunu ifade etmiştir. Bağımlılık yapıcı yasal olmayan herhangi bir maddenin 15-64 yaşları arasındaki nüfusta en az bir defa deneme oranı %2,7 (erkeklerde %3,1, kadınlarda ise %2,2) olarak belirlenmiştir. Genel nüfusta herhangi bir maddenin yaşam boyu kullanma oranı %2,7 olduğu görülmüştür. Yaşam boyu esrar kullanım yaygınlığı ise %0,7 olarak bulunmuştur (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2012: 19).

Madde kullandığını bildirenler arasında esrar ve türevleri (%84,1) birinci sırada, uçucular (%32,9) ikinci sırada ve uyarıcılar (%22,7) üçüncü sırada yer almaktadır. Görüldüğü gibi Türkiye'de en yaygın kullanılan madde esrar olarak geçmektedir. Bununla birlikte sentetik maddenin yakalanma miktarı 2013 yılında 2011'e göre 17 kat arttığı görülmüştür (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2014: 16, 22).

Ögel ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptığı araştırmaya benzer olan 2006 yılındaki araştırma sonuçları karşılaştırılmıştır (Ögel vd., 2006: 22). İstanbul'da yapılan bu araştırmaların 10. sınıf öğrencilerine yönelik verileri kıyaslandığında tütün, alkol ve benzodiazepin maddeleri dışındakilerin yaşam boyu en az bir kere kullanım yaygınlığının arttığı fark edilmektedir. Esrar kullanım oranı %3.6'dan %5.8'e, uçucu madde kullanım oranı %4.4'den %5.9'a, ekstazi

kullanımı %1.2'den %3.1'e, flunitrazepam kullanımı %1.7'den %4.4'e, eroin kullanım oranı ise %1.2'den %3.1'e yükseldiği gözlenmiştir. Tütün kullanımı %59'dan %37'ye, alkol %57.7'den %51.2'ye ve benzodiazepin kullanım oranı ise %4.1'den %3.7'ye düşmüştür. Dünya Sağlık Örgütü 2010 yılı verilerine göre; Türkiye'de 15 yaş ve üstü kişilerin alkol bağımlılığı ve zarar verici alkol kullanım oranı % 0.8 (erkeklerde %1.3 ve kadınlarda %0.4), Avrupa'da ise toplamda %2.7 (erkeklerde %4.5 ve kadınlarda %1.3) olarak kaydedilmiştir (Işık ve Işık, 2016: 60).

Ülkemizde yapılan araştırmalar yöntem olarak farklılıklar içerse de benzer sonuçlar ortaya koyduğu görülmüştür. Son yıllarda yapılan çalışmalarda madde kullanım yaygınlığının giderek arttığı ve özellikle ekstazi gibi maddelerin daha hızlı yayıldığı söylenebilmektedir (Ögel, 2005: 64).

2.1.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi

Madde kullanım bozukluğu, pek çok faktörün etkisi sonucu görülmektedir. Ailesel, sosyal, genetik ve psikolojik bazı etkenler bağımlılık riskini oluşturmaktadır (Yargıç, 2010). Alkol ve madde kullanım bozukluğunda rol alan bu faktörler; psikolojik, sosyokültürel ve biyolojik değişkenler olmak üzere üç başlık altında incelebilmektedir (Yeltepe, 2013: 19; Davison ve Neale, 2004: 324-329).

2.1.4.1. Psikolojik Değişkenler

Psikolojik kuramlar, madde bağımlılığını bireysel ihtiyaçların karşılanması veya kişisel sorunların bir telafisi olarak değerlendirmektedir (Yeltepe, 2013: 19). Psikolojik stres yaşayıp stresle başa çıkmada güçlüğü olan kişiler madde bağımlısı olabilmekte ve olumsuz duyguyla baş etmek ve olumlu duygular hissetmek için madde kullanmaktadırlar (Alikashiöglu, 2005: 74; Ercan, 2013: 19-20).

Madde kullanım bozukluğu ile mizaç ve kişilik özellikleri arasında bir ilişki bulunmaktadır. Bu kişilik özelliklerini saldırganlık, düşük özgüven, isyankar olma, topluma uyum sağlayamama, yabancılaşma hali, sosyal beceri eksikliğinin bulunması ve dürtü kontrolsüzlüğü olarak sıralamak mümkündür (Ercan, 2013: 19-20). Düşük öz-yeterliliğe sahip olma, ergenlerde alkol kullanımı için riskli bir özellik olarak çalışmada gözlenmiştir (Schulenberg vd., 1996). Risk alma, heyecan arama ve umutsuzluk faktörleri de madde

kullanımı ile ilişkili diğer faktörlerdir. Erken çocukluktan başlayıp adölesan dönemde süren saldırganlık davranışları; antisosyal davranışlar ve madde bağımlılığında belirleyici bir faktör olarak kabul edilmektedir (Alikashiöglu, 2005: 78-79). Kişiliğe ilişkin bu etmenler, bazı kişilerde neden madde kullanım bozukluğu görüldüğünü açıklamaktadır (Davison ve Neale, 2004: 327).

Sosyal öğrenme teorisine göre; sosyal etkiye bağlı olarak bağımlılık davranışında, gözlemlene ve öğrenme süreci yaşanmaktadır (Alikashiöglu, 2005: 74). Yapılan bir çalışmada, ailesinde madde kullanımı olan ergenlerin madde bağımlısı olma riskinin arttığı gözlenmiştir (Kilpatrick vd., 2000: 19). Adölesanlarda akran baskısı ve soyut düşünememe sebebiyle durumları doğru muhakeme edememe ile yenilmezlik duygusu ve tecrübesizlik faktörleri birleştiginde davranışlarının sonuçlarını algılayamayıp risk alabilmektedirler (Alikashiöglu, 2005: 75). Bir araştırmanın sonucunda ergenlikte madde kullanımının bazı davranışsal özelliklere sahip olmanın yanında ailenin işlev bozukluğu ve ebeveynin madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu görülmüştür (Florenzano, 1990: 86).

Psikodinamik kurama göre bağımlılık; psikoseksüel gelişimin oral dönemine saplanma ve ego işlevselliğinde bozulma ile açıklanmaktadır. Oral dönemdeki problemler sebebiyle oral kişilik yapısı oluşmaktadır. Bu kişilik yapısında; anneye bağımlılık, açgözlülük, karamsarlık, tutarsızlık gibi özellikler sıralanabilir. İnsanın gelişim sürecinde ağız dönemine ilişkin nesnelere şekil değiştirir ve madde bağımlılarında çocukluk çağında doyum sağlayan süt ve anne memesi gibi nesnelere, ilerleyen yaşlarda yerini alkol, sigara ve maddeye bırakarak bu nesnelere doyum sağlar ve hazzı ulaşırlar. Ego işlevselliğinde bozulma, bağımlılık davranışında belirleyicidir (Ögel, 2010: 5). Aşırı katı süper egoya sahip kişiler alkolü ya da maddeyi bilinçdışı gerginliğini azaltmak için kullanmaktadır (Bayar ve Yavuz, 2008: 222). Böylece gerçeği anlamaktan kaçınarak sağlıklı savunma mekanizmaları geliştirilmemektedir (Ögel, 2010:5). Yaşam için ihtiyaç olan libido saldırganlık, ölüm içgüdüüne yönelerek kişinin yavaş bir şekilde kendini yok etme davranışına dönüşür (Köknel, 1998: 215-216). 3 Bu kişiler bağımlı, aşırı hassas, utangaç, cinsel dürtülerini bastırmış, engellenmeye dayanıklılığı düşük olarak tanımlanabilir (Bayar ve Yavuz, 2008: 222).

Davranışçı kurama göre; devamlı madde kullanımı öğrenilmiş bozuk bir davranış olarak görülmektedir. Alkol ve madde kullanımının gerginliği azaltıcı ve rahatlatıcı özelliği gibi olumlu pekiştirici yönünün olması, ilk alkol ve madde kullanımından sonra bu davranışın

sürmesine katkıda bulunmaktadır. Birey problemlerle baş etmede güçlük yaşadığında alkol ya da maddeye yönelerek her seferinde aldığı madde miktarını arttırmaktadır (Bayar ve Yavuz, 2008: 222; Davison ve Neale, 2004: 326-327).

Ergenlik döneminde ebeveynle çatışma, negatif arkadaş ilişkileri, okula karşı ilgisizlik ve memnun olmama gibi depresif belirtiler madde kullanım bozukluğunda risk olarak değerlendirilmektedir. Depresyon ve kaygı bozuklukları madde kullanım riskini arttıran zihinsel rahatsızlıklar olarak geçmektedir (Ercan, 2013: 19-20). Ayrıca yapılan bir çalışmada cinsel ve fiziksel istismara maruz kalan (travma sonrası stres bozukluğu yaşayan) ergenlerin madde bağımlısı olma riskinin arttığı gözlenmiştir (Kilpatrick vd., 2000: 19).

Bilişsel kurama göre; işlevsel olmayan inanç ve tutumlara sahip bireylerin madde kullanım riski bulunmaktadır (Ercan, 2013: 19-20).

2.1.4.2. Sosyokültürel Değişkenler

Sosyokültürel etkenler, madde kullanım bozukluğunda geniş yer tutmakla birlikte değişken bir role sahiptir. Bu değişkenler bireyin arkadaş grubu, ailesi, medya, ait olduğu kültürde kabul edilen davranış türü, ilgilerine yön veren sosyal yaşantısına kadar geniş bir yer edinmektedir. Alkol kullanmaya ilişkin kültürel tutumlar ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. Bu kültürel tutumlar yoğun bir şekilde kullanımı belirleyerek alkol kullanım bozukluğuna neden olabilmektedir. Yapılan meslek ve alkole ulaşılabilirliğin kolay olması, medyanın alkol kullanmaya özendirilen reklamlar yayınlaması; alkol kullanmaya neden olan diğer değişkenlerdir. Ailede psikolojik, evlilik, yasal sorunların olması, duygusal desteğin yetersizliği gibi durumlar da çocuğun madde kullanmasına sebep olabilmektedir (Davison ve Neale, 2004: 324-325).

Çevresel özellikler madde ile ilk karşılaşmada önemli bir yer tutmaktadır. Bu özellikler daha erken yaşta madde kullanımına sebebiyet vermektedir (Evren vd., 2006: 22). Kişinin sosyal çevresi ya da akran grubu madde kullanımına özendirir ve maddeye yatkın hale getirebilmektedir. Yaşanılan çevre, maddenin kolay elde edilmesine de neden olmaktadır. Aynı zamanda işsizlik, evsizlik, yaşanılan ekonomik problemler madde kullanımında diğer önemli sosyal etkenler olarak görülmektedir (Tosun, 2008: 208).

2.1.4.3. Biyolojik Değişkenler

Madde bağımlılığında genetik yatkınlık, bilimde tartışmalı bir konudur. Ailesinde madde bağımlılığı öyküsü olanların genetik bir yatkınlık oluşturduğunu gösteren çalışmaların yanında bunun aksini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Yüncü ve Savaş 2007'den aktaran Uzbay, 2009: 14). Madde bağımlılarında ödüllendirme sisteminin genetik zemininde dopamin D2 reseptörlerinin bulunduğu yönünde çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda vurgulanan ortak nokta, dopamin D2 reseptör eksikliği ile madde kullanım bozukluğu olan kişilerin ödüllendirme hassasiyetinde bir azalma olduğu ve bir "ödül eksikliği sendromu" olabileceği yönünde çalışmalar artış göstermektedir (Bowirrat ve Oscar-Berman 2005'ten aktaran Uzbay, 2009: 14).

Çevresel özelliklerin madde ile ilk karşılaşmada önemli bir yer tuttuğu ve daha erken yaşta madde kullanımına sebebiyet verdiği bilinmektedir. Ancak yaşın ilerlemesi ile genetik yatkınlığın madde bağımlılığının gelişmesine daha fazla katkısı olduğu vurgulanmaktadır. Genetik yatkınlığı olanlar, maddeyle ilk karşılaşmalarından sonra risklere açık olmakta ve yapılan denemelerle bağımlılık gelişmektedir. Bağımlılık konusunda yapılan genetik çalışmalarında, bağımlıların birinci derece akrabaları ve ikizlerinde bağımlılık oranı yüksek bulunmuştur. Evlat edinilmiş çocukların biyolojik babalarında alkol problemi mevcut olduğunda çocuklarda da alkol kullanma oranının yüksek olduğu gözlenmiştir (Evren vd., 2006: 22, 29).

Ergenlik dönemindeki erkeklerin kızlara göre madde kullanım oranının daha fazla olduğu saptanmıştır (Schulenberg vd., 1996). Bu bakımdan cinsiyet ve yaş değişkenleri de madde kullanımı için birer risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Alikışıfoğlu, 2005: 78).

2.2. İşlevsel Olmayan Tutumlar

Bilişsel yaklaşıma göre; işlev bozukluklarında işlevsel olmayan düşünce ve inançlara müdahale önemlidir (Murdock, 2012b'den aktaran Kaynak ve Terzi, 2017: 9-10). Bilişsel yaklaşımlar kapsamında günümüzde iki önemli yaklaşım yer almaktadır. Bunların ilki Ellis tarafından ortaya atılan akılcı duygusal davranışçı yaklaşım diğeri ise, Beck tarafından geliştirilen bilişsel kuram modelleridir (Kaynak ve Terzi, 2017: 9).

2.2.1. Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım (ADDY)

Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi Kuramı'nın (ADDT) gelişimine öncülük eden kişi, Albert Ellis (1913-2007) olarak geçmektedir (Murdock, 2013: 274-275). ADDT, diğ

psikoterapi yöntemlerinden farklı olarak bireyin yaşama bakış açısında köklü değişimler yapılmasını hedefleyen bir psikoterapi şeklidir. Bu yaklaşımda, stoacı filozof Epiktetos'un "İnsanlara rahatsızlık veren olayların kendisi değil, bu olaylara getirdikleri bakış açılarıdır." sözü temel alınmıştır. (Köroğlu, 2012: 3).

Akılcı duygusal davranışçı kuramın ilkeleri şunlardır:

- Duyguların ana belirleyicisinin düşünce olduğunu savunarak insanların kendini iyi ya da kötü hissetmesine neden olan, olaylar ya da diğer kişiler değildir. Aslında duygusal tepkilerin direk sorumlusu algılarımızla ilişkin olarak yaptığımız değerlendirmelerdir.

- Psikolojik problemlerin başlıca belirleyicisi fonksiyonel olmayan düşünce şeklidir. İşlevsel olmayan düşünceler; yanlış çıkarımlar yapma, mantıklı ve geçerli olmayan varsayımlarda bulunma, abartma, aşırı genelleme, salt iyi ya da kötü, salt doğru ya da yanlış düşünme, aşırı yalına indirgeme gibi düşünceler ile kendini göstermektedir.

- Yaşanılan sıkıntılar, işlevsel olmayan bilişlerden kaynaklanıyorsa bununla baş etmenin yolu da düşünce şeklinin değiştirilmesidir.

- Genetik ve çevresel etkenleri de kapsayan pek çok etken, işlevsel olmayan düşünce şekline neden olabilmektedir. Bu yüzden de bu akılcı olmayan yerleşik bilişlere inanma eğilimi vardır. Kültürün de bu yerleşik düşünceleri desteklediği görülmektedir.

- Bu kuram, davranışların üzerinde geçmişin etkisinden bahsetse de daha çok bugünün etkileri üzerinde durmaktadır. Genetik ve çevresel etkenler psikopatolojiyi ortaya çıkarmada önemli olsa da rahatsızlığın sürmesini anlamamızı sağlayan bu faktörler değildir. İnsanlar kendilerini bilişsel olarak zehirleyerek bu patolojiyi sürdürmektedirler. Akılcı olmayan bu düşüncelere saplanıp kalmak psikopatolojinin başlıca sebebidir

-Başka bir ilkesi ise, basit olmasa da yerleşik akılcı olmayan bu düşüncelerin değiştirilebileceğidir. Ancak bu düşünceler tanınıp üzerine gidildiğinde ve bakış açısının değiştirilmesi için aktif ve devamlı bir çaba gösterildiğinde yaşanan psikolojik sıkıntılar azalacaktır (Köroğlu, 2011: 13).

Akılcı duygusal davranışçı kuramda önemli bir varsayım da insanların duyguları, düşünceleri ve davranışlarının birbiriyle bağlantı içinde olmasıdır. İnsanların duygu, düşünce

ve davranış boyutlarının birinde yapılan bir değişiklik diğer iki boyutta da aynı anda değişikliklere yol açmaktadır. Ancak asıl odaklanan ve değiştirilmesi gereken bilişsel boyut olarak görülmektedir (Doğan, 1995: 30).

Düşünel duygulanımcı davranış terapisi (DDDT) psikopatolojinin başlıca etmeninin değerlendirici düşünceler olduğunu ileri sürmektedir. Bu değerlendirici düşünceler; dayatma, engellenme eşliğinin düşüklüğü, korkunç görme ve insanlara genel bir değer biçme olarak görülmektedir (Köroğlu, 2011: 14). 7 İnançların esnek olması durumunda rasyonel sonuçlara ulaşmak; kötülük konusunda orta düzeyde değerlendirmeler, tolerans ifadeleri, yanılabilirliği kabul etme ve olaylar hakkında esnek düşünme ile olabilmektedir (Ellis, 1996: 11).

ADDT'nin önemli bir diğer kısmını ABC modeli oluşturmaktadır. ABC modelinde; A, yaşanmış bir olay, düşünceler, duygular, fanteziler olup etkinleştirme olayını temsil etmektedir (Murdock, 2013: 280; Ellis 1996: 11). ABC çerçevesindeki B, inançları temsil edip katı ya da esnek bilişler ya da inşa edilmiş görüşlerdir. C ise danışanların A hakkındaki düşünce ya da inançlarının duygusal ve davranışsal sonuçlarıdır. Katı ve mantıksız inançlar sonucunda işlevsizliğe neden olan olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Ellis, 1996: 11, 13). Akılcı duygusal terapide terapistin hedefi danışana ABCD modelini uygulamaktır. ABC'den sonra D (tartışma) gelmektedir. D, danışanların mantıklı olmayan düşünceleri ile baş edebilmesi için yardım sağlayıcı tekniklerin kullanılmasıdır. D noktasında danışan işlevsel olmayan düşünceleriyle bir mücadeleye girebildiği durumda, buradan E (Etki) noktasına ulaşılır. E noktasında hedeflenen amaç, kişinin yeni bir bakış açısı edinmesidir. Danışan, B'yi (akılcı inançlar) geliştirerek durumu değerlendirmede yeni bir bakış açısı kazanır (CE: Bilişsel Etki) ve bu şekilde yeni verilerin duruma uygulanması (BE: Davranışsal Etki) sağlanmaktadır (Doğan, 1995: 31-32).

Aynı anda bir olayı yaşayan kişilerin duyguları ve olaya verdikleri tepkiler birbirinden farklı olabilmektedir. ABC modeline göre bu durumun sebebi kişilerin yaşadıkları olaylar değil, bu olaylara yaptıkları atıflardır, yani düşüncelerdir (Torun, 2017: 21).

2.2.1.1. Madde Kullanım Bozukluğunda Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım

Düşünel Duygulanımcı Davranış Terapisine (DDDT) göre, bağımlı bireylerin maddeyi kullanmadan dayanamayacağını ve katlanamayacağını düşünmesine yol açan akılcı olmayan yerleşik birtakım düşünceleri önem taşımaktadır. Bu bireylerde sıkıntı ya da rahatsızlık hali

veya olumsuz bir durumla karşılaşmanın katlanılmaz olduğu düşüncesi yer almaktadır. Alkol veya madde kullanmanın diğer bir düşünsel temeli, bireyin yaşadığı problemlerden kaçmak, uzaklaşmak istemesine dayalı olarak alkol veya madde kullanmaya yönelmesidir. Akılcı olmayan düşüncelerin varlığı bireyde kaygı uyandırdığından bireyin akılcı olmayan bu düşünceleri uslamlayarak kaygıdan uzaklaşması mümkündür. Bağımlı oldukları maddeyi kullanma, düşünsel duygulanımcı davranış terapisinin olay-yerleşik düşünce-sonuç (ABC diye adlandırılan model) üçlüsünde, süreci başlatan olay ya da durum olmaktadır (Köroğlu, 2011: 575-576).

Akılcı duygusal terapide, kişiler akılcı ve gerçekçi düşünme şekillerini öğrenmektedirler. Böylece sorunlara karşı başa çıkma becerilerini yaşamlarında uygulayabilecekleri varsayılmaktadır (Knaus, 2004'ten aktaran Çivitçi ve Topbaşoğlu, 2015: 17-18).

2.2.2. Beck'in Bilişsel Yaklaşımı

Biliş; bilgiyi edinme, depolama, dönüştürme ve kullanma sürecini kapsayan zihinsel işlemler olarak tanımlanmaktadır (Matlin, 2014: 2). Bilişsel kuram, bilişsel psikolojinin ana ilkeleri esas alınarak geliştirilmiştir. Bu kuram temel olarak yaşanan olaydan çok algılanma ve yorumlanma şeklinin önemli olduğunu savunmaktadır. Yani yaşantıların yorumlanma şeklinin psikolojik işlevsellik üzerinde etkisi olduğunu varsaymaktadır (Türkçapar, 2015: 39).

Bilişsel kuramın temelleri Tollman, Kelly, Seligman, Rotter ve Bandura gibi isimlerle atılmaya başlanmıştır. Ancak Ellis ve Beck tarafından bilişsel kuramın ruhsal rahatsızlıklarda ve psikoterapi uygulamalarındaki yeri oluşturulmuştur (Sargın ve Türkçapar, 2012: 11). Beck'in bilişsel kuramı geliştirmesi ile 1960'ların sonunda bilişsel terapi modeli ortaya çıkmıştır (Murdock, 2013: 315-316). Beck'e göre ruhsal rahatsızlıklarla ilgili bilişsel modelde, duygusal rahatsızlıkların doğasını anlamak amacıyla kişilerin durumlara verdiği tepkilerin eşliğindeki düşünce içeriğine odaklanmak gerekmektedir (Türkçapar, 2013: 26).

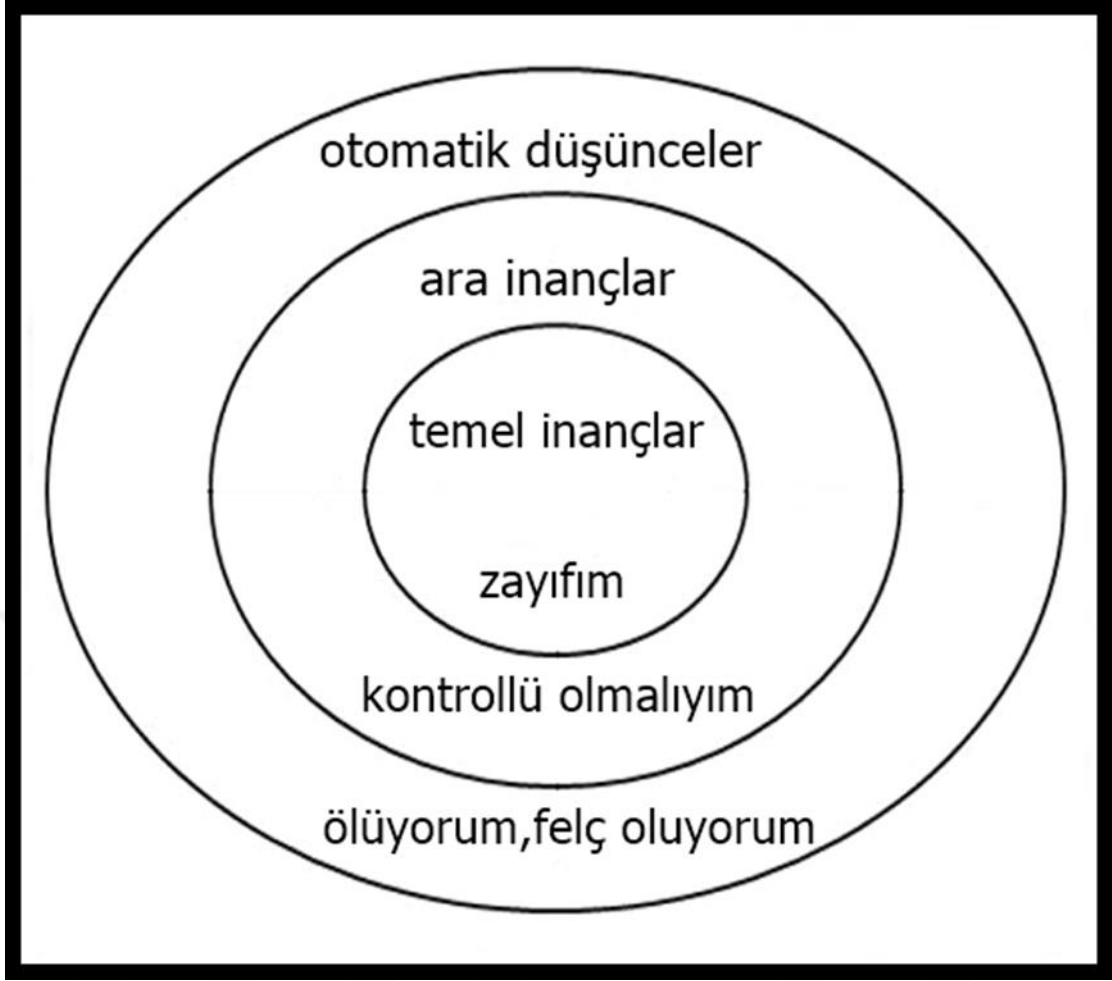
Beck, ruhsal bozukluklarda işlevsel olmayan düşünce sistemine önem vererek öncelikle depresyonu kavramsallaştırmıştır. Depresyonun üç alanda (benlik, dünya ve gelecek) olumsuz düşünme şekli ile ilişkili olduğunu ileri sürerek terapideki amacı bireyin işlevsel olmayan bu düşüncelerini ve ilişkili davranışlarını değiştirmektir (Köroğlu, 2011: 50). Bilişsel terapi, işlevsel olmayan düşünce örüntülerini tanımlayarak bunları değiştirmeyi hedefleyen bir terapi

şeklidir (Morris, 2002: 584). Bilişsel kurama göre; düşüncelerimiz, davranış ve duygularımızı belirler ve davranışlarımız da duygu ve düşüncelerimiz üzerinde etki bırakmaktadır (Köroğlu, 2011: 49).

Bilişsel kuramı benimseyenler, kişilerin bazı gizil güçlerle doğduğunu ve davranışların öğrenme ile oluştuğunu kabul etmektedirler. Ancak davranıştan ziyade davranışı ortaya çıkaran iç etmenler; mantıksız genellemeler, düşünceler, saçma ya da batıl fikirler üzerinde durmaktadırlar (Altıntaş ve Gültekin, 2005: 206). Psikolojik problemler, duygusal tepkilerin korunması sonucunda oluşsalar da bireyin düşünce şekilleri ve stratejileri nedeniyle devam etmektedirler (Wells, 2011'den aktaran Yörük ve Tosun, 2015: 193).

Ruhsal rahatsızlıkların bilişsel modeline bakıldığında, dış olayların veya içsel uyaranların işlenmesinde önyargının olduğu ve bu durum sistematik bir şekilde bireyin yaşantılarının inşasını bozarak bilişsel çarpıtmalara (aşırı genelleme, kişiselleştirme, seçici soyutlama vb.) neden olmaktadır. Çarpıtılan bu bilişlerin altında şemalara dahil edilmiş mantıkdışı, işlevsel olmayan inançlar yatmaktadır (Beck, 2005a: 953-954).

Bilişsel kuram, otomatik düşünceler ve şemalar (temel inançlar ve ara inançlar) olarak bilişsel yapıyı ikiye ayırarak incelemektedir (Türkçapar, 2013: 164). Bazı kuramcılar ise anlama kolaylığı yönünden şemaların iki türünü de ayrı ayrı ele alarak kognitif yapıyı; otomatik düşünce, ara inançlar ve temel inançlar olarak üçe ayırmaktadırlar. Bu üç çeşit biliş, iç içe geçmiş üç halka olarak düşünüldüğünde en içten en dış yüzeye doğru; temel inançlar, ara inançlar ve otomatik düşünceler olarak sıralanmaktadır (Şekil 1) (Türkçapar vd., 2009: 100).



Şekil 1. Bilişsel Yapı

2.2.2.1. Temel İnançlar

Beck ve Emery (2005), şemaları devamlı bir şekilde karşı karşıya kalınan bilgileri organize eden yapılar olarak tanımlamaktadır. Ayrıca şemalar, uyaranları anlamlandırmaya yardım eder ve psikolojik fonksiyonların temel birimidir (Murdock, 2013: 320). Bilişsel kuramda önemi büyük olan şemalar, bireyin açıklayamadığı bir takım inanç ve kurallardan oluşarak kişinin kendisine, başkalarına ve hayata dair bakışını şekillendiren temel inançlar olarak da geçmektedir (Marzillier, 1986'dan aktaran Gökdağ, 2014: 20-21). Temel inançlar ve şemalar birbirlerinin yerine kullanılsa da bir takım farkları da olduğu belirtilmektedir. Dünyayı algılayış şeklini şemalar sağlarken, temel inançlar ise bilişsel yapının kişisel tecrübelerle ilişkin içeriğini oluşturmaktadır (Beck, 2001'den aktaran Gökdağ, 2014: 23).

İşlevi olmayan sayılılar ve kurallar, bizi bilişsel yapının çekirdeğinde yer alan temel inançlara götürmektedir. Şemaların bir alt grubunun temel inançlar olduğu düşünülebilir. Temel inançlar, kişinin bireysel ve çevresel bilgiyi nasıl düzenlemesi gerektiğini belirleyen ve geçmiş deneyimler sonucunda oluşmuş yapılardır. Çocukluk çağındaki yaşantılar ve çevredeki önemli kişilerle yapılan özdeşimlerle oluşurlar. Yaşamın ilerleyen dönemlerindeki benzer deneyimler ve öğrenmelerle temel inançlar pekişmektedir. Koşulsuz mutlak önermeler (sevilmiyorum, yetersizim vb.) şeklindedirler (Türkçapar vd., 2009: 102). Beck'e göre temel inançlar, çaresizlik, sevilme ve değersizlik olmak üzere üç başlık altında incelenir (Torun, 2017: 54). Bu şemalar, olumsuz kendilik inancını göstermektedir (Murdock, 2013: 328).

Çaresizlik temel inancı, güç ve başarı gibi performans yetersizliğiyle, sevilme temel inancı duygusal eksikliklerle ve değersizlik temel inancı ise ahlaki eksiklik ve suçlulukla ilgilidir. Herkeste temel inançlar çiftler (örneğin bir kişide hem sevilirim, hem de sevilmiyorum şeklindeki temel inançların birlikte bulunması) şeklindedir. Ruhsal bir rahatsızlığı ya da kişilik bozukluğu olmayan bir kişide, genellikle olumlu temel inançlar (örneğin sevilirim) etkindir. Sağlıklı kişilerde olumsuz bir durumla beraber geçici olumsuz duygular yaşanır ve olumsuz temel inanç aktifleşir. Örneğin; arkadaşı tarafından terk edilen biri ilk zamanlarda kendini kötü hisseder ve olumsuz temel inanç (sevilmiyorum) etkindir. Kişi, bu durumu kısa sürede atlarmazsa ve depresyona girdiyse yaşadığı depresyon süresi boyunca olumsuz temel inanç (sevilmiyorum) etkin olur. Kişi depresyondan çıktığında tekrardan olumlu temel inanç (sevilirim) kişide aktif olur (Türkçapar vd., 2009: 102).

2.2.2.2. Ara İnançlar ve Kurallar

Yaşanan ana özgü otomatik düşüncelerin hemen altında bireyin ifade etmemekle birlikte, inandığı ara inançları, kuralları veya sayılıları bulunmaktadır. Dile getirilmese de kurallar ve sayılılar davranışın soyut düzenleyicileridir. Bireyin kendisiyle, diğer kişilerin davranışları, yaşadıkları ve yaşantıyla ilgili kendisinde yerleşmiş olan kurallar, tutumlar ya da beklentilerdir. Ara inançların belirlenmesi terapide otomatik düşüncelerin sorgulanmasıyla ortaya çıkmaktadır. Duruma göre bu inançlar bireyin uyumunu bozucu etkide bulunabilir ya da işlevsiz olabilmektedir. Bu işlevi olmayan inançlara “Eğer başarısız olursam sevilmem”, “Yardım istemek zayıflıktır” gibi tutumlar örnek verilebilir (Türkçapar, 2015: 84-86). Bireyin ara inançları, kendisine dayattığı kuralları belirlemek yönünden önemlidir (Torun, 2017: 43).

2.2.2.3. Otomatik Düşünceler

Otomatik düşünceler, bilişsel süreçlerin tipik bir özelliğidir. Kısaltılmış cümleler tarzında açığa çıkma eğilimleri vardır. Temel ve ara inançların sonucunda otomatik düşünceler ortaya çıkmaktadır. Temel ve ara inançlarla kıyaslandığında ise daha kolay değiştirilebileceği düşünülmektedir (Murdock, 2013: 323).

Beck, otomatik düşüncelerin kişiye göre farklılıklar içerdiğini gözlemlemiştir. Herhangi bir muhakeme ya da kasıt sonucu ortaya çıkmadığı gibi bu düşünceler mantıksal bir sıra da izlememektedirler. İstem dışı ortaya çıktıkları için otomatik düşüncelere “özerk düşünceler” de denilebilmektedir. Bunların geçerliliğini, mantıklı olmasını test etmeden danışanların sorgusuz bir şekilde bu düşünceleri kabul ettiği öngörülmektedir (Beck, 2005b: 41).

Otomatik düşünceler, olaylar yaşandığında ya da hatırlandığında olumsuz duyguların yaşanmasıyla zihinde var olan içeriktir. Bu düşünceler kendiliğinden ve hızla ortaya çıktıkları gibi sözel veya imgesel olabilir. Bilinç düzeyinin hemen altında bulunan bu düşünceler, dikkat edildiğinde fark edilebilmektedirler. Zihinden geçen özgün düşünce fark edildikten sonra buna odaklanmakla ortaya çıkan spontan gelmeyen düşünceler; alt tabakada yer alan şemalardır (ara inançlar, kurallar, temel inançlar) (Türkçapar, 2013: 164, 176).

Bireylerin uygun olmayan davranışlarını değiştirmesi için kendisi ve çevresiyle ilgili düşünce ya da inançlarını değiştirmesi gerekmektedir (Beck, 2011'den aktaran Windsor vd., 2015). Bilişsel terapiye göre bilişler değerlendirilirken, ilk hedeflenen alan otomatik düşüncelerin ele alınmasıdır. Otomatik düşünceler incelenirken, bilginin işleme sürecindeki yanlılıklar ya da eğilimler (bilişsel çarpıtmalar) danışanlara fark ettirilmelidir. Buradaki amaç danışanın düşüncesi ile gerçeği birbirinden ayırt etmesidir. Bilişsel hatalar herkeste görülmekle beraber psikolojik rahatsızlığı olan kişilerde daha sık ve sistematik şekilde belirmektedirler (Türkçapar, 2013: 164-183). Bu bilişsel hatalar aşağıda sıralanmaktadır:

Keyfi Çıkarsama: Destekleyici bulgular olmaksızın ya da gerçekte tersine bulgular olsa da yaşanan durumdan bağımsız bir sonuca varmaktır. Bu bilişsel hataya “sonuca atlama” da denilebilmektedir.

Seçici Soyutlama (Zihinsel Filtreleme): Yaşanan durum sonucunda durumun diğer belirgin özelliklerini ihmal ederek bir detaya odaklanmaktır. Sınırlayıcı olan bu düşünce hatasının temelinde tüm yaşantı kavramlaştırılmaktadır (Türkçapar, 2013: 183).

Aşırı Genelleme: Bir olayı temel alarak bireyin genel sonuçlara ya da kurallara ulaşmasıdır (Türkçapar, 2015: 282). Yaşanan olaydan kapsamlı şekilde negatif sonuçlara varılmaktadır (Torun, 2017: 34).

Büyütme ve Küçültme: Kişiler olayları yorumlarken birtakım öznel ağırlıklara atıfta bulunurlar. Olumlu olayları daha az önemseyip (küçültme), olumsuz olayları ise daha çok önemseme (büyütme) eğiliminde olabilmektedirler. “Olumluyu yok sayma” düşünce hatası bazı kaynaklarda “büyütme ve küçültme” düşünce hatasına benzetilmektedir. Bu bilişsel çarpıtmada birey olumlu olayları önemsiz görmektedir (Türkçapar, 2013: 183).

Kişiselleştirme (Bireyselleştirme): Bireyin kendisini merkeze alan yorumlarda bulunması ve bu yorumların tarafsız yargılamaların yerine geçmesi ile olayları kendisine yönelik yorumlayarak anlamlandırmasıdır (Beck, 2005: 92). Kısaca yaşanan tersliklerden kendini sorumlu tutmaktır (Savaşır vd., 2003: 21).

Felaketleştirme: Olması ihtimal dahilinde olan diğer seçenekleri değerlendirmeyip geleceği olumsuz görmektir. Felaketleştirme bilişsel hatası için “pireyi deve yapmak” deyimini kullanmak yerinde olur (Türkçapar, 2013: 184).

Olmalı İfadeleri: Emir kipi (-meli, -malı), dayatmacılığı ifade etmektedir. Kişi için hapisane inşa eden bir düşünce hatasıdır (Türkçapar, 2015: 282). Yaşanan durum karşısında kişinin net kurallarının olması ve bu kuralları başkasına da dayatmasıdır (Torun, 2017: 31).

İkili Düşünme: Her türlü deneyimin kişi tarafından hep ya da hiç biçiminde veya siyah beyaz olarak değerlendirilmesidir. Bu uçlar arasında bulunan noktalar değerlendirilmemektedir (Türkçapar, 2013: 184).

Zihin Okuma: Birey, diğer kişilerin düşüncelerini bildiğini ve onların da onun ne düşündüğünü bildiğine inanmasıdır. Yaygın olarak görülen bir düşünce hatasıdır (Türkçapar, 2015: 282).

Duygudan Sonuca Ulaşma: Aksi kanıtlara rağmen kişinin bu kanıtları görmeyip sadece hissettiği duygudan bir şeyin olduğuna ya da olacağına inanması ile yapılan düşünce hatasıdır (Türkçapar, 2013: 185, Torun, 2017: 32).

Etiketleme: Kişinin kendisini ya da diğer kişileri gerçekçi değerlendirmeler yapmak yerine sadece bir özellekle tanımlamasıyla etiketler yapıştırmasıdır (Türkçapar, 2015: 282).

2.3. Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Yaklaşım

Madde kötüye kullanım sorununun tedavisi için Beck ve arkadaşları (1993) bilişsel modeli geliştirmiştir (Range ve Mathias, 2012: 160). Alkol ve madde kullanımının sağlıklı olmayan temel inançlar ve varsayımlarla ilişkili olduğunu gösteren klinik belirtiler, alkol ve madde kullanan bireylerin bilişlerine yönelik tedavinin yarar sağladığını vurgulamaktadır (Brotchie vd., 2004).

Bilişsel bozukluk varsayımına göre; bağımlılıktaki temel sebep, düşünce süreci ve işlevsel olmayan bilişlerdir. Bilişsel yaklaşımda bağımlılığın hem duyguları hem de davranışları etkileyen ancak gerçekçi olmayan, obsesif nitelikli inançlar ve hatalı inançlar ya da şemalar sebebiyle oluştuğu ileri sürülmektedir (Işık ve Işık, 2016: 49). Madde kullanım bozukluğunun bilişsel yaklaşımında, madde kullanımına yönelik yanlış inanışlar ya da bilişlere odaklanarak bu bilişlerle ilgili bir mücadele gerekmektedir. Bilişsel temelli bu yaklaşım madde kullanımına yol açabilecek öğrenilmiş uyumlu olmayan davranışların değiştirilmesi ve depresyonların önlenmesinde etkili olmaktadır (Evren, 2017: 69).

Kişilerin erken dönem yaşantısında işlevsel olmayan inanç ve şemalara uzanan katı denilebilecek “temel bilişsel inançlar” yer almaktadır (Işık ve Işık, 2016: 50). Alkol ve madde kullanımı ile ilgili sorun yaşayan bireylerin de sevilmemek, çaresizlik, hayal kırıklığı ile ilgili temel ve ara inançları vardır (Range and Mathias, 2012: 160). Bu temel inançlar yaşam stresleri ile etkileşime girerek madde alma isteği sonuçlanan alkol ve maddeye ilişkin inançları harekete geçirmektedir. Yaşanılan duruma bağlı türeyen anlamlar, bireyin isteğine sebep olmaktadır (Beck vd.,1993: 52-53). Duygusal ve durumsal tetikleyici etmenler, bireyin madde veya alkol kullanmak zorundaymış gibi davranmasına ve bu şekilde davranmanın nedenleri altında yatışabilmek için ona ihtiyacı olduğuyla ilgili akılcı olmayan düşünceleri yer almaktadır (Köroğlu, 2011: 572-573). Stresle baş etmede zorluk, sorun çözme becerilerinin eksikliği ve sosyalleşmeyle ilgili problemler, bireyin maddeyle ve rahatsızlığıyla ilgili işlevsel olmayan

inançlarla bağ kurarak maddenin kullanılmasına neden olabilmektedir. Bu işlevi olmayan inançlar etkili başa çıkma yöntemlerinin eksikliğinde ortaya çıkmaktadır. Bağımlı birey, madde kullanımının olumsuz sonuçları yerine zihinsel ve duygusal durum üzerindeki olumlu sonuçlarını hatırlama eğiliminde olmaktadır (Aslan vd., 2012).

Bağımlı bireylerde düşünceler kendiliğinden (otomatik düşünceler) ortaya çıkmaktadır. Bu düşünceler katı, ya hep ya hiç tarzında, aşırı genelleştirilmiş, mutlak ve mantıksız şekildedir. Bireyler değişimin zor olduğuna inanarak kendilerini çaresiz, değersiz ve umutsuz görüp kendini ayıplama, suçlama ve utanç duyma düşünceleri söz konusu olmaktadır(Köroğlu, 2011: 571-572).

Alkol ve madde bağımlılarının düşünce tuzaklarına düşmemesi ve bunları tanıyıp kendilerinde fark etmeleri ve bilgilenmeleri tedavilerinin bir parçasıdır. Bu düşünce tuzakları; suçlamak, “Güç bende olmalı” demek, kendine hak tanımak, aşırı iyimserlik, aşırı hassaslık, minimize etmek, aşırı genellemek, sabit fikirlilik, mükemmeliyetçilik ve çaba göstermemek şeklinde sıralanabilir. Suçlamak düşünce biçiminde, kişinin kendisini değil başkasını suçlu görmesi (örneğin alkolü bırakmayı düşünüp eşine kızması ve içmeye devam etmesi) şeklindedir. “Güç bende olmalı” düşünce tuzağında kişi, maddeyi bırakmanın irade işi olduğunu ve isterse bırakabileceğini söyler. Bu düşüncelerin yanında “Başka çaresi mi var” diyerek kendine hak tanıma, “aslında ben bağımlı değilim” ile aşırı iyimserlik, “bir biradan bir şey olmaz” ile minimize etme düşünceleri fark edilmektedir. “Herkes aynı, bir şey değişmeyecek” ile aşırı genelleme ve “bir kere içtiysem hep içerim, sistem bozuldu” ile mükemmeliyetçilik düşünce hataları görülmektedir (Ögel vd., 2017: 167-173).

Bireyler madde kullanımını bırakmaya karar verdiğinde güçlü bir inanç kümesine sahiptirler. Bu inançlar, yoksunluğun etrafında yer alıp “eğer kullanmazsam sıkıntıya katlanamayacağım”, “mutsuz olacağım”, “arkadaşlarımı kaybedeceğim” türündedir. Bir başka inanç setinde madde alma isteğini kontrol etmede çaresizlik duygusuna odaklanarak “isteği durduracak güce sahip değilim”, “tekrar başlayacağım” düşünceleri yoğunlaşmaktadır. Bu düşünceler kendini gerçekleştiren kehanetler haline gelmektedir. Bireyler dürtülerini kontrol edemediğini düşündüğü için onları daha az kontrol etme eğilimindedir ve böylece bağımlılığın üstesinden gelmede çaresizliğe dair düşüncelerini teyit ederler. Alkol ve madde bağımlılarının temel inançların aktif olmasından kaynaklanan bazı tipik otomatik düşünceleri “bu hafta çok çalıştın, hak ettin”, “isteğe dayanamıyorum” şeklindedir (Beck vd., 1993: 26, 82). Alkol alma

davranışını hoş gören ve hatta bu durumu yücelten “alkol almak sosyal bir gereksinimdir”, “alkol almak stresi ortadan kaldırır” gibi ara inançlar alkol kullanma davranışının sürdürülmesine ve giderek daha fazla alkol kullanımına neden olmaktadır (Işık ve Işık, 2016: 51).

Bireylerin çoğunun, madde kullanımının artıları ve eksileriyle ilgili çelişkili inançları vardır. Bazen bu çelişkili inançların arasında çatışmanın oluşturduğu gerginliği azaltmak için madde arayabilecekleri inançsız bir mücadeleye odaklanırlar. Bilişsel modelin bireyin düşünce sistemini değiştirmekten oluşan terapi uygulaması; nüksü önleme, yüksek riskli durumlardan kaçınma ve bunlarla baş etmeyi öğretme gibi stratejileri de kapsamaktadır (Beck vd., 1993: 53; Akvardar vd., 2012: 49). Madde alma isteğini şiddetlendiren inançların tanımlanması ve değiştirilmesi ile yaşanan olumsuz duygu durumun (endişe, öfke, umutsuzluk) iyileştirilmesi gerekmektedir. Bilişsel terapistin rolü; işlevi olmayan inançları hastayla kontrol etmek, test etmek ve onları kontrol inançlarıyla değiştirmektir. Bilişsel stratejiler bu süreci kolaylaştırmaktadır (Beck vd., 1993: 17, 185, 186).

Literatüre bakıldığında Uğurlu ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada, alkol bağımlısı olan bireylerin alkol bağımlısı olmayan bireylere göre daha fazla fonksiyonel olmayan tutumlara sahip olduğu görüşü desteklenmiştir. Mükemmeliyetçi ve onaylanma ihtiyacı tutumlarının alkol bağımlılarında daha yüksek düzeyde olduğu saptanmış ve yine Caudill ve Kong (2001) tarafından yapılan çalışma sonucuna göre sosyal onaylanma gereksinimi yüksek olan kişilerde ağır biçimde alkol kullanımını olduğu gözlenmiştir.

Tayland’da yapılan bir çalışmada, depresyondaki alkol bağımlısı hastalara bilişsel davranışçı terapi uygulanmıştır. Bu uygulama sonucunda daha uzun süre ve dikkatli davranılarak bilişsel davranışçı terapi alan kişilerin depresyon düzeyinde azalma olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya göre bilişsel davranışçı terapinin alkol bağımlılığı ve depresyon hastalarında yararlı olduğu söylenebilmektedir (Thapinta vd., 2014). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmanın sonuçlarında ise stresin alkol problemlerine etki ettiği ve depresyonun buna aracılık ettiği görülse de depresyonun etkisinin işlevsel olmayan inançlardan kaynaklandığı yönündedir (Camatta ve Nagoshi, 1995).

Madde kullanımı bozukluğu olan kişilerin inanç sistemlerinin anlaşılması pek çok sebepten dolayı önemlidir. Bağımlılıkta inanç şeklinin anlaşılması tedavi bütünlüğünü sağlar,

danışmanlar tarafından tedavi hedeflerinin ve hastanın tedaviye uygun olup olmadığını belirler (Luke vd., 2002: 91).

2.4. Madde Kullanım Bozukluğunda Motivasyonel Kuram

Motivasyon, kişiyi bir hedefi ya da davranışı gerçekleştirmeye yönlendiren güdü veya inançtır (Ögel vd., 2012: 108). Motivasyonel görüşme, danışanların yaşadığı ikilemi keşfedip bunu çözmelerini sağlayacak davranış değişikliğini oluşturan yöntemdir (Ögel vd., 2012: 6; Akvardar vd., 2012: 46). Miller ve Rollnick tarafından geliştirilmiş olan bu yöntem, alkol ve madde bağımlılarında özellikle tedavinin başlangıcında kullanılan, kısa süreli, pratik, etkin bir yaklaşımdır. Değişime isteksiz ya da ikilemde olan kişilerde etkili olup ikilemin çözülmesi ve değişimin başlamasını amaçlamaktadır (Akvardar vd., 2012: 228). Motivasyon, bağımlılığı olan kişilerin tedaviye uyum sağlamasında etkili bir rol oynamaktadır (Diclemente vd., 1999).

Bağımlılık davranışlarının değişim döngüsü altı evreyi kapsamaktadır. Bu evreler süresince bağımlılık sona ermeden tekrar bir önceki evreye uğrayabilmektedir (Prochaska vd., 1992). Bu evreler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1. Farkındalık öncesi evre: Kişinin alkol veya madde kullanımının kendisine verdiği zararın farkında olmayıp henüz değişime hazır olmadığı evredir. Kişiyi bilgi verilmesi, yaşadığı problemler ile madde kullanımı arasında bağ kurmasının sağlanması ve değişim durumunun gündeme getirilmesi bu evrede uygun olmaktadır.
2. Farkındalık evresi: Kişi bu evrede madde kullanımının kendisini olumsuz etkilediğinin farkındadır ancak maddeyi bırakmayı düşünmemektedir ve ikilemde kalmıştır. Bu evrede uygun bir yaklaşım kararın değişim lehine olmasını sağlamaktadır (Ögel vd., 2012: 91-92; Akvardar vd., 2012: 228).
3. Karar verme evresi: Kişinin maddeyi bırakmaya karar verdiği evredir. Eyleme geçmek için bir hazırlık dönemidir.
4. Eylem evresi: Madde kullanımını bırakmak ve tedavi olmak için kişinin mücadeleye başladığı evredir. Tekrardan maddeye başlama riski vardır.
5. Sürdürme evresi: Kişi maddeyi bırakmış ve bunu sürdürme evresindedir. Bundan sonraki evrede ya çıkış evresine girecek ya da tekrar madde kullanımına başlaması ile relaps evresine geçecektir.

6. Relaps evresi (nüks): Kişinin maddeyi bırakmasından sonra tekrar madde kullanımına başladığı evredir. (Ögel vd., 2012: 91-92).

Madde bağımlılığı tedavisinin başarılı olması için kişinin tedaviye istekli ve kararlı olması, tedaviyi kolaylaştıran bir etmendir. Bu durum tedavinin başarılı olmasını sağlamaktadır. Bireyin maddeyi bırakması zor bir süreci kabullenmeyi gerektirdiğinden motivasyonun iyi değerlendirilmesi gerekir. Kişinin yaşadığı çevre, ailesi, işi, arkadaşları motivasyonu belirleyen dış etkenleri oluştururken bir de iç etkenler motivasyonu belirlemektedir. Motivasyonun iç etkenleri olarak; kişinin duygu, düşünce, davranışları ve bunların yönlendirilmesi önemli sorunlardandır. Düşüncelerini değiştirme, duyguları yönlendirmek ve bunların uygulanması değişime karar vermekle gerçekleşir (Ergenç ve Yıldırım, 2007: 82-83). Ryan ve arkadaşlarının (1995) yaptığı çalışmada alkol bağımlısı bireyin içsel motivasyonun yüksek olması bireyin tedavi olma ve tedavisini sürdürmesinde önemli bir etkidir. Depresyon ve anksiyete bozuklukları da motivasyonu olumsuz etkileyebilmekte ve dış motivasyon oldukça geçici olabilmektedir (Cahill vd., 2003).

Tedavi programları, maddeyi bırakmak için eyleme geçen hastalar için düzenlenmiştir. İçsel motivasyonu olan hastalar için uygun olup değişim için motivasyonu olmayan ve ambivilansta olanlar için uygun olmayabilmektedir (Evren vd., 2006).

2.5. Madde Kullanım Bozukluklarında Depresyon ve Anksiyete

Depresyon, bireyin yaşama karşı istek ve zevkinin kaybolduğu, üzüntü, karamsarlık, yoğun pişmanlık ya da suçluluk duygu ve düşüncelerinin olduğu, intihar düşüncesi ya da girişimlerin görülebildiği, iştah, uyku, cinsel istek benzeri fizyolojik rahatsızlıkların olduğu bir hastalıktır (Alper, 2001: 3). Anksiyete ise aşırı kaygı duyma hali, hastalık korkusu ya da her daim kötü bir şey olacakmış gibi hissetme, somatik yakınmalar ve kaygıyı tetikleyen durumlardan kaçınma ile belirlenen bir psikiyatrik bozukluktur (Köroğlu, 2009: 79-80). Anksiyetenin yaşandığı durumlarda bireyin kendini tehlikedeymiş gibi hissetmesi ile otonomik sinir sistemi aktifleşir. Otonomik sinir sisteminin fazla aktive olması sonucunda; yüz kızarması, çarpıntı, nefes almada güçlük, bulantı hissi, kusma, yutma güçlüğü, terleme, sık sık idrara çıkma, titreme, bayılma hissi, baş dönmesi, bacaklarda uyuşma ve karıncalanma, kas gerginliği gibi belirtiler gözlemlenmektedir (Öztürk, 2000'den aktaran Yapıcı, 2006).

Alkol veya madde kullanımı ve diğer psikiyatrik rahatsızlıkların komorbiditesine yönelik epidemiyolojik ulusal komorbidite çalışmasında (NCS; National Comorbidity Study) bulunan veriler, bağımlılığı olan bireylerin %41 ila %65'inin hayatlarının bir döneminde bir affektif ya da anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır. Bir affektif ya da anksiyete bozukluğu bulunan kişilerin yaklaşık %50'si yaşamlarının bir döneminde, bir bağımlılık bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamış ve bu bozukluklar genel popülasyonda görülme sıklığından daha fazla görülmüştür (Bucholz 1999'dan aktaran Yapıcı, 2006). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, alkol ve madde kullanan genç erkeklerde en sık karşılaşılan iki tanının anksiyete bozuklukları ve majör depresyon olduğu saptanmıştır (Sevinçok vd., 2000).

Alkol kullanımına bağlı bozukluklarla birlikte en sık görülen bozukluklar içerisinde duygu durum ve anksiyete bozuklukları yer almaktadır. Alkole bağlı bozukluğu olan bireylerde majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık % 30-40'dır. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin % 25-50'si de anksiyete bozuklukları tanısı almaktadır. Anksiyeteyi yatıştırmak için kullanılan alkol, ilerleyen zamanlarda kalıcı bir bozukluk oluşturmaktadır (Bayar ve Yavuz, 2008: 227). Özellikle alkol kullanan hastalarda anksiyete bozukluğuna sık rastlansa da bireyin anksiyete sebebiyle mi alkol kullanmaya başladığı ya da alkol kullanımının oluşturduğu problemler sebebiyle mi anksiyete belirtilerinin ortaya çıktığı ayırt edilmelidir (Ögel vd., 1998: 27).

Alkol kullanım bozukluğuna eşlik eden pek çok psikiyatrik bozukluk bulunsa da depresif semptomların birlikte bulunma oranı % 35 kadardır. Alkol kullanımına sekonder olarak depresyon gözlenebileceği gibi alkol kullanımının neden olduğu genel sağlık problemleri de depresif belirtilere neden olabilmektedir. Ayrıca alkol kullanımından bağımsız olarak depresyon komorbid olarak bulunabilmektedir (Akvardar vd., 2012: 113). Depresyonun detoksifikasyon döneminde daha da yoğunlaştığı gözlenmekle birlikte uzun zamandır alkol kullananlarda depresif sendrom gelişebilmektedir. Opiyat bağımlısı bireylerde yaşam boyu bir defa depresyon görülme oranının % 48 olduğu ve uzun süre opiyat kullanımı sonucunda organik bir affektif sendrom oluşturabileceği öne sürülmektedir. Aynı zamanda depresyondaki bireylerin bu duygu durumdan kurtulmak amacıyla da uyarıcı maddeleri (amfetamin, kokain vb.) sık kullandığı belirtilmektedir (Ögel vd., 1998: 26).

Alkol ve İlişkili Durumlarda Ulusal Epidemiyolojik Araştırma (AİDUEA) geniş kapsamlı bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada nüfusun % 9.4'ünün (yaklaşık 19.4 milyon kişi)

alkol veya madde kullanım bozukluğunun tanı kriterlerini karşıladığı ve nüfusun % 9.2'sinin bağımsız duygu durum bozukluğu (majör depresyon, distimi, bipolar bozukluğu dahil) semptomlarını taşıdığı gözlenmiştir. Madde kullanım bozukluğu ile bağımsız duygu durum bozukluğu arasında yüksek bir ilişki saptanmıştır. Mevcut madde kullanım bozukluğu olan kişilerin yaklaşık olarak % 20'sinde en az bir bağımsız duygu durum bozukluğu görülmüştür. Bu sonuçlara rağmen AİDUEA çalışmaları madde kullanımı ile duygu durum bozuklukları arasındaki ilişkinin temelinde yatan sistemin nedenselliği ile ilgili soruyu çözümleyememiştir (Whisman, 2010: 325).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, madde kullanım bozukluğu olan bireyler ile madde kullanmayan bireylerin işlevsel olmayan tutumları, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından aralarındaki farka baktığından nedensel karşılaştırmalı desende yapılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışmaya, Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Ahmet Şireci Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) Kliniği'nde yatarak tedavi olan 60 hasta ve alkol, madde ve sigara kullanmayan 60 kişi olmak üzere toplamda 120 kişi araştırmanın amaçlı ve uygun örneklemini oluşturmuştur. Alkol, madde ve sigara kullanmayan kişiler; bir üniversite, bir hastane ve bir yurttan çalışmaları kapsamaktadır. Her iki gruptan katılan kişilerin yaş, cinsiyet ve eğitim düzeylerinin uyumlu olmasına dikkat edilmiştir. Madde kullanım bozukluğu olanların çalışmaya alınma kriterleri;

- DSM-5'e göre madde kullanım bozukluğu ölçütlerini karşılamış olmak,
- 18-60 yaş arasında olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- Yoksunluk krizinde olmamak,
- En az ilkokul mezunu olmak.

Sağlıklı kontrol grubu için;

- 18-60 yaş arasında olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- En az ilkokul mezunu olmak,
- Sigara dahil herhangi bir madde kullanmamak.

Çalışmadan dışlanma kriteri olarak; ölçeklerin uygulanmasına engel olacak fiziksel ve psikiyatrik bir rahatsızlığın olması halinde ölçekler uygulanmamıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanmasında ‘‘Kişisel Bilgi Formu’’ (Ek-1) , ‘‘Bağımlılık Profil İndeksi Kısa(BAPİ-Kısa) Formu’’ (Ek-5), ‘‘İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Türkçe Formu (DAS-R-TR)’’ (Ek-2), ‘‘Beck Depresyon Ölçeği’’ (Ek-3) ve ‘‘Beck Anksiyete Ölçeği’’ (Ek-4) kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacı tarafından kişisel bilgi formu düzenlenmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek için düzenlenen bu kişisel bilgi formunda; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi (ilkokul, ortaokul, lise, üniversite, yüksek lisans ve üstü) ve medeni durum (evli, bekar, ayrı) bilgileri yer almaktadır.

3.3.2. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Türkçe Formu (DAS-R-TR)

İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği (DAS), işlevsel olmayan tutumları ölçmek için Weissman ve Beck (1978) tarafından geliştirilmiş ve her biri 40 maddeden oluşan DAS-A ve DAS-B formları vardır. Bu ölçek ise işlevsel olmayan tutumları; onaylanma ihtiyacı/bağımlılık (NFA) ve mükemmeliyetçilik/başarı (P) odaklı olmak üzere iki grupta inceleyebilmektedir. Türkçe DAS’ın iki faktörlü yapıdan farklı olarak dört farklı yapısının olduğu, fakat NFA ve P haricindeki faktörlerin neyi temsil ettiği karşılaştırmalı çalışmalarda değerlendirmeye imkan vermediği saptanmıştır. Bir taraftan da kısaltılmış ölçeklerin hem uygulayıcılar hem de ölçeği dolduranlar tarafından daha kabul edilebilir olması nedeniyle DAS’ın kısaltılmış formunun (DAS-R) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Batmaz ve Özdel (2016) tarafından yapılmıştır.

DAS-R, ‘‘mükemmeliyetçilik/başarı’’ ve ‘‘onaylanma ihtiyacı/bağımlılık’’ şeklinde iki faktörden oluşmaktadır. ‘‘Mükemmeliyetçilik/başarı’’ olarak adlandırılan faktör, ölçeğin ilk 8 maddesinden, ‘‘onaylanma ihtiyacı/bağımlılık’’ faktörü ise ölçeğin son 5 maddesinden oluşmakla birlikte toplamda 13 maddesi vardır. Ölçeğin her bir maddesi 1 ile 7 arasında puan almaktadır. Likert tipi bir ölçektir. Belirli bir kesme puanı bulunmamakta ve toplam puanların artışı bireylerin işlevsel olmayan tutumlara sahip olduğunu göstermektedir.

Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ‘‘mükemmeliyetçilik/başarı’’ alt ölçeği için .84, ‘‘onaylanma ihtiyacı/bağımlılık’’ alt ölçeği için .75 ve toplam ölçek için .84 olarak bulunmuştur. DAS-R ile Beck Depresyon Ölçeği, Otomatik Düşünceler Ölçeği, DAS toplam ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyon incelenmiştir. Yapı geçerliliğine göre; DAS-R toplam puanı,

negatif otomatik düşüncelerin frekansı ve yoğunluğuyla (.28) ve depresyon şiddetiyle (.37), “mükemmeliyetçilik/başarı” ve “onaylanma ihtiyacı/bağımlılık” alt ölçek puanlarıyla (.32 ve .26) anlamlı derecede korelasyon saptanmıştır (Batmaz ve Özdel, 2016).

3.3.3. Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck (1961) tarafından depresif belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplamda 21 maddesi bulunmakta ve her maddesi 0 ile 3 arasında puan alan likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan toplam puanın 0 ile 63 arasında değişebileceği, 17 ve üzerinde alınan toplam puanın tedavi gerektirebilecek depresyonu ayırt edebildiği saptanmıştır (Hisli, 1988; 1989).

Hisli (1989) tarafından Türkiye’ye uyarlanan BDE’nin geçerlilik ve güvenilirliği çalışılmış ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri’nin “depresyon” alt testi ile envanter puanları arasındaki geçerlik katsayısı .63, iki yarım test güvenilirlik katsayısı .74 ve cronbach alfa katsayısı .80 olarak bulunmuştur.

3.3.4. Beck Anksiyete Envanteri

Beck anksiyete envanteri, Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Beck anksiyete envanteri, 21 maddeden oluşmakta ve 0 ile 3 (0=hiç, 3=şiddetli) arasında puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan toplam puan 0 ile 63 arasında değişip, alınan puanın yüksekliği yaşanan anksiyetenin şiddet düzeyini göstermektedir.

Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından Türkiye’ye uyarlanan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .93, madde-toplam puan korelasyon katsayılarının .45 ve .72 arasında değiştiği bulunmuş, test tekrar test güvenilirlik katsayısı ise $r = .57$ olarak belirtilmiştir. Ölçüt bağımlı geçerliğe göre; ölçeğin Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyonu .41, Beck Depresyon Envanteri ile .46, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile .34, Durumluk Kaygı Envanteri ile .45 ve Sürekli Kaygı Envanteri ile .53 olarak saptanmıştır.

3.3.5. Bağımlılık Profil İndeksi Kısa (BAPİ-Kısa) Formu

BAPİ-Kısa Formu, Başabak ve arkadaşları (2015) tarafından geliştirilmiştir. Çalışmanın yapıldığı bireylerde bağımlılık şiddetini ölçmek ve diğer boyutları değerlendiren bu ölçek, 22 maddeden oluşmakta ve 0 ile 2 arasında puanlanan üçlü likert şeklindedir. Bağımlılık Profil İndeksinden (BAPİ) kısaltılarak oluşturulmuştur. İki faktörü bulunmaktadır. Birinci faktörde; bağımlılık tanı ölçütleri ve şiddetli istek soruları, ikinci faktörde ise yaşam üstüne etkileri ve motivasyon soruları yer almaktadır. Bağımlılık tanı ölçütleri soruları 4 maddeden (12., 13., 14., 15. maddeler); şiddetli istek 1 maddeden (21. madde); yaşam üstüne etkileri 5 maddeden (16., 17., 18., 19., 20. maddeler) ve motivasyon 1 maddeden (22. madde) oluşmaktadır. Madde kullanım özellikleri soruları ilk 11 sorudan oluşarak hangi maddenin kullanıldığını ve kullanım sıklığını belirtmektedir. Bağımlılık tanı ölçütleri alt testinde, DSM ve ICD'de bağımlılık tanı ölçütleri yer almaktadır. Şiddetli istek, madde kullanmak için şiddetli bir istek ve arzu halini belirtirken motivasyon alt testi ise maddenin bırakılmasında bireyin motivasyonunu değerlendirmektedir. Yaşam üstüne etkileri alt testinde, madde kullanımının bireyin aile ve arkadaş ilişkilerinde, eğitim, iş ve ekonomik hayatında yarattığı sorunlar ele alınmaktadır.

Ölçeğin güvenilirliğine bakıldığında; Cronbach alfa katsayısı 0.89, madde-toplam puan korelasyon katsayıları .66 ile .39 arasında saptanmıştır. Geçerlilik çalışmasında, BAPİ-Kısa ile BAPİ arasında korelasyon katsayısı .96, Alkol Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi (Alcohol Use Disorder Identification Test-AUDIT) arasındaki korelasyon katsayısı .81; CAGE arasındaki korelasyon katsayısı .80 olarak bulunmuştur.

3.3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Hasan Kalyoncu Üniversitesi etik kurul onayı ve Gaziantep Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden etik izni (Ek-6) alındıktan sonra ölçekler katılımcılara yüz yüze görüşmeyle uygulanmıştır. Ölçekler uygulanmadan önce katılımcılara bu araştırmaya katılımın gönüllülük esaslı olduğu vurgulanmış ve katılımcı onam formu (Ek-7) imzalatılmıştır. AMATEM biriminde yatarak tedavi olan ve en az dört gün süren detoksifikasyon sürecini tamamlayan hastalara ölçekler uygulanmıştır. Ölçek uygulanan her hasta, en az dört gün detoksifikasyon sürecini BAPİ-Kısa formu, bağımlılık riskini belirlemek amacıyla sadece AMATEM'de yatan hastalara uygulanmıştır. AMATEM'de yatan hastalardan Temmuz 2017-Eylül 2017; sigara, alkol ve madde kullanmayan bireylerden ise Ekim 2017-Şubat 2018 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Her iki gruba da kişisel bilgi formu, işlevsel olmayan tutumlar, anksiyete ve depresyon ölçekleri verilmiştir. Katılımcılara ölçeklerin nasıl doldurulacağı ile

ilgili kısaca bilgi verilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından toplanıp ölçeklerin uygulanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.4. Verilerin Analizi ve Yorumlanması

Verilerin normal dağılıp dağılmadığını incelemek için Kolmogorov-Smirnov testi ve Shapiro-Wilk testleri yapılmıştır. Ayrıca Skewness ve Kurtosis değerleri dikkate alınmıştır. Verilerden elde edilen puanlara ait Skewness ve Kurtosis değerleri -1.5 ile +1.5 arasında değişim göstermiştir. Bu yüzden çalışmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puanların normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Verilerin analizinde parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. İki ölçekten alınan verileri birbiriyle karşılaştırmak için Pearson Korelasyon yöntemi, iki grubun bir ölçekten aldıkları puanların ortalamalarını karşılaştırmak için Bağımsız Gruplar T testi, üç grubun bir ölçekten aldıkları puanların ortalamalarını karşılaştırmak için ANOVA analiz yöntemi kullanılmıştır. Hipotez sınamalarında anlamlı alfa değerini $p < 0.05$ olarak seçilmiştir. Tüm verilerin analizi SPSS for Windows 23.0 programı ile yapılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Örneklemin Sosyodemografik Bilgileri

Tablo 1’de çalışma grubu ve kontrol grubuna ait sosyodemografik bilgiler verilmiştir. Çalışmaya katılan madde kullanım bozukluğu olan kişilerin yaş ortalaması 28.27 ± 7.15 , madde kullanmayan kontrol grubunun yaş ortalaması ise 29.02 ± 7.72 idi. Çalışmaya katılan katılımcıların tamamı erkeklerden oluşmaktaydı.

Madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların 23’ü (%38.3) ilkokul, 27’si (%45.0) ortaokul ve 10’u (%16.7) lise mezunu idi. Madde kullanmayan katılımcıların 20’si (%33.3) ilkokul, 29’u (%48.3) ortaokul ve 11’i (%18.3) ise lise mezunu idi.

Madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların 24’ü (%40.0) evli, 29’u (%48.3) bekar ve 7’si (%11.7) ayrı idi. Madde kullanmayan katılımcıların 40’ı (%66.7) evli ve 20’si (%33.3) ise bekar idi.

Tablo 1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

	Madde Kullanım Bozukluğu Olan Grup <i>n</i> = 60		Kontrol Grubu <i>n</i> = 60		<i>p</i>
	Ort.	S.s	Ort.	S.s	
Yaş	28.27	7.15	29.02	7.72	0.582
	N	%	N	%	
Öğrenim Durumu					
İlkokul	23	38.3	20	33.3	0.849
Ortaokul	27	45.0	29	48.3	
Lise	10	16.7	11	18.3	
Medeni Hal					
Evli	24	40.0	40	66.7	0.002
Bekar	29	48.3	20	33.3	
Ayrı	7	11.7	0	0.0	

4.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puan Ortalamalarının Çalışma ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Madde kullanım bozukluğu olan çalışma grubu ile madde kullanmayan kontrol grubunun Beck Depresyon Envanteri (BDE) puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t- testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puan Ortalamalarının Çalışma ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları

	Grup	N	Ort.	S.s.	S.d.	t	p	d
Toplam BDE	Çalışma	60	37.35	12.59	118	17.404	0.000	3.178
	Kontrol	60	7.20	4.63				

Yapılan bağımsız örneklem t- testi sonuçlarına göre; madde kullanım bozukluğu olan çalışma grubu ile madde kullanmayan kontrol grubunun Beck Depresyon Envanteri (BDE) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t(118)=17.404$, $p<0.001$, $d=3.178$]. Madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların Beck Depresyon Envanteri (BDE) puan ortalamaları ($\bar{x}=37.35$, $S.s.=12.59$) madde kullanmayan katılımcıların puan ortalamalarından ($\bar{x}=7.20$, $S.s.=4.63$) daha yüksek bulunmuştur.

4.3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının Çalışma ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Madde kullanım bozukluğu olan çalışma grubu ile madde kullanmayan kontrol grubunun Beck Anksiyete Envanteri (BAE) puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t- testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının Çalışma ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları

	Grup	N	Ort.	S.s.	S.d.	t	p	d
Toplam BAÖ	Çalışma	60	27.23	12.47	118	12.178	0.000	2.223
	Kontrol	60	5.52	5.94				

Yapılan bağımsız örneklem t- testi sonuçlarına göre; madde kullanım bozukluğu olan çalışma grubu ile madde kullanmayan kontrol grubunun Beck Anksiyete Envanteri (BAE) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$t(118)=12.178$, $p<0.001$, $d=2.223$]. Madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların Beck Anksiyete Envanteri (BAE) puan ortalamaları ($\bar{x}=27.23$, $S.s.=12.47$) madde kullanmayan katılımcıların puan ortalamalarından ($\bar{x}=5.52$, $S.s.=5.94$) daha yüksek bulunmuştur.

4.4. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Çalışma ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Madde kullanım bozukluğu olan çalışma grubu ile madde kullanmayan kontrol grubunun İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t- testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Çalışma ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları

	Grup	N	Ort.	S.s.	S.d.	t	p	d
Mükemmeliyetçilik/ Başarı	Bağımlı	60	28.53	12.41	118	3.158	0.002	0.576
	Kontrol	60	21.82	10.84				
Onaylanma İhtiyacı/Bağımlılık	Bağımlı	60	18.57	8.91	118	2.673	0.009	0.489
	Kontrol	60	14.53	7.56				
Toplam DAS-R	Bağımlı	60	47.10	17.76	118	3.514	0.001	0.642
	Kontrol	60	36.35	15.68				

Yapılan bağımsız örneklem t- testi sonuçlarına göre; madde kullanım bozukluğu olan çalışma grubu ile madde kullanmayan kontrol grubunun Mükemmeliyetçilik/Başarı alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [t(118)=3.158, p<0.005, d=0.576]. Madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların Mükemmeliyetçilik/Başarı alt ölçeği puan ortalamaları (\bar{x} =28.53, S.s.=12.41) madde kullanmayan katılımcıların puan ortalamalarından (\bar{x} =21.82, S.s.=10.84) daha yüksek bulunmuştur.

Madde kullanım bozukluğu olan çalışma grubu ile madde kullanmayan kontrol grubunun Onaylanma İhtiyacı/Bağımlılık alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [t(118)=2.673, p<0.05, d=0.489]. Madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların Onaylanma İhtiyacı/Bağımlılık alt ölçeği puan ortalamaları (\bar{x} =18.57, S.s.=8.91) madde kullanmayan katılımcıların puan ortalamalarından (\bar{x} =14.53, S.s.=7.56) daha yüksek bulunmuştur.

Madde kullanım bozukluğu olan çalışma grubu ile madde kullanmayan kontrol grubunun toplam DAS-R puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [t(118)=3.514, p<0.005, d=0.642]. Madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların toplam DAS-R puan ortalamaları (\bar{x} =47.10 S.s.=17.76) madde kullanmayan katılımcıların puan ortalamalarından (\bar{x} =36.35, S.s.=15.68) daha yüksek bulunmuştur.

4.5. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Katılımcıların Yaş, Beck Depreyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-Kısa) ve İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) Ölçekleri Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların Yaş, Beck Depreyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-Kısa) ve İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) Ölçekleri Puanları Arasındaki İlişkiyi ortaya koymak amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen korelasyon katsayıları Tablo 5'te yer almaktadır.



Tablo 5. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Katılımcıların Yaş, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapı-Kısa) ve İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) Ölçekleri Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Pearson Korelasyon Sonuçları

		1 Yaş	2 BDE	3 BAE	4 MKÖ	5 TÖ	6 YE	7 Şİ	8 M	9 BAPİ	10 M/B	11 O/B	12 DAS- R
1.Yaş	r												
	p												
2.BDE	r	0.039											
	p	0.766											
3.BAE	r	-0.005	0.407**										
	p	0.970	0.001										
4.Madde Kullanım Özellikleri	r	-0.123	-0.052	0.208									
	p	0.351	0.694	0.112									
5.Tanı Ölçütleri	r	0.101	0.344**	0.386**	-0.026								
	p	0.445	0.007	0.002	0.845								
6.Yaşama Etkisi	r	0.005	-0.089	-0.136	-0.033	0.278*							
	p	0.970	0.501	0.299	0.801	0.031							
7.Şiddetli İstek	r	-0.093	0.275*	0.340**	0.172	0.639**	0.229						
	p	0.482	0.034	0.008	0.188	0.000	0.078						
8.Motivasyon	r	-0.127	-0.031	0.173	0.010	-0.013	0.121	-0.069					
	p	0.334	0.815	0.185	0.938	0.922	0.358	0.602					
9.BAPİ-Kısa Toplam	r	-0.081	0.146	0.290*	0.187	0.654**	0.672**	0.680**	0.475**				
	p	0.537	0.265	0.025	0.153	0.000	0.000	0.000	0.000				
10.Mükemme liyetçilik/ Başarı	r	0.039	0.063	0.067	-0.026	-0.007	-0.101	-0.227	-0.043	-0.163			
	p	0.768	0.633	0.614	0.846	0.957	0.441	0.082	0.745	0.214			
11.Onaylanma İhtiyacı/ Bağımlılık	r	0.234	0.163	-0.037	-0.134	0.056	0.211	0.031	-0.038	0.089	0.371**		
	p	0.072	0.214	0.776	0.309	0.669	0.105	0.812	0.775	0.501	0.004		
12.Toplam DAS-R	r	0.145	0.126	0.028	-0.085	0.023	0.035	-0.143	-0.049	-0.069	0.885**	0.761**	
	p	0.270	0.339	0.834	0.518	0.860	0.790	0.277	0.710	0.600	0.000	0.000	

** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed)

* Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed).

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BAE: Beck Anksiyete Envanteri

BAPİ-Kısa: Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu

DAS-R: İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısa Formu

Tablo 5 incelediğinde, yaş ile tüm ölçekler ve alt ölçekler arasında negatif ve pozitif yönlü ilişkiler bulunsa da bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile Beck Anksiyete Envanteri (BAE)($r=0.407$, $p<0.005$), arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-kısa) alt ölçeklerinden Tanı Ölçütleri ($r=0.344$, $p<0.05$) ve Şiddetli İstek ($r=0.275$, $p<0.05$) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ile Bapi Toplam ($r=0.290$, $p<0.05$), Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-kısa) alt ölçeklerinden Tanı Ölçütleri ($r=0.386$, $p<0.005$) ve Şiddetli İstek ($r=0.340$, $p<0.05$) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-kısa) ve alt ölçekleri ile İşlevsel olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve alt ölçekleri arasında negatif ve pozitif yönlü ilişkiler bulunsa da bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

4.6.Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-Kısa) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Öğrenim Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Madde kullanım bozukluğu olan çalışma grubunun Bağımlılık Profil İndeksi Kısa formu (Bapi-kısa) ve alt ölçekleri puan ortalamalarının kişilerin öğrenim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-Kısa) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Öğrenim Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Grup	N	Ort	S.s.	F	p	η^2	Fark
Madde kullanım özellikleri	İlkokul	23	3.61	2.06	0.175	0.840	0.006	-
	Ortaokul	27	3.37	1.84				
	Lise	10	3.80	2.82				
Tanı Ölçütleri	İlkokul	23	7.52	0.79	2.581	0.084	0.083	-
	Ortaokul	27	6.63	1.69				
	Lise	10	6.90	1.60				
Yaşama Etkisi	İlkokul	23	10.48	4.33	1.485	0.235	0.050	-
	Ortaokul	27	9.30	1.41				
	Lise	10	8.90	1.10				
Şiddetli İstek	İlkokul	23	1.87	0.34	1.636	0.204	0.054	-
	Ortaokul	27	1.63	0.63				
	Lise	10	1.60	0.52				
Motivasyon	İlkokul	23	1.70	0.56	0.431	0.652	0.015	-
	Ortaokul	27	1.56	0.64				
	Lise	10	1.70	0.48				
BAPİ-Kısa Toplam	İlkokul	23	7.84	1.19	3.136	0.051	0.099	-
	Ortaokul	27	6.98	1.37				
	Lise	10	7.12	0.94				

Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre; madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların öğrenim durumu değişkenine göre Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu

(Bapi-Kısa) ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.7. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Öğrenim Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Madde kullanım bozukluğu olan çalışma grubunun İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve alt ölçekleri puan ortalamalarının kişilerin öğrenim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Öğrenim Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Grup	N	Ort	S.s.	F	p	η^2	Fark
Mükemmeliyetçilik/ Başarı	İlkokul	23	28.30	12.23	0.211	0.810	0.007	-
	Ortaokul	27	29.48	12.64				
	Lise	10	26.50	13.21				
Onaylanma İhtiyacı/Bağımlılık	İlkokul	23	28.53	12.41	0.083	0.920	0.003	-
	Ortaokul	27	19.00	8.49				
	Lise	10	18.56	8.89				
Toplam DAS-R	İlkokul	23	17.60	10.73	0.177	0.839	0.006	-
	Ortaokul	27	18.57	8.91				
	Lise	10	47.30	14.99				

Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre; madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların öğrenim durumu değişkenine göre İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.8 Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının Öğrenim Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Madde kullanım bozukluğu olan çalışma grubunun Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) puan ortalamalarının kişilerin öğrenim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının Öğrenim Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Grup	N	Ort	S.s.	F	p	η^2	Fark
Toplam BDE	İlkokul	23	39.96	11.80	0.876	0.422	0.030	-
	Ortaokul	27	35.22	12.82				
	Lise	10	37.10	13.91				
Toplam BAE	İlkokul	23	37.35	12.59	2.751	0.072	0.088	-
	Ortaokul	27	31.39	14.59				
	Lise	10	23.37	10.74				

Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre; madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların öğrenim durumu değişkenine göre Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.9. Madde Kullanım Bozukluğu Olan alışma Grubunun Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-Kısa) ve Alt lekleri Puan Ortalamalarının Medeni Durum Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Madde kullanım bozukluğu olan çalışma grubunun Bağımlılık Profil İndeksi Kısa formu (Bapi-kısa) ve alt ölçekleri puan ortalamalarının kişilerin medeni durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 9’da verilmiştir.



Tablo 9. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-Kısa) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Medeni Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Grup	N	Ort	S.s.	F	p	η^2	Fark
Madde kullanım özellikleri	Bekar	24	3.46	2.26	3.46	2.26	0.000	-
	Evli	29	3.59	2.11				
	Ayrı	7	3.57	1.40				
Tanı Ölçütleri	Bekar	24	6.79	1.74	0.486	0.617	0.017	-
	Evli	29	7.17	1.23				
	Ayrı	7	7.14	1.07				
Yaşama Etkisi	Bekar	24	10.00	4.55	0.232	0.794	0.008	-
	Evli	29	9.48	0.69				
	Ayrı	7	9.43	0.98				
Şiddetli İstek	Bekar	24	1.58	0.65	1.450	0.243	0.048	-
	Evli	29	1.83	0.38				
	Ayrı	7	1.71	0.49				
Motivasyon	Bekar	24	1.63	0.65	0.075	0.928	0.003	-
	Evli	29	1.62	0.56				
	Ayrı	7	1.71	0.49				
BAPİ-Kısa Toplam	Bekar	24	7.19	1.79	0.235	0.791	0.008	-
	Evli	29	7.44	0.84				
	Ayrı	7	7.40	0.76				

Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre; madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların medeni durumu değişkenine göre Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu

(Bapi-Kısa) ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.10. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Medeni Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Madde kullanım bozukluğu olan çalışma grubunun İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve alt ölçekleri puan ortalamalarının kişilerin medeni durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Medeni Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Grup	N	Ort	S.s.	F	p	η^2	Fark
Mükemmeliyetçilik/ Başarı	Bekar	24	30.83	14.99	0.717	0.493	0.025	-
	Evli	29	26.72	9.95				
	Ayrı	7	28.14	12.40				
Onaylanma İhtiyacı/Bağımlılık	Bekar	24	21.67	8.00	2.549	0.087	0.082	-
	Evli	29	16.45	9.19				
	Ayrı	7	16.71	8.81				
Toplam DAS-R	Bekar	24	52.50	18.28	1.933	0.154	0.063	-
	Evli	29	43.17	16.00				
	Ayrı	7	44.86	20.73				

Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre; madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların medeni durumu değişkenine göre İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.11. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının Medeni Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Madde kullanım bozukluğu olan çalışma grubunun Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) puan ortalamalarının kişilerin medeni durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Çalışma Grubunun Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının Medeni Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Grup	N	Ort	S.s.	F	P	η^2	Fark
Toplam BDE	Bekar	24	33.71	14.27	1.720	0.188	0.056	-
	Evli	29	39.90	11.37				
	Ayrı	7	39.29	9.36				
Toplam BAE	Bekar	24	23.67	13.75	1.880	0.162	0.062	-
	Evli	29	30.24	11.51				
	Ayrı	7	27.00	9.56				

Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçlarına göre; alkol ve madde bağımlılığı olan katılımcıların medeni durumu değişkenine göre Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck

Anksiyete Envanteri (BAÖ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.12. Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puanlarının Yordayıcısı Olarak Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-kısa) ve İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) Alt Ölçeklerine İlişkin Bulgular

Madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların Beck Anksiyete Envanteri (BAE) puanlarının Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-kısa) ve İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) alt ölçekleri tarafından yordanıp yordanmadığını sınamak amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Beck Anksiyete Envanteri Puanlarının Yordayıcısı Olarak Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-kısa) ve İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) Alt Ölçeklerine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Model	R	R ²	B	SH	β	t	P	İkili r	Kısmi r
Sabit	0.568	0.322	-4.483	9.838		-0.456	0.651		
Madde Kullanım Özellikleri			1.044	0.718	0.174	1.454	0.152	0.208	0.198
Tanı Ölçütleri			3.090	1.369	0.355	2.258	0.028	0.386	0.299
Yaşama Etkisi			-1.235	0.536	-0.288	-2.303	0.025	-0.136	-0.304
Şiddetli İstek			4.466	3.878	0.188	1.152	0.255	0.340	0.158
Motivasyon			4.886	2.489	0.228	1.963	0.055	0.173	0.263
Mükemmeliyetçilik/Başarı			0.100	0.133	0.099	0.751	0.456	0.067	0.104
Onaylanma İhtiyacı/Bağımlılık			-0.011	0.182	-0.008	-0.059	0.954	-0.037	-0.008
Bağımlı Değişken: Beck Anksiyete Envanteri Puanları									

Yapılan analiz sonuçlarına göre, Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu alt boyutlarından olan Tanı Ölçütleri ($\beta=0.355$, $t= 2.258$, $p<0.05$) ile Yaşama Etkisi ($\beta=-0.288$, $t= -2.303$, $p<0.05$) kişilerin Beck Anksiyete Envanteri puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Tanı Ölçütleri ve Yaşama Etkisi alt boyutları Beck Anksiyete Envanteri puanlarının %32.2'sini açıklamaktadır ($R^2=0.322$, $F(7,59)= 3.534$, $p<0.005$).

4.13. Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu'nun (Bapi-kısa) Yordayıcısı Olarak BAE, BDE ve İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) Alt Ölçeklerine İlişkin Bulgular

Madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (Bapi-kısa) puanlarının DAS-R alt ölçekleri, BAE ve BDE tarafından yordanıp yordanmadığını sınamak amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 13'de verilmiştir.

Tablo 13. Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu'nun (Bapi-kısa) Yordayıcısı Olarak BAE, BDE ve İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Formu (DAS-R) Alt Ölçeklerine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Model	R	R ²	B	SH	β	t	P	İkili r	Kısmi r
Sabit	0.852	0.725	-1.296	0.592		-2.191	0.030		
Beck Anksiyete Envanteri			1.002	0.367	0.184	2.729	0.007	0.675	0.247
Beck Depresyon Envanteri			0.151	0.015	0.710	10.115	0.000	0.841	0.686
Mükemmeliyetçilik/Başarı			0.003	0.017	0.011	0.200	0.842	0.243	0.019
Onaylanma İhtiyacı/Bağımlılık			0.002	0.025	0.005	0.090	0.929	0.248	0.008
Bağımlı Değişken: Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu Toplam Puanı									

Yapılan analiz sonuçlarına göre, Beck Anksiyete Envanteri puan ortalamaları ($\beta=0.184$, $t= 2.729$, $p<0.01$) ile Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları ($\beta=0.710$, $t= 10.115$, $p<0.001$) kişilerin Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu toplam puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon envanterleri, Bağımlılık

Profil İndeksi Kısa Formu puanlarının %73'ünü açıklamaktadır ($R^2=0.725$, $F(4,119)= 75.963$, $p<0.001$).



BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Araştırma, madde kullanım bozukluğu olan bireyler ile kullanmayan bireyleri işlevsel olmayan tutumlar, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırarak aralarındaki farkı görmeyi amaçlamıştır. Bu bölümde araştırmanın amaçları doğrultusunda yapılan analizlerden elde edilen bulguların alanyazın çerçevesinde tartışması yapılmıştır.

Çalışmaya katılanların tamamı erkeklerden oluşmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan 60 ve madde kullanımı olmayan 60 kişi olmak üzere toplamda 120 kişi katılmıştır. Madde kullanım bozukluğu tanısı alan grup ile madde kullanımı olmayan kontrol grubu arasında yaş, eğitim ve cinsiyet açısından anlamlı bir fark saptanmadığından benzer gruplar olduğu gözlenmiştir.

Çalışmada madde kullanım bozukluğu olan grubun tamamı erkektir. Ertüzün ve arkadaşlarının (2016: 53) yaptığı çalışmada da AMATEM kliniğinde tedavi olan kişilerin tamamını erkekler oluşturmaktadır. Yine Yeltepe (2010: 58) tarafından yapılan çalışmada da madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin çoğunluğunun erkek olduğu görülmektedir. Araştırmamızdaki bu bulgunun literatüre paralellik gösterdiği gözlenmiştir. Bu sonuca göre madde kullanım bozukluğunun kadınlara oranla erkeklerde daha fazla görüldüğü söylenebilmektedir. Bu sonucun bir nedeninin erkeklerin tedaviye başvururken etiketlenme kaygılarının daha az olduğu ve tedaviye daha kolay başvurduğu düşünülebilir.

Çalışmada madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların yaş ortalaması 28 yıl olarak saptanmıştır. Ersöğütçü (2015: 32) tarafından yatarak tedavi gören madde kullanım bozukluğu olan hastaların yaş ortalaması çalışmamıza paralel şekilde 30 yıl olarak bulunmuştur.

Madde kullanım bozukluğu olan katılımcıları ilkökul, ortaokul ve lise mezunları oluşturmaktadır. Öğrenim durumu ilkökul ve ortaokul olan bireylerin daha fazla olduğu gözlenmiştir. Kaplanhan (2015: 44) tarafından yapılan çalışmada yatarak tedavi olan alkol ve madde bağımlısı hastaların daha çok ilköğretim mezunu ve en az sayıda da yüksek lisans ve üstü mezunu olduğu saptanmıştır. Madde kullanım bozukluğu olan kişilerin daha çok ilköğretim mezunu olduğunun gözlenmesi ile bu bulgu alanyazınla tutarlılık göstermektedir.

Kişilerin eğitim düzeyinin yüksek olması, daha bilinçli davranıp kendilerini bağımlılıktan korumalarını sağladığı düşünülebilir.

Çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların medeni durumuna bakıldığında bekarlar evlilere göre daha fazla sayıdadır. Yapılan çalışmalarda madde kullanım bozukluğu tanısı alan bireylerin çoğunluğunun bekar olduğu görülmektedir (Demirci, 2017: 29; Asan vd., 2015: 2). Mokri (2002: 185) tarafından yapılan çalışmada ise bağımlı nüfusun üçte ikisinin evli olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalara bakıldığında alanyazında farklılıklar gözlenebilmektedir.

Bu çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan grubun işlevsel olmayan tutumlar ölçeği toplam puanları ve işlevsel olmayan tutumlar ölçeğinin mükemmeliyetçilik/başarı ve onaylanma ihtiyacı/bağımlılık alt ölçek puanlarının madde kullanmayan gruba göre yüksek olduğu gözlenmiştir. Buna göre madde kullanım bozukluğu olan bireyler, madde kullanmayan bireylere göre daha fazla işlevsel olmayan inançlara sahiptir. Benzer şekilde Uğurlu ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada, alkol bağımlısı olan bireylerin fonksiyonel olmayan tutum puanları ile mükemmeliyetçi ve onaylanma ihtiyacı alt ölçek puanlarının alkol bağımlısı olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu bulgusu edinilmiştir. Mükemmeliyetçilik, bireylerin hata yapma konusunda aşırı kaygılı olması ve kendisine yüksek hedefler koyması ile karakterize bir şema olması ile bireylerin stresli durumlarda işlevsel olmayan bilişleri, onları psikopatoloji gelişimine yatkın hale getirebilmektedir (Dibartolo vd., 2007'den aktaran Uğurlu vd., 2012: 119). Bir çalışmada ise sosyal onaylanma ihtiyacı yüksek olan kişilerin daha fazla alkol kullanımı olduğu saptanmıştır (Caudill ve Kong, 2001). Diğer bir çalışmada bağımlı bireylerin bağımlı olmayanlara göre daha fazla işlevsel olmayan tutumlara sahip olduğu ve bu tutumların kişilerde stresi etkilediği görülmektedir. İşlevi olmayan bu düşüncelere sahip bireylerin madde bağımlısı olma ihtimali daha yüksek olmaktadır (A'zami vd., 2015: 52). Çalışmanın sonucunun alanyazına uyum sağladığı gözlenmiştir. Bu çalışma ile madde kullanım bozukluğu olan bireylerin işlevsel olmayan inançlara sahip olduğu görüşü desteklenmiştir. Bu bulgu ile bireylerin psikoterapide işlevsel olmayan inançlarının değerlendirilerek müdahale edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan grubun depresyon puan ortalamalarının madde kullanmayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre madde kullanım bozukluğu bireylerin madde kullanımı olmayan bireylere göre depresyon düzeyleri daha yüksektir. Hesselbrock ve arkadaşlarının (1985) yaptığı çalışmada alkol kullanan kişilerde

depresyonun yaygın olduğu ve başka bir çalışmada alkol bağımlılığı/kötüye kullanımı olan kişilerin yarısında depresif bozukluk olduğu görülmüştür (Spak vd., 2000). Madde kötüye kullanımının majör depresif bozuklukla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Deykın vd., 1986: 180). Araştırmanın kuramsal bölümünde bahsedildiği üzere madde kullanımına sekonder olarak depresyon gözlenebileceği gibi madde kullanımının neden olduğu genel sağlık problemleri de depresif belirtilere neden olabilmektedir. Ayrıca madde kullanımından bağımsız olarak depresyon komorbid olarak bulunabilmektedir (Akvardar vd., 2012: 113). Uzun zamandır alkol kullananlarda depresif sendrom gelişebilmektedir. Aynı zamanda depresyondaki bireylerin bu duygu durumdan kurtulmak amacıyla da uyarıcı maddeleri sık kullandığı belirtilmektedir (Ögel vd., 1998: 26). Çalışmanın sonucunun alanyazınla tutarlı olduğu gözlenmiştir.

Çalışmanın diğer önemli bulgusu, madde kullanım bozukluğu olan grubun anksiyete puan ortalamalarının madde kullanmayan bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna göre madde kullanım bozukluğu bireylerin madde kullanımı olmayan bireylere göre anksiyete düzeyleri daha yüksektir. Bu bulgu alanyazına paralellik göstermektedir. Çamurlu (1991) tarafından AMATEM biriminde yapılan çalışmada alkol kötüye kullanım bozukluğu olan bireylerde alkol kullanmayan bireylere göre daha fazla anksiyete bozukluğu olduğu bulunmuştur (Aktaran Samancı vd., 1995: 46). Diğer bir çalışmada anksiyete bozuklukları ve madde bağımlılığı arasında güçlü bir ilişki olduğu gözlenmiştir (Reiger vd., 1990: 2515). Araştırmanın kuramsal bölümünde bahsedildiği gibi madde kullanım bozukluğu olan bireylerde anksiyete bozukluğuna sık rastlanmaktadır. Birey, anksiyete sebebiyle alkol kullanmaya başlayabileceği gibi alkol kullanımının bireyde oluşturduğu problemler sebebiyle de anksiyete belirtileri ortaya çıkmaktadır (Ögel vd., 1998: 27). Alkolizm ile anksiyete arasında sebebi tam olarak anlaşılmayan bir mekanizma, bireyi anksiyete karşısında alkole yönlendirebilmektedir (Samancı vd., 1995: 46). Bu sonucun alanyazını desteklediği görülmektedir. Edinilen sonuçlar doğrultusunda madde kullanan bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu ve bu nedenle tedaviye başvuran bireylerin depresyon ve anksiyete belirtilerinin ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu belirtilerin değerlendirilmesi ile buna yönelik bir tedavi sağlanacağı ve bireylerin tedaviye daha uyum sağlayacağı düşünülmektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde depresyon ile anksiyete puanları arasındaki korelasyona bakılmış ve pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerin depresyon ve anksiyete toplam puanlarından biri arttığında diğeri de artmaktadır. Bu bulguyu destekleyen nitelikte çalışmalar olduğu gözlenmiştir. Kuramsal bölümde bahsedildiği üzere

alkol kullanımına bağılı bozukluklarla birlikte en sık görülen bozukluklar içerisinde duygudurum ve anksiyete bozuklukları yer almaktadır. Alkole bağılı bozukluğu olan bireylerde majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık % 30-40 iken, bu bireylerin % 25-50'si de anksiyete bozuklukları tanısı almaktadır (Bayar ve Yavuz, 2008: 227). Reiger ve arkadaşları (1990) tarafından yapılan çalışmada alkol kullanım bozukluklarında komorbidite oranları en yüksek olan bozukluklar içerisinde affektif ve anksiyete bozuklukları da bulunmaktadır.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde işlevsel olmayan tutumlar ile depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Çalışmanın sonucunun alanyazına uyum sağlamadığı görülmüştür. Batmaz ve Özdel (2016) tarafından yapılan çalışmada ise işlevsel olmayan tutumlar ile depresyon ve anksiyete puanları arasında ilişki olduğu ve işlevsel olmayan tutum puanlarının artması ile anksiyete ve depresyon puanlarında da artış gözlenmiştir. Yıldız (2017: 5) tarafından yapılan çalışmaya göre bireylerin sahip oldukları işlevsel olmayan tutumlarının depresyonu artırdığı saptanmıştır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmanın sonucunda depresyonun etkisinin işlevsel olmayan inançlardan kaynaklandığı yönündedir (Camatta ve Nagoshi, 1995). Depresif bireylerde işlevsel olmayan tutumların anlamlı olarak yüksek olduğu ve iyileşme sürecinde işlevsel olmayan tutumların azaldığı belirtilmiştir (Parker vd., 1984). Madde kullanım bozukluğunda bu yönde çalışmaların yapılması ile işlevsel olmayan inançlar ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılabilceği düşünülmektedir.

Çalışmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerde depresyon ve anksiyete puanları ile Bapi-kısa alt ölçeklerinden tanı ölçütleri ve şiddetli istek puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerin depresyon ve anksiyete düzeyleri arttıkça bağımlılık tanı ölçütleri ve madde kullanımına yönelik şiddetli istek alt ölçek puanları artmaktadır. Ögel ve arkadaşlarının (2015: 63) yaptığı çalışmada, bağımlılıkla ilgili bölümün alt ölçekleri olan tanı ölçütleri ve şiddetli istek ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Childress ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, bireylerin depresyon ve anksiyete duyguları uyandırıldığında madde isteğinin de arttığı vurgulanmıştır (Aktaran Ekinci vd., 2016: 15). Alkol bağımlısı bireylerde şiddetli bağımlılık tanısının duygulanım bozukluklarında sık olduğu ve anksiyete bozuklukları ve madde bağımlılığı arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (Reiger vd., 1990: 2515). Bağımlılık tanı ölçütlerinde, DSM'de bulunan madde bağımlılığı tanı kriterlerinin yer aldığı görülmektedir. Buna göre bağımlılık ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki olduğu

söylenbilir. Çalışmada, depresyon ve anksiyete puanlarının artması ile madde kullanımına yönelik şiddetli istekte artış gözlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda, bireylerin depresyon ve anksiyete ile baş etme stratejilerinin eksik olması halinde bireyin madde kullanımına yöneleceği düşünülebilir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre, BAPİ- Kısa alt boyutlarından olan bağımlılık tanı ölçütleri ile yaşam üstüne etkileri, bireylerin anksiyete puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı ve bağımlılık tanı ölçütleri ve yaşam üstüne etkileri alt ölçekleri anksiyete puanlarının %32.2'sini açıklamaktadır. Bağımlılık tanı ölçütleri ve bağımlılığın bireyin yaşamına olan etkileri anksiyete puanlarını etkilemektedir.

Bireylerin işlevsel olmayan tutumlarının, anksiyete ve depresyon düzeylerinin, BAPİ-Kısa puanlarını yordayıp yordamadığı incelenmiş ve işlevsel olmayan tutumların BAPİ-Kısa puanlarını yordamadığı görülmüştür. Anksiyete ve depresyon puanları, BAPİ- Kısa puanlarının %73'ünü açıklamaktadır. Depresyon ve anksiyete düzeylerinin bağımlılık şiddetini yordadığı görülmektedir.

Çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde yaş ile işlevsel olmayan tutumlar, BAPİ-kısa, depresyon ve anksiyete ölçekleri arasındaki ilişki incelenmiş ancak negatif ve pozitif yönlü ilişkiler bulunsa da bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda yaşın işlevsel olmayan tutumları anlamlı düzeyde yordamadığı görülmüştür (Halamandaris ve Power, 1997: 100; Parker vd., 1984: 92). Diala ve arkadaşları (2004: 418) tarafından yapılan çalışmada yaş ile alkol ve madde bağımlılığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ofraz ve Varol (2010: 3) tarafından yapılan çalışmada yaş ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki saptanmadığı görülmüştür. Bahar ve Taşdemir (2008: 14) tarafından yapılan çalışmada ise arasında ilişki olduğu ve yaşın artması ile depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı gözlenmiştir. Yaş ile depresyon ve anksiyete arasında alanyazında birbiriyle paralel olmayan sonuçların yer aldığı görülmektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin eğitim durumuna göre işlevsel olmayan tutumlar, depresyon, anksiyete, BAPİ-Kısa ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bireylerin eğitim durumuna göre işlevsel olmayan inançları inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Diala ve arkadaşlarının (2004: 418) yaptığı çalışmada eğitimin, alkol ve madde bağımlılığı ile ilişki göstermediği saptanmıştır.

Çalışmada, eğitim durumuna göre depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda (Levinsohn ve Teri, 1982; Mayerman ve Foreman, 1992) eğitim durumunun depresif belirtilerle ilişkisinin olmadığı ancak kültürleşme sürecinde etkileşime giren etkenlerin karmaşık olması bu açıklamaya hizmet edebilmektedir (Aktaran Canabal ve Quiles, 1995: 242). Yapılan diğer çalışmalarda bireylerin eğitim durumuna göre depresyon ve anksiyete puanları açısından fark olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyinin artması ile depresyon ve anksiyete puanlarında düşüş saptanmıştır (Bahar ve Taşdemir, 2008: 14; Oflaz ve Varol, 2010: 3). Lorant ve arkadaşları (2007: 297) tarafından yapılan çalışmada eğitim eksikliğinin psikopatolojinin önemli bir belirleyicisi olmadığı gözlenmiştir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin medeni durumuna göre işlevsel olmayan tutumlar, depresyon ve anksiyete düzeyleri, BAPİ-Kısa ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı incelenmiştir. Bireylerin medeni durumuna göre Bapi-Kısa ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark olmadığı bulunmuştur. Medeni duruma göre bağımlılık şiddetini inceleyen çalışmalara rastlanılmamıştır. Bireylerin medeni durumuna göre işlevsel olmayan tutumları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ve bu sonucun alanyazına uyumlu olduğu gözlenmiştir. Yapılan çalışmalarda, medeni durumun işlevsel olmayan tutumları anlamlı düzeyde yordamadığı görülmüştür (Halmandaris ve Power, 1997: 100; Parker vd., 1984: 92).

Çalışmanın diğer bulgusu, bireylerin medeni durumuna göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Oflaz ve Varol (2010: 3) tarafından yapılan çalışmada medeni durumun anksiyete ve depresyon puanları açısından fark oluşturmadığı belirtilirken, Blumental (1975) tarafından yapılan çalışmada ise bekar ve boşanmış bireylerin depresif belirtiler açısından risk altında olduğu saptanmıştır (Aktaran Canabal ve Quiles, 1995: 236). Alanyazında birbiriyle tutarlı olmayan sonuçlar bulunmaktadır.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, madde kullanım bozukluğu olan bireyler ile madde kullanmayan bireylerin işlevsel olmayan tutumları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin madde kullanmayan bireylere göre daha fazla işlevsel olmayan tutumlara sahip olduğu gözlenmiştir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireyler ile madde kullanmayan bireylerin depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin madde kullanımı olmayan bireylere göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Diğer sonuçlar aşağıda yer almaktadır:

- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptandığı ve bireylerin depresyon ve anksiyete puanlarından biri artarken diğerinin de arttığını göstermektedir.
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin depresyon ve anksiyete düzeyleri arttıkça bağımlılık tanı ölçütleri puanlarının ve madde kullanımına yönelik şiddetli isteğin arttığı sonucuna varılmıştır.
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bağımlılık tanı ölçütleri ile yaşam üstüne etkileri alt ölçeklerinin anksiyete puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı ve bağımlılık tanı ölçütleri ve yaşam üstüne etkileri alt ölçek puanları, anksiyete puanlarını %32.2 düzeyinde açıklamaktadır.
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin anksiyete ve depresyon puanları, BAPİ- Kısa puanlarını %73 düzeyinde açıklamaktadır.
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde işlevsel olmayan tutumlar ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde yaş ile işlevsel olmayan tutumlar, BAPİ-Kısa, depresyon ve anksiyete ölçekleri arasında negatif ve pozitif yönlü ilişkiler bulunsa da bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin eğitim durumuna göre işlevsel olmayan tutumlar, BAPİ-Kısa, depresyon, anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin medeni durumuna göre işlevsel olmayan tutumlar, BAPİ-Kısa, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

6.2. Öneriler

- Yapılan çalışmada katılımcıların sadece erkeklerden oluşması sonuçların kadınlara uyarlanmasını zorlaştırmaktadır. Bu çalışmalara kadınların da dahil edilmesi hedeflendiğinde daha genellenebilir sonuçlara ulaşılabilecektir.
- Yapılacak çalışmalara ayaktan tedavi gören ve tedavi görmeyen madde kullanım bozukluğu olan bireylerin de dahil edilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.
- Madde kullanımının zararları ile ilgili eğitimlerin artırılması gençlerin madde kullanımına karşı bilinçli davranmasını sağlayacaktır.
- Madde kullanım bozukluğunda işlevsel olmayan inançlarla ilgili çalışmaların Türkiye’de sınırlı sayıda olduğu gözlenmiştir. Bu konuyla ilgili çalışmaların yapılmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Akvardar, Y., Arıkan, Z., Berkman, K., Dilbaz, N., Oral, G., Uluğ, B. ...Zorlu, N. (2012). *Madde bağımlılığı tanı ve tedavi kılavuzu el kitabı* (1. Baskı). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Alper, Y., (2001). *Depresyon psikoterapisi* (1. Baskı). İstanbul: Alfa Yayınları.
- Altınbaş, E. ve Gültekin, M. (2005). *Psikolojik danışma kuramları* (2. Baskı). İstanbul: Aktüel Yayınları.
- Altınbaş, K., Saatçioğlu, Ö. ve Çakmak, D. (2007). Madde bağımlılığı ve psikoz. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 44, 34-40.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* (DSM-5). E. Köroğlu. (Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Asan, Ö., Tıkır, B., Okay, İ. T. ve Göka, E. (2015). Bir Amatem birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 16(1), 1-8.
- Aslan, S., Türkçapar, M.H., Yapıcı, E. H. and Uğurlu, M. (2012). Reliability and validity of beliefs about substance use (BSU) questionnaire in alcohol dependent patients. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 162-170.
- A'zami, Y., Doostian, Y., Mo'tamedi, A., Massah, O. and Heydari, N. (2015). Dysfunctional attitudes and coping strategies in substance dependent and healthy individuals. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13(23), 49-53.
- Bahar, A. ve Taşdemir, H. S. (2008). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 9-17.
- Başabak, A., Görücü, S., Güneş, R., Ögel, K. ve Koç, C. (2015). Bağımlılık profil indeksi (BAPİ) ölçeğinin kısa formunun geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik araştırması. *Bağımlılık Dergisi*, 16(4), 175-181.
- Batmaz, S. and Ozdel K. (2016). Psychometric properties of the revised and abbreviated form of the Turkish version of the Dysfunctional Attitude Scale. *Psychological Reports*, 118(1), 180-198. doi: 10.1177/0033294116628349

- Bayar, M. R. ve Yavuz, M. (2008). Alkol bağımlılığı. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye 'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 62, 221-230.
- Beck, A. T. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. and Ster, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6(56), 893-897.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. and Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T. (2005a). The current state of cognitive therapy: A 40 year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 953-959.
- Beck, A.T. (2005b). *Bilişsel terapi ve duygusal bozukluklar*. (A. Türkcan, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beck, J. S., (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond* (2.nd. Ed). New York: The Guilford Press.
- Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R. and Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 43: 337–342. doi: [10.1348/0144665031752916](https://doi.org/10.1348/0144665031752916)
- Cahill, M. A., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K. and Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive Behaviors*, 28(1), 67-79.
- Canabal, M. E. and Quiles, J. S. (1995). Acculturation and socioeconomic factors as determinants of depression among puerto ricans in the united states. *Society for Personality Research*, 23(3), 235-246. doi: 10.2224/sbp.1995.23.3.235
- Camatta, C. D. and Nagoshi, C. T. (1995). Stress, depression, irrational beliefs, and alcohol use and problems in a college student sample. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 19(1), 142-146. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1995.tb01482.x>
- Caudill, B. D. and Kong, F. H. (2001). Social approval and facilitation in predicting modeling effects in alcohol consumption. *Journal of Substance Abuse*, 13(4), 425-441.

- Çivitçi, A. ve Topbaşoğlu, T. (2015). Akılcı duygusal eğitimin ortaokul öğrencilerinin yaşam doyumları üzerindeki etkisi. *Ege Eğitim Dergisi*, (16)1, 13-29.
- Davison C. G. ve Neale J. M. (2004). Madde kullanımıyla ilişkili bozukluklar. İ. Dağ (Çev. Ed.). *Anormal psikoloji* (ss. 303-344). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Degenhardt, L., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R. C., Anthony, J. C., Angermeyer, M.,... and Wells, J. E. (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med.* 5(7): e141. doi: 10.1371/journal.pmed.0050141
- Demirci, N. K. (2017). *Madde kullanım bozukluğu olan erkek bireylerin yalnızlık düzeyinin ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Deykin, E. Y., Levy, J. C. and Wells, V. (1986). Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *Am J Public Health*, 76(1), 178-182.
- Diala, C. C., Muntaner, C. and Walrath, C. (2004). Gender, occupational, and socioeconomic correlates of alcohol and drug abuse among U.S. Rural, Metropolitan, and Urban residents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(2), 409-428. doi: 10.1081/ADA-120037385
- DiClemente, C. C., Bellino, L. E. and Neavins, T. M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 86-92.
- Doğan, S. (1995). Akılcı-duygusal terapi: Kuramsal bir inceleme. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(6), 29-36.
- Dünya Uyuşturucu Raporu, 2016. <http://www.yesilay.org.tr/tr/haberler/detay/2016-dunya-uyusturucu-raporu-aciklandi> adresinden 04.02.2018 tarihinde alınmıştır.
- Ekinci, S., Kural, H. U. ve Yalçınay, M. (2016). Madde bağımlılığı olan hastalarda öfke düzeyi; bağımlılık profili, depresyon ve anksiyete düzeyi ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 17(1), 12-17.
- Ellis, A. (1996). *Instructor's manual for rational emotive behavior therapy for addictions*. Newyork.
- Ergenç, G. ve Yıldırım, E. (2007). *Madde kullanımı önleme kılavuzu*. T.C. İstanbul Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü, İstanbul.

- Ersöğütçü, F. (2015). *Madde bağımlılığı tanısı almış bireylerde sosyal işlevsellik ve benlik saygısı*. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Ertüzün, E., Uyaroğlu, A. K., Demirel, B. ve Koçak, E. (2016). Boş zaman aktivitelerinin madde bağımlılığı sürecindeki rolüne ilişkin nitel bir çalışma. *Spor Bilimleri Dergisi*, 27 (2), 49–58.
- Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Dalbudak, E., Danışmant, B. S., Çakmak, D. ve Ryan, R. M. (2006). Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliliği ve güvenirliliği, *Bağımlılık Dergisi*, 7(3), 117-122.
- Evren, C. (2017). *Opioid kullanım bozukluğunda tanı ve tedavi kılavuzu*. İstanbul: Yerküre Yayıncılık.
- Florenzano, R. (1990). Alcoholism and other substance abuse: Preventive programs in Santiago, Chile. *Bull Pan Am Health Organ*, 24(1):86-96.
- Geçtan, E. (1997). *Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar* (13. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Gökdağ, C. (2014). *Otomatik düşünceler, fonksiyonel olmayan tutumlar ve mizaç ve karakter arasındaki ilişkiler*. Yüksek lisans tezi. Ege Üniversitesi, İzmir.
- Güleç, G., Köşger, F. ve Eşsizoğlu, A. (2015). DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4):448-460. doi: 10.5455/cap.20150325081809
- Halamandaris, K. F. and Power, K. G. (1997). Individual differences, dysfunctional attitudes and social support: A study of the psychosocial adjustment to university life of home students. *Person. Individ. Diff.* 22(1), 93-104.
- Hesselbrock, M. N., Meyer, R. E. and Keener, J. J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*, 42(11), 1050-1055.
- Hisli, N. (1988). Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 22, 118-126.
- Hisli, N. (1989). . Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Işık, E. ve Işık, U. (2016). *Alkol ve madde bağımlılığı nörobiyolojisi, kliniği, tedavi ve psikofarmakolojisi* (1. Baskı). İstanbul: Sigma publishing.

- Kaplanhan, T. (2015). *Alkol/madde bağımlılarında bağımlılık türü ile tedavi motivasyonu, algılanan sosyal destek ve psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Kaynak, Ü. ve Terzi, S. (2017). *Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı grupla psikolojik danışma uygulamaları ve programları- bilinçli farkındalık ve zaman yönetimi* (1. Baskı). M. Güven (Ed.). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Kesim, M.D. (2004). Sigara ve gebelik. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 38(2), 7-14.
- Kılıç, F. S. (2016). Bağımlılık ve uyarıcı maddeler, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1), 55-60.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L. and Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19-30. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.1.19>
- Köknel, Ö. (1998). *Bağımlılık-alkol ve madde bağımlılığı* (1. Baskı). İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Köroğlu, E., (2009). *Psikiyatri el kitabı* (2. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E. (2011). *Bilişsel-davranışçı psikoterapiler temel kavramlar, temel yaklaşımlar* (2. Baskı). Ankara: Hyb Yayıncılık.
- Köroğlu, E. (2012). *Düşünsel duygulanımcı davranış terapisi ilkeleri* (4. Baskı). Ankara: Hyb Yayıncılık.
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliege, D., Delie, J. M. and Ansseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *British Journal of Psychiatry*. 190(1), 293-298. doi: 10.1192/bip.bp.105.020040
- Luke, D. A., Ribisl, K. M., Walton, M. A. and Davidson, W. S. (2002). Assessing the diversity of personal beliefs about addiction: development of the addiction belief inventory. *Substance Use & Misuse*, 37(1): 89-120.
- Matlin, M. W. (2014). *Cognitive psychology* (8th Edition). Asia. International student version.
- Meclis Araştırma Komisyonu Raporu. (2008). *Uyuşturucu başta olmak üzere madde bağımlılığı ve kaçakçılığı sorunlarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırma komisyonu*. Ankara: TBMM Yayınları.

- Mokri, A. (2002). Brief overview of the abuse in İıan. *Arch Iranian Med.*, 5(3): 184-190.
- Morris, C. G. (2002). *Psikolojiyi anlamak* (1. Baskı). H. B. Ayvaşık ve M. Sayıl (Çev. Ed.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Murdock, N. L. (2013). *Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Kuramları-Olgı Sunumu Yaklaşımıyla* (2. Baskı). F. Akkoyun (Çev. Ed.). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Oflaz, F. ve Varol, H. (2010). Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkili faktörlerin incelenmesi. *S. D. Ü. Tıp Fak. Derg.*, 17 (1), 1-7.
- Ögel, K., Karalı, A., Tamar, D. ve Çakmak, D. (1998). *Alkol ve madde bağımlılığı el kitabı*. İstanbul: AMATEM Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi. <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/gpktp8.pdf> adresinden 10.12.2017 tarihinde alınmıştır.
- Ögel, K. (2002a). *Madde bağımlılarına yaklaşım ve tedavi*. İstanbul: IQ Yayıncılık.
- Ögel, K. (2002b). *Bağımlılığı önleme, anne-babalar öğretmenler için kılavuz* (2. Baskı). İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Ögel, K., Taner, S. ve Yılmazçetin, C. (2003). *Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Kılavuzu*. İstanbul: IQ Yayıncılık.
- Ögel, K. (2005). Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(47): 61-64.
- Ögel, K., Taner, S. ve Eke, C. Y. (2006). Onuncu sınıf öğrencileri arasında tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı: İstanbul örneklemi. *Bağımlılık Dergisi*, 7, 18-23.
- Ögel, K. (2010). *Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: Tanı, tedavi ve önleme*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K., Koç, C., Aksoy, A., Basabak, A. ve Evren, C. (2012). *Sigara, alkol ve madde bağımlılığı tedavi programı (SAMBA)*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K., Koç, C., Başabak, A., İşmen, E. M. ve Görücü, S. (2015). Bağımlılık profil indeksi klinik formunun (BAPİ-K) geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik Çalışması. *Bağımlılık Dergisi*, 16(2), 57-69.

- Ögel, K., Koç, C., Başabak, A. ve Aksoy, A. (2017). *Sigara, alkol ve madde bağımlılığı tedavi programı (SAMBA) – Klinik için uygulayıcı kılavuzu* (4. Sürüm). İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Özden, S. Y. (1992). *Uyuşturucu madde bağımlılığı-teşhis tedavi tedbir*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Yayını.
- Özyazıcı, A. (2004). *Alkollü içkiler, sigara ve diğerleri* (6. Baskı). Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.
- Parker, G., Bradshaw, G. and Blignault, I. (1984). Dysfunctional attitudes: measurement, significant constructs and links with depression. *Acta Psychiatr Scand.*, 70(1), 90-96.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. and Norcross, J. C. (1992). In search of how of people change: Application to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9): 1102-1114. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Rangé, B. P. and Mathias, A. C. R. (2012). *Cognitive-behavior therapy for substance abuse*, Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy, Irismar Reis De Oliveira, IntechOpen, DOI: 10.5772/30007. Available from: <https://www.intechopen.com/books/standard-and-innovative-strategies-in-cognitive-behavior-therapy/cognitive-behavioral-therapy-for-alcohol-abuse>
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. and Goodwin, K. F. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse results from the epidemiologic catchment Area (ECA) study. *JAMA*. 264, 2511-2518.
- Ryan, R. M., Plant, R. W. and O'Malley, S.(1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, 20(3), 279-297. doi: 10.1016/0306-4603(94)00072-7
- Samancı, A. Y., Sefa, A., Solmaz, M., Erkmén, H. ve Uçarer, N. (1995). Alkol ve anksiyete bozuklukları ilişkisi. *Düşünen Adam*, 8 (3): 44-49.
- Sargın, A. E. ve Türkçapar, M. H. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 7-14.
- Savaşır, I. ve Batur, S. (2003). : Depresyonun bilişsel-davranışçı terapisi. I. Savaşır, G. Soygüt ve E. Kabakçı (Ed.), *Bilişsel-Davranışçı Terapiler* (ss. 17-46). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

- Schulenberg, J., Wadsworth, K. N., O'malley, P. M., Bachman, J. G. and Johnston, L. D. (1996). Adolescent risk factors for binge drinking during the transition to young adulthood: Variable-and pattern-centered approaches to change. *Developmental psychology*, 32(4), 659-674. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.32.4.659>
- Sevinçok, L., Küçükardalı, Y., Dereboy, Ç. ve Dereboy, F. (2000). Genç erkeklerde madde kullanımı: Sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 40-48.
- Spak, L., Spak, F. and Allebeck, P. (2000). Alcoholism and depression in a Swedish female population: comorbidity and risk factors. *Acta Psychiatr Scand.*, 102(1):44-51.
- Şatır T. T., Kalyoncu A. ve Pektaş Ö. (2000). Kokain kullanım bozukluğunda birbirini takip eden iki sürecin değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 1(1), 18-21.
- Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. (Sixth Edition) Pearson, Boston.
- Thapinta, D., Skulphan, S. and Kittrattanapaiboon, P. (2014). Brief cognitive behavioral therapy for depression among patients with alcohol dependence in Thailand. *Journal Issues in Mental Health Nursing*. 35 (9), 689-693. doi: [10.3109/01612840.2014.917751](https://doi.org/10.3109/01612840.2014.917751)
- Torun, F. (2017). *Depresyon: Bilişsel davranışçı terapi ışığında kendine yardım kılavuzu* (1. Baskı). İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Tosun, M. (2008). Madde bağımlılığına genel bakış. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 62: 201-220.
- Türkçapar, H., Sungur, M. Z. ve Sargın, E. (2009). Bilişsel davranışçı terapiler. E. Köroğlu ve H. Türkçapar (Ed.), *Psikoterapi yöntemleri- kuramlar ve uygulama yönergeleri* (ss. 77-144). Ankara: Hyb Yayıncılık.
- Türkçapar, M. H. (2013). *Klinik uygulamada bilişsel davranışçı terapi: depresyon* (2. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Türkçapar, H. (2015). *Bilişsel terapi* (9. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.
- Türküm, A. S. (1999). Akılcı olmayan inanç ölçeğinin geliştirilmesi ve kısaltma çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(19), 41-47.

- Türkiye Uyuşturucu Raporu, (2012). <http://www.sck.gov.tr/oecd/2012%20T%C3%BCrkiye%20Uyu%C5%9Fturucu%20Raporu.pdf> adresinden 20.04.2018 tarihinde alınmıştır.
- Türkiye Uyuşturucu Raporu, (2014). http://eos.aeo.org.tr/userfiles/files/230_2014-Turkiye-Uyusturucu-Raporu-Hakkinda.pdf adresinden 20.04.2018 tarihinde alınmıştır.
- Uğurlu, G. K., Uğurlu, M., Turhan, L. ve Türkçapar, M. H. (2012). Alkol bağımlılarında işlevsel olmayan inançlar: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 1*, 113-120.
- Ulusoy, M., Şahin, N. H. and Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *12*, 163-172.
- Uzbay T. (2009). Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 21, 5-15.
- Weissman, A. N. and Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association. Canada.
- Whisman, M. A. (2010). *Depresyonun uyarlamalı bilişsel terapisi* (1. Baskı). M. Adal ve M. Macit (Çev. Ed.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Windsor, L. C., Jemal, A. and Alessi, E. (2015). Cognitive behavioral therapy: A meta-analysis of race and substance use outcomes. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 21(2), 300–313. doi: 10.1037/a0037929
- Yapıcı, A. (2006). *Alkol bağımlılığında depresyon ve anksiyetenin yetiyitimi ve yaşam kalitesine etkisi*. Tez çalışması, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Yargıç, İ. (2010). *Gençlerde bağımlılık*. <https://www.doktorsitesi.com/article/genclerde-bagimlilik> adresinden 06.01.2018 tarihinde alınmıştır.
- Yeltepe, H. (2010). *Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören yetişkinlerde düzenli egzersizin depresyon ve yaşam kalitesine etkisi*. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Yeltepe, H. (2013). *Bağımlılık tedavisinde egzersiz terapisi* (1. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Yıldız, M. (2017). Üniversite öğrencilerinde fonksiyonel olmayan tutumların ve olumsuz otomatik düşüncelerin depresyona etkisi. *Ulusal Eğitim Akademisi Dergisi*, 1(1), 1-7.

Yörük, P. ve Tosun, A. (2015). Obsesif kompulsif bozuklukta üst-bilişsel model. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(2), 190-207. doi: 10.5455/cap.20140807024558



EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz:

- Kadın
- Erkek

3- Eğitim Düzeyi:

- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite
- Yüksek lisans ve üstü

4-Medeni Durumunuz:

- Evli
- Bekar
- Ayrı

Ek 2. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Türkçe Formu (DAS-R-TR)

DAS-R-TR

Bu ölçek insanların zaman zaman savunduğu ya da inandığı tutumları bir listesini içermektedir. Lütfen HER CÜMLEYİ ayrı ayrı dikkatle okuyup, bunlara ne kadar katıldığınızı belirleyin. Her tutuma ilişkin kendi katılma derecenizi, yandaki cevap bölümündeki sayılardan birinin üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz. Her tutum için sadece BİR işaret koymaya özen gösterin. İnsanların hepsinin kendine özgü düşünceleri olduğundan, burada doğru ya da yanlış diye bir yanıt söz konusu değildir. Lütfen seçimlerinizin SİZİN GENEL OLARAK nasıl düşündüğünüzü yansıtmaya özen gösterin.

		Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum	Çok az katılmıyorum	Ender olarak katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Orduka katılmıyorum	Genellikle katılmıyorum	Tümüyle katılmıyorum
1	Bir insanın mutlu olabilmesi için ya çok güzel (yakışıklı), ya çok zengin, ya çok zeki ya da çok yaratıcı olması gerekir	1	2	3	4	5	6	7	
2	İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir	1	2	3	4	5	6	7	
3	İnsanların bana saygı göstermeleri için her zaman başarılı olmam gerekir	1	2	3	4	5	6	7	
4	Risk almak hiç bir zaman doğru bir şey değildir. Çünkü kaybetmek bir felaket olabilir	1	2	3	4	5	6	7	
5	Mutlu olabilmem için tanıdığım insanların çoğunun hayranlığımı kazanmalıyım	1	2	3	4	5	6	7	
6	Bir başka kişiden yardım istemek aslında zayıflık işaretidir	1	2	3	4	5	6	7	
7	Bir insan olarak yeterli olmam için, başkaları kadar başarılı olmam gerekir	1	2	3	4	5	6	7	
8	Beni seven bir insanın benimle aynı fikirde olması gerekir	1	2	3	4	5	6	7	
9	İnsanların bana verdiği önemi yitirmemem için kendimi açmamalıyım	1	2	3	4	5	6	7	
10	En azından bir yönümlü başarılı değilsem, değerli bir insan sayılmam	1	2	3	4	5	6	7	

11	Diğer insanlar tarafından sevilmedikçe mutlu olamazsın	1	2	3	4	5	6	7
12	İnsanın, başkalarını mutlu etmek için kendi ihtiyaçlarından vazgeçmesi gerekiyorsa, bunu yapması gerekir	1	2	3	4	5	6	7
13	Mutluluğum kendimden çok diğer insanlara bağlıdır	1	2	3	4	5	6	7



Ek 3. Beck Depresyon Envanteri

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 harfin 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** Gelecek biraz umutsuz bakıyorum
- 2** Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok
- 3** Benim için bir gelecek yok ve bu durum değişmeyecek

3) Geçmiş başarısızlıklar

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

4) Zevk alamama

- 0** Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
- 1** Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
- 2** Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum
- 3** Bana zevk veren hiçbir şey 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 cezalandırılabileceğimi 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 fırsatını 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 Őeylere 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 grnŐmm eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum

1 YaŐlandıęımı ve ekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum

2 Dış grnŐmde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz deęiŐiklikler olduğunu hissediyorum

3 Çok irkin 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 Sağlığım 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 yaşantımda 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

Ek 4. Beck Anksiyete Envanteri

Ad:

Tarih:

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.

	Yok (0)	Hafif (1) <i>Çok fazla rahatsız etmedi</i>	Orta (2) <i>Çok rahatsız ediciydi ama dayanabildi</i>	Şiddetli (3) <i>Dayanılamayacak kadar kötüydü</i>	
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	0	1	2	3
2	Sıcaklık/ateş basmaları	0	1	2	3
3	Bacaklarda halsizlik, titreme	0	1	2	3
4	Gevşeyememe	0	1	2	3
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu	0	1	2	3
6	Baş dönmesi veya sersemlik	0	1	2	3
7	Kalp çarpıntısı	0	1	2	3
8	Dengeyi kaybetme duygusu	0	1	2	3
9	Dehşete kapılma	0	1	2	3
10	Sinirlilik	0	1	2	3
11	Boğuluyormuş gibi olma duygusu	0	1	2	3
12	Ellerde titreme	0	1	2	3

13	Titreklilik	0	1	2	3
14	Kontrolü kaybetme korkusu	0	1	2	3
15	Nefes almada güçlük	0	1	2	3
16	Ölüm korkusu	0	1	2	3
17	Korkuya kapılma	0	1	2	3
18	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	0	1	2	3
19	Baygınlık	0	1	2	3
20	Yüzün kızarması kızarması	0	1	2	3
21	Terleme (sıcağa bağılı olmayan)	0	1	2	3

Ek 5. Bağımlılık Profil İndeksi Kısa (BAPİ-Kısa) Formu

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
1 Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?			
	Hiçbir zaman	En az bir kez kullandım	Üçten fazla kez
2 Esrar (marihuana, joint, gubar vb) kullandınız mı? Ne sıklıkta?			
2b Bonzai, jamaikan (sentetik kannabinoid)			
3 Ecstasy (ekstazi) kullandınız mı? Ne sıklıkta			
4 Eroin kullandınız mı? Ne sıklıkta			
5 Kokain kullandınız mı? Ne sıklıkta			
6 Taş (krak kokain) kullandınız mı? Ne sıklıkta			
7 Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar kullandınız mı? Ne sıklıkta			
8 Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb) kullandınız mı? Ne sıklıkta			
9 Akineton, tantum, xanax vb gibi çeşitli haplar kullandınız mı? Ne sıklıkta <i>Eğer bu ilaçları doktor bilgisinde ve önerisiyle kullandıysanız "0" işaretleyiniz</i>			

10 Metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri kullandınız mı? Ne sıklıkta			
11 LSD, GHB gibi maddeler kullandınız mı? Ne sıklıkta			

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?

0 Hiçbir zaman 1 Bazen 2 Neredeyse her zaman

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

0 Hiçbir zaman 1 Bazen 2 Neredeyse her zaman

14 Planladığınızdan daha fazla [madde] kullandığınız oldu mu?

Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içtiğin veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullandığın oldu mu?

0 Hiçbir zaman 1 Bazen 2 Neredeyse her zaman

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

0 Hiçbir zaman 1 Bazen 2 Neredeyse her zaman

16 Alkol veya uyuşturucu kullanmanız beden veya ruh sağlığınızı olumsuz etkiledi mi?

Yani sağlık sorunları yaşadınız mı?

0 Hiçbir zaman 1 Bazen 2 Neredeyse her zaman

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

0 Hiçbir zaman 1 Bazen 2 Neredeyse her zaman

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

0 Hiçbir zaman 1 Bazen 2 Neredeyse her zaman

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

0 Hiçbir zaman 1 Bazen 2 Neredeyse her zaman

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

0 Hiçbir zaman 1 Bazen 2 Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz.

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

0 Hiçbir zaman 1 Bazen 2 Neredeyse her zaman

22 Alkol veya uyuşturucuyu bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor muydunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Bazen 2 Neredeyse her zaman



Ek 6. İzin Yazısı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

GAZİANTEP İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - GAZİANTEP KHBGS EĞİTİM-ARGE
BİRLİM
01/07/2017 15:33 - 82370929 - 774.99 - E.630
00048142135

Sayı : 82370929-774.99
Konu : Araştırma İzni
Hatice YALÇIN

Sayın: Hatice YALÇIN

Yeditepe Mah. 85256 Sok. Kapı No:6 Daire No:8
Şahinbey / GAZİANTEP

İlgi : 05/06/2017 tarihli ve 45000866-BİLA sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile Genel Sekreterliğimize bağlı 25 Aralık Devlet Hastanesi Ahmet Şireci Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi'nde "**Madde Bağımlılarının Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Açısından İncelenmesi**" konulu tez ile ilgili anket çalışması yapma talebiniz başvuru dosyanızın incelenmesi sonucunda; araştırmayı bizzat yapmanız, araştırma sonuçlarının Tıbbi Hizmetler Başkanlığı'na bildirilmesi ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'ndan izin alınmadan yayınlanmaması kaydı ile araştırmanın yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunulur.

e-imzalıdır.
Abdullah UZUNASLAN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:
- Resmi Yazı (2 Sayfa)

Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı
Adem Kılıç
Hizmetleri
Güvenli Elektronik İmza ile Ayırıldı
03.07.17

03423262727/1342

Faks No:03423382601

e-Posta:sonay.metin@saglik.gov.tr İnt.Adresi: sonay.metin@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ed2d4784-8621-4660-b098-91b20fa95837 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Sonay METİN

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:

Ek 7. Katılımcı Onam Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışma, Hatice Yalçın tarafından Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans bitirme tezi olarak yürütülmektedir. Yapılan çalışma, madde kullanım bozukluğu olan ile madde kullanmayan kişilerin işlevsel olmayan inançlar, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki farka bakmayı amaçlamaktadır.

Araştırmaya katılımınız halinde bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek ve bilgiler özenle saklanacaktır. Bu bilgiler sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığınız için araştırmayı istediğiniz zaman bırakma hakkına sahipsiniz. Araştırmayı tamamlamış veya tamamlamamış olsanız bile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmayı baştan sona tamamlamamanız halinde verilerinizin değerlendirilmesi mümkün olmayacaktır.

Teşekkürler!