



**ERKEK ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARININ KAYGI DEPRESYON
VE HASTALIK ALGISI YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI**

Gonca ARAS

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

MART 2015

Gonca ARAS tarafından hazırlanan “ERKEK ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARININ KAYGI DEPRESYON VE HASTALIK ALGISI YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI ” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Cahit PEKYARDIMCI

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Başkan: Prof. Dr. Zehra ARIKAN

Psikiyatri AD, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Üye: Doç. Dr. Satı DEMİR

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Tez Savunma Tarihi: 04/03/2015

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Doç. Dr. Ufuk KOCA ÇALIŞKAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Gonca ARAS

04/03/2015

ERKEK ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARININ KAYGI DEPRESYON VE HASTALIK ALGISI YÖNÜNDE KARŞILAŞTIRILMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Gonca ARAS

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Mart 2015

ÖZET

Alkol ve madde bağımlılığı son yıllarda giderek artmakla birlikte ülkemizin en önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Alkol ve madde kullanımı bireyle birlikte aileyi ve toplumu etkilediğinden fiziksel ve ruhsal sorunlarla birlikte hukuki ekonomik ve sosyal boyutlarda sorunlara da neden olmaktadır. Çalışmamızda Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi AMATEM’ de Ocak 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında yatarak tedavi gören erkek 50 alkol bağımlısı ve 50 madde bağımlısında; kaygı depresyon ve hastalık algısı karşılaştırıldı. Tüm hastalar, yoksunluk belirtileri düzeldikten sonra detoksifikasyon süreleri göz önüne alınarak 15. günden sonra ölçekler uygulandı. Grupların; sosyodemografik özellikleri, alkol/madde kullanım özellikleri kaygı ve depresyon düzeyleri, hastalık algıları değerlendirildi. Araştırmada Hasta bilgi formu, Zung depresyon ölçeği, Durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği (STAI Form I-II), Beck depresyon ölçeği-BDÖ (Beck Depression Inventory), Hastalık algısı ölçeği (HAÖ) çalışma kriterlerine uyan tüm erkeklere uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde Mann-Whitney U testi, Ki kare ve t testi kullanılmış olup, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Depresyon düzeylerine baktığımızda alkol ve madde bağımlılarında ZDÖ’ne göre depresyon olup sınır düzeyinde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Durumluluk ve sürekli kaygı ile alkol ve madde bağımlıları arasında sınır düzeyinde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanarak($p=0,05$) alkol bağımlılarının madde bağımlılarına göre kaygı düzeyleri yüksek bulunmuştur. Hastalık algılarına baktığımızda alkol bağımlılarının madde bağımlılarına göre fiziksel hastalık algısı daha yüksek olduğu görülmüştür. Sonuç olarak alkol ve madde bağımlılığı tedavi süreci uzun ve zor seyreden kronik hastalıklardır. Öncelikle hastalığın tedavisinden önce önlenmesine yönelik çalışmalara önem verilerek risk faktörleri üzerinde durulmalıdır.

Bilim Kodu : 1032.7
Anahtar Kelimeler : Alkol, Madde, Erkek, Depresyon, Kaygı, Hastalık algısı.
Sayfa Adedi : 103
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Cahit PEKYARDIMCI

COMPARISON OF DISEASE PERCEPTION DEPRESSION AND ANXIETY OF MALE DRUG AND ALCOHOL ADDICTED PATIENTS

(M. Sc. Thesis)

Gonca ARAS

GAZİ UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

March 2015

ABSTRACT

While alcohol and drug addiction have been rising during last decades, they have become one of the serious health problems in our country. Since alcohol and drug usage affect not only the person that uses them but also the family and society in which that person live, besides the physical and physiological problems for the person, addiction causes legal, economic and social problems. In this study, 50 male alcohol addicted people and other 50 male drug addicted people were examined -who stayed in Gazi University Medical School's ANATEM research center between January 2013 and December 2013- in terms of their symptoms of anxiety, depression and disease perception. To all patients applied scales after the 15th day with respect to detoxification period and after the symptoms of deprivation were healed and evaluated all patient groups' socio-demographic features, alcohol/drug addiction characteristics, anxiety and depression levels as well as their disease perceptions. In the study, patient information form, Zung Depression Scale, Anxiety Scale (STAI form I-II), Beck Depression Inventory, Disease perception Scale were applied to all patients who fall into research category. Revealed data were examined via SPSS 16 statistical program package. Mann-Whitney U, K square and t tests were applied and $p < 0,05$ was considered as a confidence interval. When depression levels were examined, in alcohol and drug addiction, with respect to ZDO scale, Depression was detached meaningfully. Between Anxiety and alcohol/drug usage detached meaningful relationship at confidence level $p = 0,05$. It was found that anxiety levels of alcohol addicted patients were higher than those who were drug addicted. Again for disease perception, alcohol addicted patients showed much concern for physical disease perception that those who were drug addicted. In conclusion, alcohol and drug addiction are chronic health problems that continues long time and difficult to cure. For this reason, it is better to take preventive precautions before heavily cure them and focus on risk factors that make easy to fall in that addiction.

Science Code : 1032.7

Key Words : Alcohol, Substance, Male, Depression, Anxiety, illness perception.

Page Number : 103

Supervisor : Assist. Prof. Dr. Cahit PEKYARDIMCI

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana yol göstermenin yanı sıra, göstermiş olduğu anlayış ve vermiş olduğu desteği için değerli hocam, tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Cahit PEKYARDIMCI' ya

Tezimin oluşması ve yürütülmesi aşamasında desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Zehra ARIKAN'a

Değerli katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Satı DEMİR'e teşekkürü borç bilirim.

Verileri toplama sırasında yardımlarını esirgemeyen ve desteğiyle her zaman yanımda olan AMATEM çalışanlarına,

Çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşım Arş. Gör. Çiğdem CEYLAN'a

Hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, en zor anlarımda hep benimle olan, değerli babam Şerafettin GÜNAKAN'a, sevgili annem Celile GÜNAKAN'a ve kardeşim Esra GÜNAKAN'a

Bu zorlu süreçte hoşgörü gösteren sevgili eşim Serkan ARAS'a sonsuz teşekkürler...

Gonca ARAS

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Bağımlılığın Tanımı	7
2.1.1. Psikolojik (psişik) bağımlılık	7
2.1.2. Fiziksel (fiziyojik) bağımlılık	8
2.1.3. Bağımlılık yapan maddelerin tanımı	8
2.1.4. Bağımlılık yapan maddelerin özellikleri.....	8
2.2. Madde Bağımlılığı	11
2.2.1. Alkol ve madde bağımlılığının DSM-IV'e göre tanı ölçütleri	12
2.2.2. DSM -IV'e göre madde bağımlılığı tanı ölçütleri	13
2.2.3. ICD 10'a göre alkol ve madde bağımlılığı tanı ölçütleri	13
2.3. Bağımlılık Yapan Maddelerin Sınıflandırılması	19
2.3.1. Alkol/Madde kullanımının etkileri.....	20
2.3.2. Alkolün etkileri	20
2.3.3. Stimülanlar ve etkileri.....	21
2.3.4. Esrar ve etkileri	22

	Sayfa
2.3.5. Hallüsinojenler ve etkileri	22
2.3.6. İnhalanlar ve etkileri	23
2.3.7. Opioidler ve etkileri	23
2.3.8. Sedatif hipnotik, anksiyolitikler ve etkileri	24
2.3.9. Bonzai ve etkileri	24
2.4. Tütün ve Nikotin	25
2.5. Alkol Bağımlılığı	25
2.5.1. DSM IV' e göre alkol bağımlılığı tanı ölçütleri	27
2.5.2. ICD 10'a göre alkol bağımlılığı tanı ölçütleri	28
2.5.3. Alkol bağımlılığı yaygınlığı	29
2.6. Alkol/Madde Bağımlılığı ve Depresyon	30
2.7. Alkol/Madde Bağımlılığı ve Kaygı	32
2.8. Alkol/Madde Bağımlılığı ve Hastalık Algısı	35
2.9. Alkol/Madde Bağımlılığı Tedavisinde Hemşirenin Rolü	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Şekli	39
3.2. Araştırmanın Etik Yönü	39
3.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması	40
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Değerlendirilmesi	40
3.5. Hasta Bilgi Formu	41
3.5.1. Zung depresyon ölçeği (ZDÖ)	41
3.5.2. Beck depresyon ölçeği (BDÖ)	42
3.5.3. Durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği	42
3.5.4. Hastalık algısı ölçeği (HAÖ)	43
4. ARAŞTIRMA BULGULARI	45

	Sayfa
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
KAYNAKLAR	73
EKLER.....	87
EK-1. Hasta Bilgi Formu	88
EK-2. Zung Depresyon Ölçeği	91
EK-3. STAI FORM I Kaygı Ölçeği.....	92
EK-4. STAI FORM II Kaygı Ölçeği.....	93
EK-5. Beck Depresyon Ölçeği.....	94
EK-6. Hastalık Algısı Ölçeği	95
EK-7. Hastane İzin Yazısı.....	100
EK-8. Etik Kurul İzin Yazısı	101
ÖZGEÇMİŞ	103

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Yoksunluk krizi belirtileri	10
Çizelge 4.1. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların sosyodemografik özellikleri	45
Çizelge 4.2. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların alkol/madde kullanımına ilişkin özellikleri	46
Çizelge 4.3. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların tedaviye ilişkin özellikleri	50
Çizelge 4.4. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların alkol ve madde kullanımına ilişkin şiddet davranış özellikleri	51
Çizelge 4.5. Alkol ve madde bağımlıları arasında ölçek gruplarının karşılaştırılması.....	53
Çizelge 4.6. Hastalık Tipi: Erkek alkol ve madde bağımlılarının yaşadıkları hastalık belirtileri ve bu hastalıkla ilişkilendirme tablosu	54
Çizelge 4.7. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların hastalık görüşüne göre puan ortalamaları	56
Çizelge 4.8. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların hastalık nedenine göre ölçek puan ortalamaları	56

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AMATEM	Alkol-Madde Araştırma, Tedavi, Eğitim Merkezi
ASAGEM	Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
DSM-IV	Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının Dördüncü Çevirisi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECA	Epidemiologic Catchment Area
EMCDDA	Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
ESPAD	Alkol ve Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi
GABA	Gamma-Aminobütirik Asit
HAÖ	Hastalık Algısı Ölçeği
ICD	International Classification of Diseases
KOM	Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele
LSD	Liserjik Asid Dietilamid
NHSDH	Madde Kötüye Kullanımı Üzerine Ulusal Hane Halkı Çalışması
REM	Hızlı Göz Hareketi
SAMBA	Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı
STAI	Durumluluk Sürekli Anksiyete Envanteri
TUBİM	Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
THC	Esrarın Etken Maddesi
UNODC	Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi
ZDÖ	Zung Depresyon Ölçeği

1. GİRİŞ

Problemin Durumu/Konunun Tanımı

İnsanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahip olan, son yıllarda birçok ülkede giderek büyüyen bir sorun olarak kabul edilen alkol, uyuşturucu, uyarıcı ve sigara gibi maddelerin kullanım ve bağımlılık sorunu son yıllarda giderek artması sonucu ülkemizde de güncel bir sorun olmaya başlamıştır. Alkol ve madde kullanımını sadece kullanan bireyi değil, aileyi ve toplumuda derinden etkileyerek fiziksel ve ruhsal sorunların yanında pek çok sosyal, hukuki ve ekonomik soruna da neden olmaktadır (Hantaş, 2002; Coşkun, 2008; Doğan, 1997:1-8).

Alkol ve madde bağımlılığı, birbirinden farklı bileşenleri olan ayrı ayrı incelenmesi gereken ve tedavi yaklaşımları gerektiren çok boyutlu ve kronik bir hastalıktır. Bağımlılık, bağımlılık sendromuyla ile sınırlı olmamakla birlikte yaşamın diğer tüm boyutlarını da olumsuz yönde etkileyerek gelişir. Yapılan çalışmalarda uyuşturucu ve uyarıcı maddelerin kullanımıyla gelişen bağımlılığın; kişinin fiziksel, ruhsal, sosyal sağlığını ve dolayısıyla yaşam kalitesini de etkilediği belirtilmektedir (Foster ve diğerleri, 2002: 55-65; Foster ve diğerleri, 1999: 255-261; Morgan ve diğerleri, 2004: 64-77; Akvardar, 2004: 38).

Bağımlılık yapıcı madde türlerindeki yeni buluşlar, kullanım yollarındaki yenilikler, üretim ve dağıtım ağındaki gelişmeler nedeniyle alkol madde bağımlılığı giderek artmış ve toplum sağlığını tehdit eder hale gelmiştir (Ögel ve diğerleri 1998; Evren ve Çakmak 2006: 11-112).

Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı günümüzde de dünyanın en önemli sağlık ve güvenlik sorunlarından biri olma özelliğini sürdürmektedir. Yapılan çalışmalarda ülkemizde alkol ve madde kullanımının giderek yaygınlaştığı görülse de halen Avrupa ülkeleri ve Amerikan ülkelerinin altında alkol ve madde kullanımı oranları görülmektedir. Birçok ülkede yapılan çalışmalarda değişik sosyoekonomik alt gruplarda, yaşam boyu alkol madde kullanım oranlarında farklılıklar olmasına rağmen, günümüzde alkol/madde bağımlılığının giderek arttığı bildirilmektedir (Bulut ve diğerleri, 2006; Coşkun, 2008).

Artan alkol ve madde kullanımını önlemeye yönelik çalışmalar sınırlı sayıda olduğundan, koruyucu psikiyatrik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Arıkan ve diğerleri, 1996; Türkcan, 1998; Yumru ve diğerleri, 2005).

DSÖ, 2002 yılı itibariyle dünyada 2 milyar kişinin alkol kullandığını, 76 milyon kişide alkol kullanımına bağlı bozukluk olduğunu belirtmektedir. Dünya nüfusunun %50'sinin alkol, %30'unun sigara, %4'ünün esrar kullandığı tahmin edilmektedir (UNODC, 2005).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 2003 yılı verilerine göre erişkinlerin %6,8'nin (16 milyon) ağır alkol kullanımının olduğu saptanmıştır (SAMHSA, 2005).

Ülkemizde alkole bağlı sağlık sorunlarına baktığımızda kalp hastalığı ve kanserden sonra üçüncü sırada yer almaktadır (Akvardar, 2005).

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkez'inin Avrupalı yetişkin nüfus (15–64 yaş) üzerinde 2006 yılında yaptığı çalışmaya göre ulusal rakamlar değişiklik göstermekle birlikte; yaşam boyu kullanım yaygınlığı esrarda %2–31, amfetaminde %11,2, kokainde %3, opioidde ise %0,5–0,8 olarak saptanmıştır (EMCDDA, 2006).

Avrupa ülkelerinde ise alkol kullanım yaygınlık oranının yetişkin nüfusta %10–15 olduğu belirtilmiştir (Coşkun, 2008).

Avrupa İlaç Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin 2005 yılı verilerine göre madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı özellikle 15-34 yaş arası grupta esrar, ekstazi ve kokain kullanımında artış vardır. En çok kokain kullanımı % 4-5'lik oranlarla Amerika Birleşik devletleri, İngiltere ve İspanya'da gözlenmektedir. Ekstazi kullanımında yaklaşık %6'lık oranla Çek Cumhuriyeti ilk sıradadır. Onu %4 ve 3.5'luk oranlarla İngiltere ve İspanya izlemektedir. Esrar kullanımında ise %20'nin üzerinde oranlarla Çek Cumhuriyeti, Amerika Birleşik Devletleri ve Fransa ilk üç sırayı almaktadır. Ekstazi ve kokain kullanımı bu maddeleri en fazla kötüye kullanan ülkelerde nüfus içinde en fazla %6'ya ulaşırken, esrar kullanımı söz konusu olduğunda oranın %20 gibi oldukça yüksek bir seviyeye ulaşması düşündürücüdür. Alkol ve madde bağımlılığı, tüm dünyada giderek artan, önemli bir sağlık sorunudur. Birleşmiş Milletler Madde Kontrol Programı'nın 2005'te açıklanan verilerine göre son bir yılda dünyada 200 milyon kişi, yani 15–64 yaş arası dünya

nüfusunun %5'i yasa dışı madde kullanmıştır (UNDOC 2005). ABD'de yapılan bir çalışmada yaşam boyu alkol kötüye kullanım yaygınlığı %17,8, bir yıllık yaygınlık %4,7, yaşam boyu alkol bağımlılığı oranı %12,5 olarak bulunmuştur (Hasin ve diğerleri, 2007).

Erişkin nüfusta alkol kullanımının yaygınlığına dair sağlıklı veriler bulunmamakla birlikte, alkol üretim ve tüketiminin son 20 yılda büyük artış gösterdiği bildirilmektedir (TÜBİTAK 2003). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ülkemizde alkollü içecek tüketimi 1997 yılında 868 milyon iken, 2006 yılında 969 milyon litreye yükselerek artış göstermiştir (TÜİK, 2006).

Sağlık Bakanlığı tarafından son dönemde yapılan bir araştırmada ise, alkol kullanım yaygınlığı %42,6, düzenli alkol kullanım oranı %20,5 olarak açıklanmıştır (TÜBİTAK, 2003).

Ülkemizde 2003 yılında altı ilde yapılan Ulusal Madde Profili çalışmasında madde bağımlılarının üçte ikisinde yaşam boyu madde kullanımı, yarısından fazlasında uçucu madde kullanımı ve dörtte birinde de opiyat kullanımı olduğu belirlenmiştir (Health Service, 2003).

Sağlık Bakanlığı'nın 1995 yılında yedi ilde yaptığı bir çalışmada alkol dışı madde kullanım oranı %3,5 olarak bulunmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1995).

Alkol ve madde kullanan bireylerdeki bir diğer önemli farklılık ise yaşadıkları stres verici olaylardır. Hatta birçok hasta, alkol veya madde kullanımına gerekçe olarak bu sebepleri gösterir. Yakın zamanda gelişen stres verici olaylar bireyin ruhsal dengesini bozarak dayanıklılığını azaltmakta ve kişiyi madde ve alkol kullanımına daha yatkın hale getirmektedir.

Depresyon, alkol ve madde bağımlılığıyla sık görülen hastalıklar olup birlikte de görülebilmektedirler. Birbirlerine eşlik ettikleri durumlarda hastalığın şiddeti artmakta, gidiş ve sonlanış özellikleri kötüleşmekte ve daha ağır sağlık sorunları doğmaktadır. Yoğun alkol ve madde kullanımı sırasında da (özellikle hallüsinojen ve uyarıcı maddeler) depresyon belirtileri saptanabilmektedir. Yapılan çalışmalar alkol kullanım bozuklukları ile depresyonun ilişkisini desteklemekle birlikte, her iki bozukluk arasındaki neden-sonuç

ilişkisi belirsizliğini korumaktadır. Aşırı alkol kullanımının mı depresyon ya da depresif duygudurumuna yol açtığı yoksa altta yatan duygudurum bozukluğunun mu alkol kullanımını başlatıcı etken olduğu sorusu yanıt bulamamıştır. Alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde depresyon görülme sıklığı klinik çalışmalarda % 30-60 olarak verilmekte, klinik çalışmalardan farklı olarak epidemiyolojik çalışmalarda ise % 5-53 arasında değişen daha düşük bir oran bildirilmektedir (Arıkan ve diğerleri, 2000).

Pek çok kişi yaşamında bir hastalık geçirmesine karşın, hastalık deneyimi her kişide farklı yaşanır. Hastalar kişisel deneyimleri, değerleri, inançları, bilgileri ve gereksinimleri doğrultusunda hastalıklarını açıklamaya çalışırlar.

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Kişiler etraflarında gelişen olayları açıklamak ve öngörmek için bilişsel modeller oluştururlar. Hastalarda, geçici veya uzun süreli hastalıklarının belirtileri ile ilgili olarak benzer modeller geliştirirler. Aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmalarda içsel kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalığın gidişi daha iyidir. Hastalık algısının hastalıkla baş etme, tıbbi tedavi kullanımı ve tedavi etkilerini değerlendirme ile bağlantılı olduğu bildirilmektedir. Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, hastalığını algılama biçimi ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, hastalığıyla baş etme biçimini, psikososyal zorlanmayı, psikiyatrik bozukluk gelişimini ve yaşam kalitesini belirleyici önemli unsurlardır (Kocaman, 2007; Armay, 2007).

Dünyada ve ülkemizde alkol/madde bağımlılığında hastalık algısına yönelik çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamızda hastalık algısının boyutlarını ve duygu durumunun hastalarımız üzerindeki etkisi değerlendirilerek iyileşme sürecine yardımcı olunabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma erkek alkol ve madde bağımlılığında depresyon, kaygı ve hastalık algısı ile ilişkisini belirleyen 2 grup (alkol bağımlısı ve madde bağımlısı grubu) arasında bu yönde fark olup olmadığını saptamaktır. Kesitsel bir çalışmadır.

Araştırma Soruları

1. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların hastalıklarına ilişkin sosyodemografik özellikleri arasındaki farklılıklar nelerdir?
2. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların alkol/madde kullanımına ilişkin özellikleri nelerdir?
3. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların alkol/madde kullanımına ilişkin şiddet davranışlarının özellikleri nelerdir?
4. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların tedaviye ilişkin özellikleri nelerdir?
5. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların depresyon ve kaygı düzeyleri nasıldır?
6. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların hastalık algısı ne düzeydedir?
7. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların hastalık algıları arasında farklılıklar var mıdır?

Araştırmanın Önemi

Alkol ve madde bağımlılığı hastaları aynı hastalar gibi görülse de farklı hastalardır (Örneğin madde bağımlısı hastalar çoğunlukla 20 yaş altı alkol bağımlısı hastalar 40 yaş üstü hastalardır, madde bağımlısı hastalarda hiperaktivite dikkat eksikliği gibi bulgular alkol bağımlılarına göre daha sık görülmektedir).

Bu hastalarda depresyon, kaygı, hastalıkla başetme, sosyodemografik özellikler ve hastalık algısı açısından farklılıklar gözlenmektedir.

Son yıllarda kliniğimize (Gazi Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Ünitesi) başvuran madde bağımlısı genç hasta sayısının hızla artmasıyla birlikte bizim örneklemimizde bu farklılıkların nasıl olduğu araştırılarak, alkol ve madde bağımlılığında depresyon kaygı ve hastalık algısı ile ilişkisini belirleyen 2 grup (alkol bağımlısı ve madde bağımlısı grubu) arasında bu yönde fark olup olmadığını karşılaştırarak; kendine özgü özellikleri belirlemek ve yeni yaklaşım biçimleri geliştirmeye ışık tutmaktır.

Sınırlılıklar

Araştırma sonuçlarının sadece çalışmanın yapıldığı grup için genellenebilir olması, araştırmanın tek bir bağımlılık biriminde yürütülmüş olması.

İçleme kriterleri: Alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış 18-65 yaş arası kişiler, erkek cinsiyetinin olması, ICD-10 kriterlerini karşılama.

Dışlama kriterleri: Türkçe bilmeme, iletişim sıkıntısı, ek ruhsal rahatsızlık olması, ağır bedensel rahatsızlık olması.

Her iki grup içinde içleme ve dışlama kriterleri aynıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılığın Tanımı

Bağımlılık; kişinin zarar görmesine rağmen madde kullanmaya devam etmesi, kullandığı maddeyi uzun süre bırakamaması, sürekli madde arayışı içinde olması ve kullandığı maddenin dozunu giderek arttırması ile karakterize bir tablodur (Çakmak ve Ögel, 2000: 120-180).

Bağımlılık, bir maddenin amacı dışında ve o maddeye karşı gelişen tolerans sonucu, giderek artan miktarlarda alınması, kişinin yaşamında sorunlara neden olmasına rağmen kullanımının sürdürülmesi ve madde alımı azaltıldığında ya da bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ile giden tablodur. Bağımlılık yapıcı maddelerin ortak özellikleri maddenin keyif verici özelliğine ve tekrar tekrar kullanmasına bağlı olarak kendi alımlarını pekiştirici etkide bulunmalarıdır. Bunun sonucunda bağımlı olan birey, yaşadığı olumsuz sonuçlara rağmen, bağımlı olduğu maddeyi kompulsif bir biçimde kullanmayı sürdürmektedir (Işık, 2009).

Maddeye karşı bağımlılık psişik ve fiziksel olarak ikiye ayrılmaktadır.

2.1.1. Psikolojik (psişik) bağımlılık

Psşik bağımlılık, bütün bağımlılık olgularında bulunan temel ögedir. Maddeyi almaya devam etme arayışı ile kendini gösterir.

Psikolojik bağımlılıkta;

1. Maddenin yeniden alınması yönünde aşırı ve güçlü istek olması,
2. Maddenin, miktarının artırılmasına gerek duyulmadan kullanılması,
3. Kullanılan maddeye bağlı zararlı etkilerin çoğunlukla kişisel sınırlar içinde kalması gibi temel özellikler bulunur (Köknel, 1998).

Ancak, madde bağımlıda yalnızca psişik bağımlılık oluşturmuş fiziksel bağımlılığa neden olmamışsa, kesilmesi yoksunluk sendromuna sebep olmaz . Bunlardan tütün, morfin ve kokain güçlü psikolojik bağımlılık yapan maddelerdendir.

2.1.2. Fiziksel (fizyolojik) bağımlılık

Fiziksel bağımlılık vücudun maddeye karşı yeni bir denge oluşturduğu ve alınmadığı zaman yoksunluk belirtilerine neden olan fizyolojik durumdur (Uzby, 1996).

Belirli bir madde ile ilgili psişik bağımlılığın derecesi bireyler arasında değışiklik gösterdiği halde, fiziksel bağımlılık için böyle bir değışkenlik yoktur. Yoksunluk belirtilerinin şiddeti fiziksel bağımlılığın şiddetiyle doğru orantılı olarak arttığından dolayı aslında fiziksel bağımlılık, psişik bağımlılığın aksine bağımlının istemediğı bir durumdur (Köknel, 1998).

2.1.3. Bağımlılık yapan maddelerin tanımı

Bağımlılık yapıcı madde beyin işlevlerini ve tüm bedensel yapıları etkileyerek zamanla organ sistemlerinde kalıcı değışikliklere yol açan, ruhsal ve davranışsal sorunlar oluşturan, yaşam için gerekli olmayan, doğal ya da yapay keyif verici maddelerdir.

Yasal olmayan bağımlılık yapan maddenin yasal boyutuyla tanımında Kaçakçılıkla Mücadele Daire Başkanlığınca şöyledir,

Belirli dozda alındığı zaman;

1. Kişinin sinir sistemini etkileyen,
2. Akli, fiziki ve psikolojik dengesini bozan,
3. Fert ve toplum içinde ekonomik ve sosyal çöküntüye neden olan,
4. Alışkanlık ve bağımlılık yapan,
5. Kanunların kullanılmasını, bulundurulmasını ve satışını yasakladığı narkotik ve psikotrop maddelere “bağımlılık yapan maddeler” denir (KOM, 2003).

2.1.4. Bağımlılık yapan maddelerin özellikleri

1. Keyif vericilik: Bağımlılık yapan maddeler keyif vericidir. Ancak keyif verici etkilerine hızla tolerans gelişir ve keyfi duymak için dozu artırma ihtiyacı hissedilir. Doz artışı da hızla fiziksel bağımlılık gelişimine ve yoksunluk krizine giden kısır döngüyü başlatır.

2. Madde arayışı davranışı oluşturma: Bağımlılık yapıcı maddelerin tümünde belli bir süre kullanımdan sonra madde arayışı davranışı gelişir. Bu durum kullanılan maddeyi aşırma düzeyinde şiddetle arzulama (crawing) ve onu elde etmediği sürece kendini kötü hissetme ile kendini göstermektedir.

3. Tolerans gelişimi: Bağımlılık yapan maddelere karşı gelişen tolerans metabolik veya fizyolojik tolerans olmak üzere iki farklı şekilde oluşabilir. Metabolik tolerans vücudun maddeyi metabolize etme yeteneği ile doğrudan ilişkili olup, bu tip tolerans gelişiminde çok defa maddeyi metabolize eden enzim sisteminin aşırı faaliyeti sonucu alınan maddenin vücuttan atılımı hızlanmıştır. Fizyolojik tolerans ise genellikle sürekli alınan bir maddenin bir veya daha fazla farmakolojik etkisini kompanse etmek için vücudun kendini ayarlaması olarak ifade edilebilir. Bir madde ilk olarak vücuda alındığında organizmanın bu madde tarafından etkilenen sistemlerinde bir değişiklik olur. Vücut bir yandan yeni duruma adapte olurken öte yandan homeostaz ile eski dengeyi yeniden kurmaya çalışır. Madde sürekli alındığında ise homeostatik kontrol sistemi giderek dengeyi daha çabuk ve tutarlı sağlamak için daha fazla çalışmaya başlar. Bu durum aynı dozda alınan maddenin etkilerinin giderek azalması anlamına gelir. Ancak bağımlılık yapıcı maddelerin bazı etkilerine karşı tolerans gelişirken diğer bazı etkilerine karşı tolerans gelişmeyebilir. Morfinin analjezik etkisine süratle tolerans gelişirken, miyotik etkisine tolerans gelişmemesi bu konuda verilebilecek örneklerdendir.

4. Duyarlılaşıma Gelişimi: Genellikle maddenin bazı etkilerine tolerans gelişir veya bazı durumlarda, bir maddenin bir etkisi tekrarlayan kullanımı esnasında artabilir. Bu durum “duyarlılaşma (sensitizasyon)” veya “ters (reverse) tolerans” olarak adlandırılır. Duyarlılaşıma toleransın aynadaki görüntüsü gibidir.

5. Yoksunluk krizi gelişimi: Fiziksel bağımlılık oluşturma aşamaları ve kullanım süresine bağlı artan şiddetle birlikte kullanılan maddelerin ani olarak kesilmesi yoksunluk krizine neden olur. Yoksunluk krizinin şiddeti, kullanım süresi ve gelişen fiziksel bağımlılığın derecesine göre öldürücü olabilir.

Çizelge 2.1. Yoksunluk krizi belirtileri

Şiddetli bir madde arayışı (elde etmek için suç işlemeyi göze alacak seviyede)
Artmış kaygı, gerginlik, ajitasyon ve çıldırma hali
Kalp çarpıntısı, kalpte ritim bozuklukları ve Hipertansiyon
Bulantı ve kusma
Uyku bozukluğu
Terleme
Esneme nöbetleri
Ciltte tavuk derisi görüntüsü
Göz bebeklerinde genişleme
Şiddetli karın krampları
Sesli veya ışıklı uyarılara aşırı duyarlı olma
Epilepsi nöbetleri
Vücut ısısında aşırı yükselme (hiperpireksi)

Yoksunluk krizi esnasında bu belirtilerin hepsi görülmeyebilir. Kullanılan maddenin niteliğine ve bağımlılığın derecesine göre bunların biri veya birkaçı değişik şiddetlerde ortaya çıkabilir. Başlangıçta keyif almak için maddeyi deneyen kişi yoksunluk krizi ortaya çıktıktan sonra bu krizi yaşamamak için madde kullanımına devam etmek zorunda kalır. Yoksunluk krizi madde bağımlılığının sürdürülmesinde tolerans gelişimi ile birlikte en etkili olan faktördür.

6. İkincil Hastalıkların Ortaya Çıkması: Doza ve kullanım sıklığına göre özellikle vücudun böbrekler, karaciğer ve akciğerler gibi zehirli bileşiklerin atılım organlarında ciddi hasarlar oluştururlar. Bu maddelerin kronik olarak tüketilmesi zamanla, maddenin niteliğine, kullanılan doza ve maddenin alınış yoluna göre kullanan kişide değişen nitelik, şiddet ve sürede ciddi fiziksel ve ruhsal hastalıkların gelişimine neden olur. Örneğin depresyon madde bağımlılığına yatkınlığı artırabileceği gibi sürekli madde kötüye kullanımının bir sonucu olarak da karşımıza çıkabilmektedir.

7. Yasak ve toplumsal tepki: Hükümetlerin yasak veya serbest bırakma dışında eğitimin doğru biçimde, doğru yerde ve zamanda devreye sokulması ve daha farklı önlemler

alınması gibi konulara yoğunlaşması gerekmektedir (Uzbay ve Kayaalp, 1995: 593-595; Kayaalp ve Uzbay, 2009: 816-836).

2.2. Madde Bağımlılığı

Madde bağımlılığı keyif verici bir maddenin belirgin bir etkiyi elde etmek için alınması sürecinde ortaya çıkan bedensel, ruhsal ya da sosyal sorunlara rağmen madde alınımının çoğunlukla artarak devam etmesi ve maddeyi alma isteğinin durdurulamaması durumudur. Madde bağımlılığı, ilaç niteliğine sahip bir maddenin beyni etkilemesinden kaynaklanan, maddenin keyif verici etkilerini hissetmek veya yokluğundan kaynaklanan huzursuzluktan kaçınmak için, devamlı veya periyodik olarak madde alma arzusu ve bazı davranış bozukluklarıyla karakterize bir beyin hastalığı olarak tanımlanabilir (Uzbay ve Yüksel, 2003: 485-520).

Maalesef ülkemizde madde bağımlılığı halen bir beyin hastalığı olarak değil de ruh hastalığı ve irade zayıflığı ile ilişkilendirilmektedir. Madde kötüye kullanımının bir davranış bozukluğu olarak da ele alınabilir ancak bunun kökeninde de beyinden kaynaklanan bazı işlevsel bozukluk veya eksikliklerin bulunduğu bilimsel bir gerçektir. Ancak “maddeyi kötüye kullanma (suistimal=abuse)” ile “maddeye bağımlı olma” ölçütleri farklıdır. Her madde kötüye kullanan bağımlı olmayabilir; ama her madde bağımlısı mutlaka maddeyi kötüye kullanmaktadır (Uzbay ve Kayaalp, 2009: 816-836).

Madde bağımlılığının temel özelliği; maddenin zarar verici etkilerine rağmen kişi tarafından madde alınmasının kontrol edilemediğini gösteren biliş ve davranış bozuklukları ile fizyolojik belirtiler kümesinin varlığıdır. Bağımlılık belirtileri birçok kişi için benzerlik göstermesine rağmen bazı maddeler için belirtiler daha hafiftir. Madde bağımlılığında görülen önemli unsurlardan biri toleranstır. Tolerans, bireyin istediği etkiyi hissedebilmek için maddeyi giderek daha yüksek dozlarda alması, yüksek dozlara dayanma gücünün artmasıdır. Tolerans derecesi maddelere göre değişiklikler gösterir. Yoğun şekilde eroin, kokain, amfetamin kullanan kişiler, kullanmayanlar için öldürücü olabilecek dozların 10 katı dozlara tolerans geliştirebilmektedir (Özden, 2004: 112-126).

Madde kullanımının sürdürülmesinin en önemli nedenlerinden biri de yoksunluk belirtileridir. Yoksunluk, uzun süre yoğun madde kullanan kişilerde kan ve dokularda

madde yoğunluğu düştüğü zaman ortaya çıkan fizyolojik ve bilişsel belirtilerle birlikte görülen davranış bozukluklarıdır. Kişi yoksunluk belirtilerinden kaçınmak için veya belirtileri düzeltmek için madde almaya yönelir, genellikle uyanır uyanmaz tekrar madde alıp, gün boyu kullanmayı sürdürür. Kullanılan maddenin cinsine göre yoksunluk belirtileri ve belirtilerin şiddeti de değişir. Alkol, opiyatlar, sedatif, hipnotikler, anksiyolitikler için belirgin yoksunluk belirtileri vardır. Nikotin, amfetamin ve kokain için yoksunluk belirtileri daha silik düzeydedir. Tolerans ve yoksunluk, madde kullanımını kısır döngü oluşturarak artırır. Yoksunluk belirtilerini yatıştırmak ve tolerans nedeniyle madde kullanımını sıklık, süre ve miktar bakımından arttıkça fiziksel bağımlılık şiddeti de artmaktadır. Madde bağımlılığı olan bireylerde fazla miktar ve sürelerde madde alınır, madde kesme girişimleri vardır ancak genellikle başarısızlıkla sonuçlanır. Kişi zamanının çoğunu maddeyi bulmak, kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için çabalamakla geçirir. Toplumsal ilişkileri bozulur. İşlevselliğindeki düşmeye bağlı, işini yapamama, işe gidememe sorunlarıyla birlikte bağımlıda iş kayıplarına neden olur (Şahin, 2012).

2.2.1. Alkol ve madde bağımlılığının DSM-IV'e göre tanı ölçütleri

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

1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması;
 - a. Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanım örüntüsü,
 - b. Sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması.
2. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması;
 - a. Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu,
 - b. Yoksunluk sendromlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı madde ya da benzeri madde alımı.
3. Madde, çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır.
4. Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.

5. Maddeyi sağlamak (örneğin; çok sayıda doktora gitmek ya da uzun süreli araba kullanma), maddeyi kullanmak (örneğin; birbiri ardına sigara içmek) ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcamak.
6. Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.
7. Maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici olarak ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımı sürdürülür (Köroğlu, 2001: 225-241).

2.2.2. DSM-IV' e göre madde bağımlılığı tanı ölçütleri

Maddenin uyumu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde herhangi bir zamanda aşağıdakilerden üçünün bulunması:

1. Tolerans,
2. Yoksunluk (kesilme) belirtilerinin olması ve bunları gidermek için maddeye gereksinim duyma,
3. Maddenin tasarlandığından çok daha fazla miktarda ve daha uzun bir süre alınması,
4. Madde kullanımına son vermek ya da bunu denetim altına almak için sürekli bir istek hissetme ve birçok kez bırakma girişiminde bulunma,
5. Maddeyi elde etmek için ve madde etkisi altında çok zaman harcama
6. Kişinin günlük işlevlerini yerine getirmesi beklenen zamanlarda madde etkisi altında olma ve bunları yerine getirememe,
7. Madde kullanımının neden olduğu sosyal, ruhsal veya bedensel bir sorunun varlığına rağmen madde kullanmayı sürdürüyor olma (Köroğlu, 1998: 215- 363).

2.2.3. ICD 10'a göre alkol ve madde bağımlılığı tanı ölçütleri

Aşağıdakilerden üç ya da daha fazlası son bir yıl içersinde bulunuyorsa, kesin bağımlılık tanısı konabilir:

- Maddeyi almak için güçlü bir istek veya zorlantı,

-Maddeyi alma davranışını denetlemede güçlük (başlangıç, bırakma ve kullanım dozu bakımlarından),

-Madde kullanımı azaltıldığında ya da bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromu: Maddenin tipik bırakma sendromu ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı ya da benzer maddeyi kullanma,

-Dayanıklılık (tolerans) belirtileri, daha düşük dozlarda ortaya çıkan etkilerin ortaya çıkabilmesi için daha yüksek madde dozlarına gereksinim duyulması (en güzel örnek, dayanıklılık geliştirmemiş bireyleri öldürebilecek dozda günlük alkol ve opiyat alan bağımlılardır),

-Maddeyi elde etmek, kullanmak ve maddenin etkilerinden kurtulmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşılara yer bırakmayacak şekilde giderek artması,

-Aşırı alkol nedeniyle karaciğer bozukluğu, ağır madde kullanımı dönemlerini izleyen depresif duygu durumu, bilişsel yetilerde ilaç kullanımına bağlı bozulma gibi zarar gördüğüne ilişkin açık verilere karşın madde kullanımını sürdürme; kullananın, gördüğü zararın ne olduğunu ve bunu bilip bilmediği araştırılmalıdır (DSÖ, 1992).

Yukarıdaki belirtiler içinde özellikle tolerans gelişimi, yoksunluk krizi ve krizin bağımlı olunan maddenin alınması ile ortadan kalkması kesin bağımlılık tanısı konulabilmesi için en geçerli ve yeterli belirtilerdir. Dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta birçok madde bağımlısında yoksunluk krizinin tremor, ajitasyon, kas krampları ve epileptik nöbetler gibi bazı belirtilerinin başka hastalıkların belirtileri ile karıştırılabileceğidir. Maddeye bağlı krizler ancak ilgili madde alındığında tamamen ortadan kalkabilir (Uzbay, 2009).

Dünyada yaklaşık 50 milyonun üzerinde madde kullanıcısı mevcuttur ve aynı şekilde yetişkinlerin %12-15'inin kendilerine ve çevrelerine zarar verebilecek düzeyde alkol kullandığı belirlenmiştir. 1997 yılında, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Denetimi Programı tarafından hazırlanan "Dünya Uyuşturucu Raporu"nda (The World Drug Report) verilen bilgilere göre, son bir yıl içinde dünyada en az bir kez madde kullananların sayısı amfetaminler 30 milyon, esrar 141 milyon, kokain 13 milyon, eroin 8 milyondur.

ABD bunların arasında en yaygın uyuşturucu kullanımının olduğu ülke durumundadır. 1994 yılında yapılan çalışmada, 12,6 milyon (%6) Amerikalının madde kullandığı bildirilmiştir. Ancak bu sayı bir önceki ay içerisinde en az bir kez madde kullananların sayısıdır. Genç nüfus ile yapılan çalışmalarda ise 18-28 yaş grubunda, hayatlarında en az

bir kez madde deneyenlerin oranı % 28,3 olarak bulunmuştur. ABD'de 1991 ile 1992 yılları karşılaştırıldığında gençler arasında LSD ve esrar kullanımında artış, alkol kullanımında ise düşüş gözlenmektedir. A.B.D.'de 1,4 milyon kişinin kokain kullandığı bildirilmiştir. Bunun yanında en sık kullanılan bir diğer madde olan esrar ise giderek yasallaşma eğilimi taşımaktadır. Esrarın ABD'de deki yaygınlığına bakacak olursak yetişkinlerin %50'sinin hayatlarında en az bir kez esrar kullandığı bildirilmiştir (Yağcı, 1999).

Avrupa ülkelerinden Hollanda'da, esrar alımı serbest bırakılmıştır. Hollanda bu yasallaşma akımının başını çekerek esrarı yasal olmayan madde kapsamından çıkarmış ve kendi kullanabileceği miktarlarda esrar bulundurulmasına izin vermiştir. Öte yandan esrarı yasal bir madde kapsamına da almamıştır. Böylece yan yasallaştırma yolu ile bir tür deneme sürecine girmiştir. Bu uygulamadan sonra yapılan bir araştırmada esrar kullanma oranı 16-19 yaş grubu içinde % 23 olarak bulunmuştur. 20-24 yaş grubunda bu oran artmakta % 36'ya kadar çıkmaktadır. Bu oranlar yüksek gibi gözüke de, 1987 yılında 16-19 yaş grubunda esrar kullanma oranının % 25 olduğu göz önüne alındığında sonuç olarak esrarın serbest bırakılmasının kullanım oranlarını değiştirmedeği söylenebilmektedir (Sayım, 2000).

2001 yılında yapılan NHSDH (Madde Kötüye Kullanımı Üzerine Ulusal Hane Halkı Çalışması) verileri ABD'de 12 yaş ve üstü 16,6 milyon kişinin (%7,3) alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımı olduğuna; 2,4 milyon kişinin hem alkol hem madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olduğuna; 3,2 milyon kişinin madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olduğuna işaret etmektedir. Yapılan araştırmalarda madde bağımlılığının ve madde kötüye kullanımının erkeklerde, kadınlara göre iki kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Lise eğitimini tamamlayamayanların üniversite mezunlarına göre daha fazla oranda madde bağımlılığı gösterdiği saptanmıştır (Kaplan ve Sadock's, 2007: 1137-1167).

Son yıllarda tüm dünyada 18 yaşın altındaki ergen ve çocuklarda maddeye başlama yaşı giderek düşmektedir. Yapılan araştırma sonuçlarına göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşam boyu tütün kullanım yaygınlığı 8. sınıf öğrencileri arasında %40,5, 12. sınıf öğrencileri arasında ise artarak %62,5 bulunmuştur. Son bir ay içinde alkol kullanım yaygınlığı küçük sınıflar için %21,5 daha büyük sınıflar için artarak %49,8'dir. (Johnston

ve diğ erleri, 1999). Bu durum ABD’de tütün alkol ve madde kullanım oranının giderek artan oranlarda olduğunu göstermektedir.

1990 yılında İstanbul’da üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada sedatif hipnotik kullanım oranı %15, uyarıcı ilaç kullanımını %2,6 ve esrar kullanımını olanlar %6 olarak saptanmıştır (Yüksel ve diğ erleri, 1994).

1995 yılında Sağlık bakanlığının 7 ilde yaptığı bir çalışmada alkol dışı madde kullanım oranı %3,5 olarak saptanmıştır (DSÖ, 1995).

Bir diğ er çok merkezli araştırmada, 6800 öğrenciye uygulanan anket taramasında lise öğrencilerinin %4,2’si en az bir kez madde kullandığı saptanmıştır. En sık kullanılan madde esrar olarak belirtilmektedir. Türkiye genelinde 15 ilde 1998 yılında 15-17 yaş grubundaki 20.000 öğrenci arasında yaşam boyu tütün kullanımını % 63,9, son bir ay içinde alkol kullanımını % 17,3, yaşam boyu en az bir kez sarhoş olma oranını %26,6, yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımını %3,6, uçucu madde kullanımını %8,6, eroin kullanımını %1,6, kokain kullanımını %1,4, benzodiazepin kullanımını %3,3 olarak saptanmıştır (Ögel ve Tamar, 1996).

1995 yılında ESPAD anketi, İstanbul ilinde uygulanmıştır;

- Yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımını %4,
- Yaşam boyu en az bir kez esrar dışında herhangi bir yasa dışı madde kullanımını %1 olarak bulunmuştur (Hibell ve diğ erleri, 1997).

1998 yılında 15 ilde 15-17 yaş grubundaki öğrencilere yönelik bir araştırma yapılmıştı. Bu araştırmanın sonuçlarına göre;

- Yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımını %3,6,
- Yaşam boyu en az bir kez eroin kullanımını %1,6 olarak bulunmuştur (Ögel ve diğ erleri, 2004).

2001 yılında, 9 ilde 15-17 yaş grubundaki öğrencilere yönelik yapılan araştırmada

- Yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımını %3,

- Yaşam boyu en az bir kez eroin kullanımı %2,1 olarak bulunmuştur (Ögel ve diğerleri, 2004).

2002 yılında 3 ilde Tıp Fakültesi öğrencilerine yapılan araştırmada

- Sınıf öğrencilerinin herhangi bir maddeyi yaşam boyu en az bir kez kullanma oranı %3,
- Sınıf öğrencilerinin herhangi bir maddeyi yaşam boyu en az bir kez kullanma oranı %6,3 olarak bulunmuştur (Akvardar ve ark., 2003).

Türkiye’de bu konuda yapılan geneli kapsayan ilk araştırma 2002 yılında Kamu Sektörü ve Türk Psikologlar Derneği tarafından yapılmıştır. 7681 kişiye yapılan anket çalışmasında bağımlılık yapıcı madde kullanımı %0,3 (alkol ve sigara dışında) ömür boyunca en az bir kez madde kullanımı %1,3 olarak tespit edilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2000).

Amerikan Madde Bağımlılığı ve Kötüye Kullanımı Ulusal Merkezi (National Center on Addiction and Substance Abuse: CASA) 1995 yılında 2000 yetişkin ve 400 ergende, 1996 yılında ise 1200 ergen ve 1166 ebeveynde madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığına yönelik Amerikan halkının görüşlerini saptama çalışması gerçekleştirmiştir. Araştırmalar madde kötüye kullanımı için en önemli risk etmenlerini yasadışı maddelere yakınlık ve kolay elde edebilirlik olarak ortaya koymuşlardır (Ebrinc ve ark, 2002).

2003 yılında Alkol ve Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi (ESPAD) anketi, 6 ilde uygulanmıştır;

- Yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %4,
- Yaşam boyu en az bir kez esrar dışında herhangi bir yasa dışı madde kullanımı %3 olarak hesaplanmıştır (TUBİM, 2011).

2003 yılında da, yalnızca İzmir’de yapılan çalışmada;

- Sınıf öğrencilerinin herhangi bir maddeyi yaşam boyu en az bir kez kullanma oranı %2,6,
- Sınıf öğrencilerinin herhangi bir maddeyi yaşam boyu en az bir kez kullanma oranı %5,7 olarak bulunmuştur (Akvardar ve diğerleri, 2003).

2003 yılında Türkiye’de Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) koordinesinde 6 ilde (Adana, Ankara, Diyarbakır, İstanbul, İzmir, Samsun) yapılan bir araştırmada, madde kullanım yaygınlığına ilişkin sorular da sorulmuştur (UNODC, 2004).

Araştırma sonucunda; 15-64 yaşları arasında, yaşam boyu en az bir kez afyon ve türevi madde kullanma yaygınlığı oranı %0,05, solvent ve yatıştırıcı madde kullanım yaygınlığı oranı %0,06 olarak bulunmuştur. 2010 yılında TUBİM tarafından Ankara ilinde yapılan “Genel Nüfusta Madde Kullanım Yaygınlığının Belirlenmesi” pilot araştırmasında yaklaşık %43 cevaplama oranına ulaşılmıştır (TUBİM, 2010).

2004 yılında, yalnızca İstanbul’da yapılan araştırmada (Ögel ve diğerleri, 2006);

- Yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %5,8;
- Yaşam boyu en az bir kez eroin kullanımı %1,6 olarak bulunmuştur.

2008 yılında, 65 ilde yapılan “Ergen Profili” 14 araştırmasında 13-18 yaş grubunda yaşam boyu en az bir kez esrar kullanma oranı %1,9 olarak hesaplanmıştır (ASAGEM, 2010).

2008 yılında Trabzon’da yapılan çalışmada herhangi bir maddeyi yaşam boyu en az bir kez kullanma oranı %5,6 olarak hesaplanmıştır (Görgün ve diğerleri, 2010).

2010 yılında TUBİM koordinesinde Ankara ilinde yapılan “Genel Nüfusta Madde Kullanım Yaygınlığının Belirlenmesi” pilot araştırmasına göre, son 30 günde esrar kullanım oranı %0,8 olarak saptanmıştır. Genç nüfusta madde kullanım yaygınlığına bağlı olarak, Türkiye’de 2003 yılında 6 ilde uygulanan Alkol ve Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi (ESPAD) sonuçlarına göre, yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %4 olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde 2011 yılında TUBİM tarafından ülke örnekleminde ilk kez yapılan Türkiye’de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması (TUBİM GPS Araştırması) ve Türkiye’de Okullarda Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması (TUBİM SPS Araştırması) sonuçlarına göre esrar dahil herhangi bir uyuşturucu maddeyi en az bir kez deneyenler (yaşam boyu madde kullanımı prevalansı) 15-64 yaş grubunda %2,7, 15-16 yaş grubunda ise %1,5 olarak belirlenmiştir (TUBİM, 2011).

Erkeklerde yaşam boyu uyuşturucu madde kullanma oranı %3,5 iken, kadınlarda %2,6'dır. Eğitimsizlerde yaşam boyu uyuşturucu madde kullanımını %2,6 iken, ilköğretim mezunlarında %2,4, ortaokul mezunlarında %3,2, lise mezunlarında %2,6, üniversite mezunlarında %3,1'dir. Ülkemizde 2013 TUBİM Genel Nüfusta Madde Kullanım Araştırması'nda esrar en çok kullanılan uyuşturucu madde olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların %0,7'si yaşam boyu en az bir kez esrar kullandıklarını ifade etmişlerdir. Esrarı ilk kez kullanma yaş ortalaması $20,89 \pm 3,99$ 'dur. Söz konusu araştırmada genel nüfusun uyuşturucu madde kullanma konusundaki suç algısı incelendiğinde; toplumda uyuşturucu madde kullananların %48,4 sıklıkla “daha çok hasta” ve %25,9 sıklıkla “hem suçlu hem hasta” olarak değerlendirildiği anlaşılmaktadır. Bir başka deyişle toplumda her 4 kişiden 3'ü uyuşturucu madde kullananları hasta olarak değerlendirmektedir. Toplumun %90'dan fazlası esrar, ecstasy ve eroin denemeyi “hiç hoş görmezken”, günde 10 adet sigara içmeyi %73,1'i, haftada birkaç kez 1-2 içki içmeyi %77,1'i “hiç hoş görmemektedir”(TUBİM, 2013).

2.3. Bağımlılık Yapan Maddelerin Sınıflandırılması

Ruhsal durumu değiştirmek amacıyla kullanılan maddeler, psikoaktif maddeler olarak adlandırılır. Bunlar günlük kullanımları sırasında toplumca kabul gören çay, kahve, sigara ve alkolden, toplum tarafından hoş görülmeleyen, yasalarla kısıtlanan uyuşturuculara kadar geniş bir alanı kapsamaktadır. Bağımlılık yapan maddeler yasal açıdan ve oluşturdukları etkiler yönünden değerlendirilir (Söylemezoğlu, 2008).

DSM-IV TR'e göre madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara neden olan maddeler şunlardır:

- Alkol,
- Kafein,
- Kenevir,
- Varsandıranlar, fensiklidin ve diğer varsandıranlar,
- Uçucular,
- Opiyatlar (morfin, eroin, kodein, meperidin, oksikodon, levorfenol v.b),
- Dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı gidericiler,

- Uyarıcılar (Amfetamin türevi maddeleri, kokaini ve diğer ya da belirlenmemiş uyarıcıları kapsar,
- Tütün,
- Diğer (yukarıdaki madde gruplarında yer almayan ve bilinmeyen maddeler) (Köroğlu, 2001: 225, 241).

2.3.1. Alkol/Madde kullanımının etkileri

2.3.2. Alkolün etkileri

Etil alkol, etanol olarak da bilinir. Alkollü içecekler de değişik düzeylerde alkol içerirler. Bir standart içkide (bir tek rakı=cin=viski (35 ml)=bir kadeh şarap (120 ml)=bir küçük kutu bira (360 ml) 8–13 g (ortalama 10 g) alkol vardır (Karaer ve diğerleri, 2003: 131-142).

Alkol yaklaşık %10'u mideden kalanıda bağırsak mukozasından emilir. Vücudun her yerini özellikle de beyin hücrelerini etkiler (Davranış değişiklikleri bu nedenledir). Önceleri alkolün yalnız karaciğerde metabolize olduğu düşünülürken son yıllarda önemli bir miktarının mide alkol dehidrogenazı ile mide de metabolize olduğu bulunmuştur. En önemli metabolik etkiler alkol yıkımı sırasında oluşan asetaldehit ve hidrojen iledir. Hidrojen; karaciğerde yağ metabolizmasını bozar ve lipid birikmesine, lipoprotein yapılmasına, glikoneogenezisi etkiliyerek kan şekerinin düşmesine, kan laktat düzeyinin artmasına, ürik asid atılımının azalmasına neden olur (Yapıcı, 2006).

Alkol (etanol) beyinde korteks hücreleri üzerine inhibitör etki yaparak üst merkezlerin denetimini zayıflatır. Alkolün kanda artması ve alt merkezleride etkilemesiyle uyanıklık azalır ve davranışlarla etkisini gösterir. Alkol bağımlılığı sürecinde oluşan asetaldehid doğrudan beyni etkilemesi ve alkolün beyin nörokimyası üzerine olan etkileri nedeni ile alkol bırakma sendromunun tüm belirtileri oluşmaktadır. Ayrıca alkol serebellar sistem üzerinde etkili olup bu sistemin fonksiyonlarını da bozmaktadır (atletik performans düşer, denge bozulur, ardısıra hareketler yapılamaz). Alkol intoksikasyonunda basit bir sarhoşluktan komaya kadar değişen klinik tablolar ortaya çıkabilir. Bu tablonun temel özelliği; alkol alımı sırasında yada kısa bir süre sonra gelişen klinik olarak önemli davranış ve psikolojik değişikliklerin varlığıdır. Etanol intoksikasyonunda önemli sorunlardan birisi

“blackout “ dönemleridir. Alkolün yol açtığı intoksikasyon belirtileri genelde kan düzeyi ile uyumludur. Bazı kişilerde alkol sedasyon yapmak yerine eksitasyona yol açar. Bu duruma patolojik intoksikasyon denir. Patolojik intoksikasyonda davranışlardaki değişme kişi içerken ya da hemen sonra başlar. Klinik tablo kısa sürer. Belirtiler birkaç saat içinde ortadan kalkar ve uzun bir uykuya dalma ile sona erer. Kişi uyandığı zaman hiçbir şey hatırlamaz. Adli psikiyatride alkol intoksikasyonu kişinin davranışlarından sorumlu tutulmaması için bir gerekçe oluşturmazken idiyosenkratik intoksikasyon ise aksine cezai sorumluluğu azaltır. Patolojik intoksikasyon önceden kafa travması geçirmiş kişilerde, ensefalit geçirenlerde, epilepsisi olanlarda, kaygı düzeyi yüksek olanlarda daha sık görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

2.3.3. Stimülanlar ve etkileri

Stimülanlar merkezi sinir sistemine uyarıcı ve sempatomimetik etkileri ile enerjinin ve özgüvenin artmasına aynı zamanda uykunun, iştahın ve yorgunluğun azalmasına, öforiye neden olan sentetik ilaçlardır. Bu maddeler genel olarak ağız yoluyla ya da damar içi yolla alınır. Ayrıca burundan çekilerek ve sigara şeklinde de kullanılmaktadır (Coşkun, 2008).

Amfetaminler (D–amfetamin, metilamfetamin, metilfenidat, fenmetrazin, fendimetrazin, amfepramon, fenetilin vb.) santral sinir sisteminde dopaminerjik reseptörleri indirekt biçimde etkileyerek öfori yapan, uykusuzluğa, yorgunluk ve açlığa karşı dayanıklılığı artıran ve iştahı azaltan psikostimülan ilaçlardır. Kokain ile amfetaminler arasındaki önemli bir fark, vücuttaki yıkım hızları ve stimülan etkilerinin devam süresi bakımındandır. Amfetaminlerin ağızdan veya enjeksiyonla normal dozda alınması, başlangıçtaki çeşitli etkenlerin verdiği zevki artırır ve kişiye huzur duygusu verir. Kaygıyı ve sosyal inhibisyonları azaltır, enerjiyi, dikkati, kendine güveni, seksüaliteyi ve kişilerarası etkileşimin yarattığı heyecanları artırır. Kokain, erythroxilon coca bitkisinin yapraklarından elde edilir. Psikostimülan özellikte bir madde olmasıyla birlikte damar içine enjekte edildiğinde ya da burundan çekilerek alındığında ani bir iyilik duygusu, kendine güven artışı ve öfori yaratır. Kan basıncında ve başlangıç dozlarında cinsel duygularda artış görülür (Evren ve Çakmak, 2006: 11-112).

Kokainin bu etkilerinin şiddeti ve bağımlılık oluşturma potansiyeli veriliş yoluna göre değişkenlik gösterir. Kokainin kronik kullanımında saldırgan davranışlar, kaygı,

depresyon, kilo kaybı, dehidratasyon, endokrin anomalileri oluşabilir (Evren ve akmak, 2006: 11-112; Coşkun, 2008).

2.3.4. Esrar ve etkileri

Esrar, hint keneviri bitkisinden (cannabis sativa) elde edilir. Genellikle sigaraya sarıp içerek ya da ağızdan alınarak kullanılır. Esrar (cannabis, hashish, marihuana) kullanıldığında kişide en önemli etkileri uyuşukluk, sedasyon ve ruhsal gevşeme, öfori ve bazen önüne geçilemeyen bir gülme krizine neden olması, alkol gibi ruhsal inhibisyonu kaldırması, zaman ve mekan algısını ve kısa süreli belleği bozması, dikkat gerektiren işlerin (otomobil kullanmak gibi) yapılmasını bozması, zihinsel konsantrasyonu zorlaştırması, rüya hali oluşturması ve analjezi yapmasıdır. Ayrıca kalp hızını belirgin ölçüde artırır. Esrar ağız yolundan veya sigara içinde inhalasyon yoluyla alınır. Ağız yolundan alındığında etkisi 3-4 saatte belirgin hale gelirken, inhalasyon yoluyla etkisi hemen başlar. Esrarın sürekli kullanımı immün sistemi olumsuz etkilidir. Marihuananın aktif bileşeni immün sistem işlevlerini baskılar. Solunum sisteminde bronşit, astım, rinofarenjitis ve akciğer dokusunda bozukluklar oluşabilir (Özden, 2004: 112-126; Evren ve akmak, 2006: 11-112).

2.3.5. Hallüsinojenler ve etkileri

Dünyada ve ülkemizde son yıllarda kullanımı hızla yaygınlaşan ekstazi de bu grubun içindedir. Hallüsinojenlerin kullanımından kısa süre sonra; ağızda kuruluk, yüzde kızarma, nabız sayısında ve kan basıncında artma, çarpıntı hissi, baş dönmesi, titreme, mide bulantısı görülür, mide bağırsak hareketleri artar. Hiperglisemik etkileri, kas zayıflığı, terleme hem insanlarda hem de hayvanlarda gözlenmiştir (Özden, 2004: 112-126).

2.3.6. İnhalanlar ve etkileri

En yaygın olarak kullanılan uçucu maddeler; yapıştırıcılar, tiner, boya, temizleme solüsyonları, aseton, çakmak gazları ve aerosollerdir. İnhalanlar daha çok adölesan dönemde sık kullanılmaktadır. Ucuz, temini kolay ve yasaldir (Ögel ve diğeri, 2000).

Spreyle ağız ve buruna sıkılarak veya maddenin sürüldüğü bir çubuk ağız-buruna uygulanarak ya da bir kâğıt-plastik koruyucu içine yerleştirilerek buharın solunması yoluyla uygulanır. Hızla geçen bir iyilik haline neden olurlar. Kullananlar psikolojik ve fiziksel yönden etkilenirler (Shuckit, 1995).

2.3.7. Opioidler ve etkileri

Afyon, haşhaş bitkisinin kozasından türetilen bilinen en eski uyuşturucudur. Yutularak, fitil şeklinde ya da sigara ve çubukla içilerek kullanılır.

Eroin, afyondan elde edilir. Önceleri bağımlılık yapmadığı sanılmış, ancak daha sonra bu özelliğinin saptanmasıyla yasaklanmıştır. Beyaz toz halinde kullanımı yaygındır. Kelime anlamı "etkisi yüksek ve güçlü" anlamına gelen "heroin" sözcüğü Türkçeye "eroïn" olarak geçmiştir. Bu grupta en fazla kötüye kullanılan maddelerden biridir ve genellikle enjeksiyon yoluyla alınır. Maddeyi bıraktıktan sonra yeniden başlama oranı (relaps=nüks) yüksektir. Fiziksel bağımlılık kısa sürede başlar, bununla birlikte de tolerans gelişir. Kullanma süresi arttıkça fiziksel bağımlılığın derecesi ve toleransın derecesi paralel olarak artar. 7-10 gün devamlı opioid uygulanmasıyla ilaç kesildiğinde, hafif fakat farkedilebilir yoksunluk görülür. 1805 yılında aktif maddesi olan morfin bulunmuştur. Morfin, heroin ve diğeri opioid ilaçların kötüye kullanımı çabuk gelişen bir bağımlılığa neden olur. Morfin bağımlılığında ise güçlü psikişik bağımlılıkla birlikte genellikle aşırme derecesinde ilaç özlemi vardır. Çeşitli opioid ilaçların bağımlılık yapma potansiyelleri çeşitlerine göre farklı dereceldedir. Güçlü öfori yapıcı etkisi olan heroin en yüksek bağımlılık yapma potansiyeli gösteren maddedir ve ilaç olarak kullanılması pek çok ülkede yasaklanmıştır (Uzby, 1996: 227-254).

Opiyatlar özellikle damar yoluyla alındığında akut olarak yüksek düzeyde haz verici etki yaratır. Bununla birlikte opioid kullanan kişilerde öfori, uyku hali, uyuşukluk, zihinsel

bulanıklık, konsantre olamama, hareketlerde azalma, çevreye karşı ilgisizlik, sosyal ilgi kaybı, solunum sayısında ve kalp vuruşunun da azalma, göz bebeklerinde küçülme, mide bulantısı-kusma, hipotansiyon, merkezi sinir sistemi depresyonu sonucu solunumun durması görülebilir. İlacın miktarına bağlı olarak koma ve ölüm gelişebilir (Özden, 2004; Evren ve Çakmak, 2006).

2.3.8. Sedatif hipnotik, anksiyolitikler ve etkileri

Sedatif, hipnotik, anksiyolitik sınıfında yer alan maddeler merkezi sinir sistemi depresanı olarak etki ederler. Genellikle uyku ilacı olarak kullanılırlar. Bu nedenle kötüye kullanım ve bağımlılık gelişimi masum bir şekilde başlamaktadır (Özden, 2004; Evren ve Çakmak, 2006: 11-112).

Barbitüratlardan yüksek bağımlılık yapma potansiyeli olanlar kısa ve orta etkili olanlardır (pentobarbital ve sekobarbital gibi); uzun etkili olanların (fenobarbital gibi) bağımlılık yapma potansiyeli düşüktür. Benzodiazepinlerin de kısa etkili olanları, uzun etkili olanlarına göre daha yüksek bağımlılık yapma potansiyeline sahiptirler. Benzodiazepinler, barbitüratlara ve diğer hipnosedatif ilaçlara göre, günümüzde daha sık kullanılan ilaçlardır. Bunlardan bağımlılık yapma potansiyeli yönünden en çok incelenen ve en fazla kullanılan benzodiazepin diazepamdır (Uzday, 1996).

2.3.9. Bonzai ve etkileri

Sentetik marihuana (Bonzai), laboratuvar ortamında ot ve benzeri maddelerin kimyasal likitlerle spreyleneşmesi sonucu oluşturulan normal marihuananın içinde bulunan THC maddesi gibi bir etki yapması beklenen bir uyuşturucu türüdür. Sentetik kannabioid (SK) içeren maddeler genel olarak, Avrupa'da "Spice", ABD'de "K2", Türkiye'de ise "Bonzai" ya da "Jamaika" olarak adlandırılmaktadır (Evren ve Bozkurt, 2013).

İlk olarak 2004 yılında Avrupa'da üretildiğinde "zararsız", "marihuanaya yasal bir alternatif" ve "tasarımcı uyuşturucusu" olarak gibi açıklamalarla pazarlanmıştır. Görünürde 'bitkisel tütsü' olarak lanse edilen bu karışımların sigara şeklinde içildiği zaman esrar benzeri etkiler yaptığı bazı kullanıcılar tarafından bildirilmiştir (Vardokul ve diğerleri, 2010).

Ülkemizde son yıllarda yatarak tedavi için bağımlılık tedavi kliniklerine başvuran kişilerin eroinden sonra en sık kullandıkları madde sentetik marihuana'dır. Bu maddenin erişilebilirliğinin kolay olması ve toplum içinde yaygın olan maddenin ‘‘zararsız’’ olduğu yönündeki yanlış inanış nedeniyle bu uyuşturucunun popülerliği hızla artmıştır. Ayrıca maddenin, marihuana ve diğer uyuşturuculara göre idrar tahlilinde tam olarak saptanamıyor olması onu popüler yapan nedenlerden bir diğeridir. Türkiye’de bonzai ve Jamaika olarak anılan bu madde tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de internet üzerinden serbest olarak satılabilmekteydi. Ancak 13.02.2011 tarih ve 27845 sayılı resmi gazetede yayınlanan 07.01.2011 tarih ve 1310 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile uyuşturucu ve uyarıcı maddeler kapsamına alınmıştır (Evren, 2014).

2.4. Tütün ve Nikotin

Tütün bağımlılığında en önemli faktör nikotindir. En belirgin etkisi psikostimülasyondur. Sigara şeklinde veya başka şekillerde tütün dumanının inhalasyonu zamanla bağımlılık meydana getirir. Tütünün duman olarak kullanılmasının nedeni, etkin maddenin akciğerden kana hızla geçmesi ve 8-10 saniyede etkinliğini göstermesidir. Beyinde epinefrin, norepinefrin ve serotonin salınımını artırır. Etki göstermesiyle birlikte kol ve bacaklarda, deride kan damarlarının kasılmasına, iç organlarda ise, damarların genişlemesine yol açar. Solunum hızını artırır. 90-120 dakika alınmadığı zaman yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Her sigara içen tütün bağımlısı değildir. Sık bir şekilde, elverişli olmayan durumlarda bile içmek, sağlığını bozduğunu gördüğü ve bildiği halde içmeyi sürdürmek ve sabahleyin yataktan kalktıktan sonra ilk iş olarak hemen sigaraya sarılmak gibi belirtiler bağımlılığı yansıtır (Uzbay, 1995).

Sigara kullanımı özellikle alkol bağımlılarından daha çok yaygındır. Sigara, fiziksel aktiviteyi sınırlandırıp kronik akciğer hastalığı riskini arttırarak hem alkol kullanan hem de bırakmış olan alkol bağımlılarından yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Jerkinson ve diğerleri, 1998; Bresleu ve diğerleri, 1996).

2.5. Alkol Bağımlılığı

Alkol bağımlılığı bireyin beden ve ruh sağlığı, aile yaşamı, iş ve toplumsal uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alması, alkol alma isteğini durduramaması ve alkol

alınmadığı dönemlerde yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ile seyreden bir bozukluktur. Remisyon ve relapslarla seyreden bu bozukluğun sıklığı gerek batı toplumunda gerekse ülkemizde gittikçe artmaktadır (Burhanoğlu ve Işık, 2009).

Önceleri alkol bağımlılığı kişilerde eksiklik ve zayıflık ya da ahlaki bir sorun olarak değerlendirilirken günümüzde oluşumunda çok çeşitli etmenlerin (ruhsal, sosyokültürel, biyolojik) rol oynadığı bir bozukluk olarak ele alınmaktadır. Alkol bağımlılığını tanımlayabilmek için çok sayıda etiyolojik model ortaya atılmış fakat hiç biri bu kavramı yeteri kadar açıklayamamıştır. Biyopsikososyal bir bütün olarak insanı anlamak, değerlendirmek ve onun çok yönlü yapısının alkol kullanımı ile ilişkilerini sağlam verilere dayanarak ortaya koymak pek o kadar kolay olmamıştır. Yaygın biçimde tüketilen alkole bağlı olarak “normal içiciliğin” nerede bittiği, “bağımlılığın” nerede başladığı konusu en kritik noktalardan biri olmuştur. Kısacası alkol bağımlılığı olgusunu tartışan modellerin hiç biri, tek başına alkol bağımlılığını tam olarak tanımlamayı başaramamıştır (İncesu, 1993).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) alkol bağımlısını “uzun süre ve alışılmışın dışında alkol alan, alkole bağlı ruhsal-bedensel toplumsal sağlığı bozulan, buna karşın durumunu değerlendiremeyen; değerlendirse bile alkol alma isteğini durduramayan, tedaviye gereksinimi olan bir hasta” diye tanımlamıştır. DSÖ, 2002 yılı itibariyle dünyada 2 milyar kişinin alkol kullandığını, 76 milyon kişide alkol kullanımına bağlı bozukluk olduğunu belirtmektedir. Dünya nüfusunun %50’sinin alkol, %30’unun sigara, %4’ünün esrar kullandığı tahmin edilmektedir (UNODC, 2005).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 2003 yılı verilerine göre erişkinlerin %6,8’nin (16 milyon) ağır alkol kullanımının olduğu saptanmıştır (SAMHSA, 2005).

Ülkede alkole bağlı sağlık sorunları kalp hastalığı ve kanserden sonra üçüncü sıradadır (Akvardar 2005). Avrupa ülkelerinde ise alkol kullanım yaygınlık oranının yetişkin nüfusta %10–15 olduğu belirtilmiştir (Coşkun, 2008).

Doğu Akdeniz ve Afrika Bölgesinde ise alkol kullanımının daha az olduğu bildirilmiştir (DSÖ, 2004).

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkez'inin Avrupalı yetişkin nüfus (15–64 yaş) üzerinde 2006 yılında yaptığı çalışmaya göre ulusal rakamlar değişiklik göstermekle birlikte; yaşam boyu kullanım yaygınlığı esrarda %2–31, amfetaminde %11,2, kokainde %3, opioid de ise %0,5–0,8 olarak saptanmıştır (EMCDDA, 2006).

2.5.1. DSM IV' e göre alkol bağımlılığı tanı ölçütleri

Alkol bağımlılığı

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz alkol kullanım örüntüsü:

1)Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere direnç artımı olması:

- a)Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol kullanma örüntüsü
- b)Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanımı ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması

2)Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

- a)Alkole özgü yoksunluk sendromu
- b)Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alımı

3)Alkol çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır.

4)Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.

5)Alkolü sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.

6)Alkol kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.

7)Alkolün neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımını sürdürülür.

2.5.2. ICD 10'a göre alkol bağımlılığı tanı ölçütleri

F10.2 Alkol Bağımlılık Sendromu

Aşağıdakilerden 3 ya da daha fazlası son bir yıl içerisinde bulunuyorsa, kesin bağımlılık tanısı konabilir:

- a. Maddeyi almak için güçlü bir istek veya zorlanti
- b. Madde alma davranışını denetlemede güçlük (başlangıç, bırakma ve kullanım dozu bakımlarından)
- c. Madde kullanımı azaltıldığında ya da bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromu: Maddenin tipik bırakma sendromu, ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı ya da benzer maddeyi kullanma
- d. Dayanıklılık (tolerans) belirtileri, daha düşük dozlarda ortaya çıkan etkilerin ortaya çıkabilmesi için daha yüksek madde dozlarına gereksinim duyulması (en güzel örnek, dayanıklılık geliştirmemiş bireyleri öldürebilecek dozda günlük alkol ve opium alan bağımlıdır).
- e. Maddeyi elde etmek, kullanmak, etkilerinden kurtulmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşlara yer bırakmayacak şekilde giderek artması
- f. Aşırı içki nedeniyle karaciğer bozukluğu, ağır madde kullanımı dönemlerini izleyen depresif duygudurum, bilişsel yetilerde ilaç kullanımına bağlı bozulma gibi zarar gördüğüne ilişkin açık verilere karşın madde kullanımını sürdürme; kullananın gördüğü zararın ne olduğunu ve bilip bilmediğini araştırılmalıdır.

F10.20 Şimdiki durumda yoksunlukta

F10.21 Şimdiki durumda yoksunlukta, fakat korunmalı bir ortamda (örn. Hastane gibi.)

F10.22 Şimdiki durumda tıbbi denetim altında sürdürüm tedavisinde ya da bağımlı olunan maddenin yerine geçen başka bir ilaçla tedavide (denetimli bağımlılık)

F10.23 Şimdiki durumda yoksunlukta, fakat vazgeçtirici ya da bloke edici ilaçlarla tedavi altında

F10.24 Şimdiki durumda maddeyi almakta (aktif bağımlılık)

F10.25 Sürekli kullanım

F10.26 Dönem dönem kullanım (dipsomani) (ICD-10, 1994).

2.5.3. Alkol bağımlılığı yaygınlığı

Günümüzde alkol bağımlılığı toplumların en mühim sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Yapılan çalışmalar toplumları oluşturan bireylerin %90'nının yaşamlarının bir döneminde alkol aldığını, alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımının en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu göstermektedir (DSÖ, 1992).

ABD'de alkol bağımlılığının yaşam boyu görülme sıklığı erkekler için %10, kadınlar için ise %3-5 arasında olduğu bilinmektedir. ABD'de yapılan ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasında alkol bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %3-5, erkeklerde %10; alkol kötüye kullanımının yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %10, erkeklerde %20 bulunmuştur. Alkol bağımlılığı 12 aylık yaygınlığı erkeklerde %11,9, kadınlarda %2,16 olarak bulunmuştur. ABD'de yetişkin nüfusta etkin alkol bağımlılığı %4, etkin kötü kullanımı olanlar %3 olarak bulunmuştur. Etkin bağımlılık ya da kötüye kullanım oranı o sırada alkol almakta olan bağımlı ve kötüye kullanımı olanları temsil etmektedir (Anthony, 1991).

Birçok ülkede aynı yöntemle yapılmış bir anket araştırması olan ESPAD (Avrupa Alkol Madde Okul Projesi) çalışmasında ülkeler karşılaştırılmış, alkol kullanımının Danimarka, İngiltere ve Polonya'da çok yüksek olduğu, ülkemizde ise düşük olduğu gözlenmiştir. Ülkemizde alkol bağımlılığının sıklığı ve yaygınlığı ile ilgili araştırmalar kısıtlı olmakla birlikte yapılan çalışmalarda alkol kullanımına ilişkin çalışmalar farklı demografik gruplarda ve farklı yöntemlerle araştırılmıştır (Akvardar ve diğerleri, 2003).

Örneğin Ankara'da Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15 yaş üstü 2238 kişide alkol kullanım yaygınlığı %14,1, alkol bağımlılığı %0,9 olarak bulunmuştur Arıkan ve arkadaşlarının (1996) Ankara'da yarı kentsel bir bölgede 20.000 kişi ile yaptıkları epidemiyoloji araştırmasında, genel popülasyon da yaşam boyu alkol bağımlılığı görülme sıklığı %0,9 olarak saptanırken, erkeklerde bu oran %1,9 olarak belirlenmiştir (Arıkan ve diğerleri, 1996).

İstanbul'da 1997 yılında 12-65 yaş arası 1550 kişilik İstanbul nüfusunu yansıtan örnekleme yapılan araştırmada yaşam boyu alkol kullanımı %33,5, araştırma yapıldığı sıradaki alkol kullanım yaygınlığı %25,6 (erkeklerde %34,5, kadınlarda %15,9) olarak

bildirilmiştir. Türkcan ve arkadaşlarının (1999) İstanbul'da 12-65 yaşları arasındaki 1550 kişi ile yaptıkları çalışmada da alkol kullanım yaygınlığı %33,5 olarak saptanmıştır (Türkcan, 1999).

Türkcan ve arkadaşlarının (1999) İstanbul'da 12-65 yaşları arasındaki 1550 kişi ile yaptıkları çalışmada da alkol kullanım yaygınlığı %33,5 olarak saptanmıştır (Antony, 1991).

Yine İstanbul'da 2000 yılında 15 yaş üstü 707 kişi ile yapılan çalışmada yaşam boyu alkol kullanımını % 54, 7 (erkeklerde % 73, 4, kadınlarda % 35, 0), son bir yıl içinde haftada en az bir kez alkol kullanımını erkeklerde % 17, 9, kadınlarda % 2,3 olarak bulunmuştur, alkol yoksunluğu yaşayanların oranı ise %1'dir (Akvardar ve diğerleri, 2003).

Dünya Sağlık Araştırması'na göre 2003 yılında Türkiye'de 18 yaş ve üzeri 11152 kişiyi içeren çalışmada yaşam boyu alkol kullanmama oranı % 91, 6' dır (DSÖ, 2004).

2.6. Alkol/Madde Bağımlılığı ve Depresyon

Alkolizm ve depresyon benzer dinamiklerden kaynaklanmakla birlikte bu bozukluk kadınlarda depresyon, erkeklerde alkolizm olarak karşımıza çıkmaktadır. Depresyon ve alkol/madde bağımlılığı, her ikisi de sık görülen hastalıklar olup birlikte de görülebilmektedirler. Birbirlerine eşlik ettikleri durumlarda hastalığın şiddeti ağırlaşmakta, gidiş ve sonlanış özellikleri kötüleşmekte ve daha ağır sorunlara neden olarak tedavi ve iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir (Ögel, 1999).

Alkol ve madde kullanımı ile depresyonun birlikte görülmesinin nedenleri hususunda pek çok varsayım olmakla birlikte aralarındaki ilişki çok yönlüdür ve bağımlılarda değişik görünüşleri vardır. Ancak aradaki nedensel ilişkinin nitel ve nicel yönü net olarak anlaşılamamıştır (Ceylan ve Göka, 1998: 24-26).

Alkol veya madde kullanımını bıraktıktan sonraki günlerde yoğun depresif belirtiler gözlenebilmektedir. Ancak bu depresif atakların bağımsız depresif ataklar olup olmadığı tartışmalıdır. Örneğin kokain yoksunluk döneminde gözlenen enerji azlığı, rahatlayamama, hiçbir şeyden zevk alamama gibi belirtiler depresyonla karıştırılabilir. Bu nedenle depresyon, madde kullanımının özelliği de göz önüne alınarak değerlendirilmelidir (Arıkan

ve diğ erleri, 2000; Nellisery ve diğ erleri, 2003; Brown ve diğ erleri, 2003; Moak ve diğ erleri, 2003).

Alkol veya madde kullanımı kesilmesi durumunda bu depresif belirtilerin iyileş ebildiğ i göz lenmiştir. Depresyon bu tür vakalarda akut entoksikasyonun bir belirtisi olarak kabul edilebilir. Akut entoksikasyon, uyku bozukluklarına, enerji ve aktivite değ iş ikliklerine, öğ renme ve konsantrasyon bozukluğ u gibi biliş sel sorunlara yol açabilir. Aynı şekilde yoksunluk döneminde de depresyona benzer belirtilerin gör ü lme oranı oldukça yüksektir. Yoksunluk döneminin sonunda depresif belirtilerin sık gör ü ldüğ ü ancak bu belirtilerin üç-dört hafta için kaybolabileceğ i ileri sür ü lmektedir (Arıkan ve diğ erleri, 2000; Nellisery ve diğ erleri, 2003; Brown ve diğ erleri, 2003; Moak ve diğ erleri, 2003).

Uyarıcı maddelerin yoksunluk dönemi de depresyonla karışabilir. Alkol kullanım bozukluğ u olan kişilerde depresyonun gör ü lme sıklığ ı klinik ç alışmalarda %30-60 olarak verilmektedir. Alkol bağımlılığ ında majör depresif bozukluk gör ü lme oranı ise %17 olarak bildirilmiştir. Majör depresyonlu vakaların aynı zamanda alkol bağımlısı olma riskinin dört kat daha fazla olduğ u, olguların önemli bir kısmının da alkol ve depresyon ek tanılı olduğ u gösterilmiştir (Nellisery ve diğ erleri, 2003; Brown ve diğ erleri, 2003; Moak ve diğ erleri, 2003)

Alkol bağımlılığ ında geçici depresif ruh hali karakterize sekonder depresyon sıklıkla gör ü lür. Yapılan ç alışmalarda, alkol bağımlılığ ı olanların 1/3'i hastalıklarının herhangi bir anında depresif semptomları gösterebilmektedir. Bazı ç alışmalar alkol bağımlılığ ı ile birlikte gör ü len depresyonu primer ve sekonder olarak ayırmaktadır. Depresif bir bozukluğ un üzerine geliş en alkolizm durumunda primer, önce alkolizm sonra depresyonun geliş tiğ i durumda ise sekonder depresyondan söz edilmektedir (Ceylan ve Göka, 1998: 24-26).

ABD'de yapılan epidemiyolojik bir ç alışma olan Epidemiyolojik Alan Ç alışmasında (Epidemiologic Catchment Area Study: ECA) alkol bağımlılığ ı ile majör depresyonun ek tanısının yaşam boyu sıklığ ı %5,9 dur (Reigier, 1990). Yine ABD'de yapılmış olan Ulusal Ektanı Tarama ç alışmasında (National Comorbidity Survey-NCS) ise erkek alkol bağımlılarında yaşam boyu depresyon oranı %24,3, kadınlarda ise %48,5'dir (Kessler ve

diğerleri, 1994). Hastanede yatan alkol bağımlılarında yaşam boyu depresyon yaygınlığı %8 ile %53 arasında bulunmuştur (Merikangas ve diğerleri, 1996).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada alkol bağımlısı vakalarda şimdiki majör depresyon yaygınlığı %32,5, yaşam boyu majör depresyon yaygınlığı %35, distimik bozukluk yaygınlığı ise %5 olarak bulunmuştur (Öner ve diğerleri, 2002).

İncesu tarafından yapılan bir çalışmada alkol bağımlılarında majör depresyon %15 ile en sık görülen duygudurum bozukluğu olarak saptanmıştır (İncesu, 1993).

Türkçapar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yatan alkol bağımlılarının %50 sinde majör depresyon ve distimi öncelikli olmak üzere en az bir ek tanı konduğu bildirilmiştir (Türkçapar ve diğerleri, 1997).

2.7. Alkol/Madde Bağımlılığı ve Kaygı

Kaygı kavramı gerek yaşamın temel duygularından birisi olması, gerekse ruhsal bozuluklara neden olması açısından insan hayatında önemli bir yeri vardır. Kaygı, kişinin yeni koşullara uyumunu sağladığı gibi, kişinin ruhsal gelişiminin daha üst basamaklara çıkmasında itici işlev de görebilir. Uyum sağlayıcı ruhsal gelişimi olumlu yönde de etkileyebildiği gibi engelleyici rolü de olabilir. Örneğin; sınavlar kişilerde kaygı yaratır. Sınavı başarmak, bir engeli aşmak olumlu bir işlemdir. Ancak; sınavda donakalmak, bildiğini unutmak gibi durumlar yine anksiyetenin ketleyici işlevi sonucu ortaya çıkar. Kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış gibi açıklamalarıyla da tanımlayabileceğimiz anksiyete kavramının, nerede patolojik nerede normal bir duygu olduğu tartışmalıdır (Güleç ve Köroğlu, 1998).

Amerikan Psikoloji Birliği'ne göre; kaygı, kişiliğin içinden gelen bir dış duyum tarafından uyarılmış veya uyarılmamış bir tehdittir.

Kaygı, durumluluk (geçici) ve sürekli kaygı olarak da sınıflandırılmaktadır.

Durumluluk Kaygı (State Anxiety); bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif kaygıdır.

Süreklilik Kaygı (Trait Anxiety); objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur (Arı, 1993).

Kaygı da, subjektif korku, sıkıntı ve endişe gibi duygularla birlikte terleme, taşikardi, soluk almada zorluk, kusma, bulantı, yutma güçlüğü, ishal, bacaklarda uyuşma ve karıncalanma, baş dönmesi ve titreme, bayılma hissi, kas gerginliği, hızlı solunum gibi otonom sinir sisteminin aşırı aktivasyonu eşlik eden bedensel değişiklikler de meydana gelmektedir. Bu nedenle kaygı hem psikolojik hem de fizyolojik değişkenleri olan bir duygudur (Arı, 1993).

Hem bilim dünyası hem de toplumun büyük çoğunluğu tarafından alkolün anksiyolitik etkisine inanılmasına rağmen yıllardır bu teoriyi desteklemek amacıyla yapılan araştırmalar çelişkili sonuçlar ortaya koymuştur. Yapılan çalışmaların bir kısmı alkolün kaygıyı azalttığını bir kısmı ise hiçbir etkisinin olmadığını göstermiştir. Bu sonuçların farklılıklar göstermesinin nedeni alkol alımı, kaygının ölçüm yöntemi, çevre koşulları, örneklem gibi değişkenlerin, araştırmaları yorumlamayı ve genelleme yapmayı güçleştirmesinden kaynaklanmaktadır (Sullivan ve Coplan, 1993: 1454, 1455; Wesner, 1990; Kushner ve diğerleri, 1990; Rounsaville ve diğerleri, 1987).

Kaygı ile alkol kullanımı arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. Kaygı bozukluklarının mı alkol kullanımına neden olduğu, yoksa alkol kullanımının mı kaygı belirtilerine neden olduğuna ilişkin tartışmalar günümüzde sürmektedir. Alkol alımı arttıkça hastaların korkularında artma olamakta, kişi kaygıyı kontrol etmek amacıyla alkole başlamakta; kronik alkol alımı ise bağımlılığa neden olarak kaygıyı arttırmakta ve kısır döngüye neden olmaktadır (Yapıcı, 2006).

Alkol yoksunluk dönemi boyunca kaygının şiddetini ve belirtilerini araştıran çalışmalar; bu dönemin başından itibaren başlayan kaygı belirtilerinin şiddetinin zaman içerisinde azaldığını fakat tam olarak kaybolmadığını ortaya koymuştur (Schuckit, 1995: 773-778; Ludenia ve diğerleri, 1984).

Schuckit, 1995 yılında alkol bağımlılığı/kötüye kullanımı ile kaygı bozuklukları arasındaki bağlantıları inceleyen araştırmaların tümünü eleştirmiştir. Schuckit'e göre bu

araştırmaların büyük çoğunluğu alkol bağımlılarındaki kaygı bozukluklarının, alkol tedavisi amacıyla yatmakta olan ve alkol yoksunluk döneminin ilk birkaç haftası içerisinde olan hastalar arasında saptayan çalışmalardır. Schuckit'e göre yatarak tedavi gören alkol bağımlılarında kaygı ve duygudurum bozukluklarının görece yüksek çıkmasının önemli nedenlerinden biri de bu tür hastaların yardım ve tedavi arayışlarının, benzer belirti ve bozuklukları olmayan alkol bağımlılarına göre daha yüksek olmasıdır. Alkol bağımlılığına eşlik eden bozuklukların varlığını açıklayan başka görüşler de vardır;

Kendi kendini tedavi hipotezi (Self Medication Hypothesis): Kişilerin rahatsızlıkları ile başa çıkmak için alkol kullandıkları ve zaman içinde bağımlılık geliştiği görüşünü savunmaktadır. Bu hipoteze göre hastalar duygudurumlarını değiştirmek kaygılarını azaltmak, bazı bilişsel bozukluklar ile başa çıkmak için maddeyi kullanmaya başlarlar (Miller, 1991).

Kendi kendilerini tedavi etmek (self medikasyon) amacıyla alkol ya da madde kullanılmasıyla gizlenen duygulanım bozukluğu belirtilerini maskeleyen sonucu, altta yatan duygulanım bozukluğu giderek şiddetlenir. Hastalar bu maskelenmiş halleriyle fark edilmeden çevre ve aile uyumu içinde yaşamlarını sürdürebilirler. Bu durum bazı bipolar hastalarda daha belirgindir. Örneğin, manik dönemdeki aşırı hareketliliği yatıştırmak için ya da depresif dönemdeyken sıkıntı, gerginlik, huzursuzluk duygularını gidermek için hastalar alkol/madde alma eğiliminde olabilmektedirler (Özpoyraz ve diğerleri, 1998).

Genetik: Alkol ve anksiyete bozuklukları ile ilgili çalışmalarda ailesel ilişkiler ortaya konmaya çalışılmıştır (Çakmak ve Saatçioğlu, 2005: 6, 10).

GABA'erjik sistem: Sürekli alkol alımı beyinde uyumsal (nöroadaptif) değişikliklere neden olur. Bu uyumsal değişiklikler merkezi sinir sisteminde azalmış inhibitör aktivite (azalmış GABA etkinliği ve magnezyum) ve artmış uyarıcı aktivite (artan glutamat, dopamin ve noradrenalin) ile kendisini gösterir. Yoksunluk belirtilerinin oluşmasında GABA ve glutamat sistemleri önemli rol oynar. Tekrarlayan yoksunluk dönemlerinde her biri bir öncesine göre daha şiddetli belirtilerle seyretmektedir çünkü her yoksunluk döneminde GABA reseptör işlevindeki azalma artmaktadır. GABA inhibe eden noradrenalin seviyesi azalır ve alkol alma isteği artar. Ancak GABA seviyesi artmasıyla

birlikte benzodiazepin reseptörleri (kaygıya karşı) uyarılabilir ve bu da alkol alımında azalmaya neden olur (Eşel, 2006; De Witte ve diğerleri, 2003).

Alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları ve kaygı bozukluklarının birlikte görülme oranları her ikisinin de alt tipleri için farklılıklar gösterse de yapılan çalışmalar birisinin varlığında diğerinin de görülme riskinin yaklaşık 3 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Comeron ve diğerleri, 1987).

2.8. Alkol/Madde Bağımlılığı ve Hastalık Algısı

İnsan, biyopsikososyal bir varlık olması nedeniyle hastalık durumu bireyde çok boyutlu bir olgu, bir yaşam, kimlik ve var oluş krizidir, kişinin dengesini, uyumunu bozarakla birlikte bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan bireysel zorlanmalara neden olur (Biol, 2005: 108).

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Bireylerin tedaviye uyum sürecinde ve hastalıkla başetme becerilerini belirlemede son derece önemlidir. Alkol madde bağımlılığı çok boyutlu, kronik bir hastalıktır. Sadece alkol tüketimi ve bağımlılık sendromu ile sınırlı değildir, yaşamın diğer boyutlarını da etkiler ve etkileri zamanla değişir. Bağımlılığın yarattığı çeşitli etkilerle yaşamın tüm boyutlarını etkilemesi çok boyutlu yaşam kalitesi değerlendirilmesi için gerekeceği oluşturmaktadır. Bağımlılıkta uzun süreli etkiler, belirtilerin iyileşmesine karşın devam edebilir ve nükse neden olabilecek kadar önemli stres kaynağı olabilmektedir (Kocaman ve diğerleri, 2007).

Bu dönemde hastanın hastalığına (bağımlılığa) ilişkin yorum, algı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkilerde belirleyici rol oynayan en önemli unsurlardandır. Hastalığa uyumu hastalığın nesnel belirti ve bulgularından çok, hastanın bu değişikliklere ve anlamlarına ilişkin öznel yorumları, algıları ve tepkileri belirlemektedir. Kısacası, uyumda en önemli unsur hastanın hastalık ve anlamına ilişkin ne düşündüğüdür. Hemşireler, hastaların hastalık algısını değerlendirerek tedaviye uyum sağlamada hastalara yardımcı olabilirler. Bu algıları değerlendirerek olumlu tepkileri tanımlayabilir ve hastalık ve tedavisi ile ilgili yanlış anlamaları düzeltebilir. Hastaların endişelerine odaklanarak etkili psikolojik danışmanlık sağlayabilir ve olumlu algı geliştirilebilir (Kocaman, 2008).

Hastalık algısı hastanın yaşam kalitesini etkileyen en önemli unsurlardan biri olmakla birlikte bu alanda yapılan çalışmaların önemi giderek artmaktadır. Alkol-madde bağımlılığında yaşam kalitesinin düşmesi psikopatolojinin sıklıkla önemli bir nedeni ya da sonucudur. Etkilenen yaşam alanları hastalar tarafından genel sağlık durumunun en iyi belirleyicisi olarak rapor edildiğinden bağımlılığın yaşama etkisini saptamak için yaşam kalitesini değerlendirmek kaçınılmaz olmaktadır (Akvardar, 2004).

2.9. Alkol/Madde Bağımlılığı Tedavisinde Hemşirenin Rolü

Bağımlılık, birey ve ailesini fiziksel, ruhsal ve toplumsal yönden etkileyen en önemli unsurdur. Bağımlı bireyler, bağımlılıkla birlikte birçok kompleks durumla karşı karşıya kalırlar. Bunlar; sosyal problemler, ekonomik problemler, yasal problemler, sağlık problemleri, ilişkilerde güçlük, ailevi problemler şeklinde sıralanabilir. Yapılan tedaviler bağımlı bireyin ve ailesinin fiziksel, toplumsal ve ruhsal bütünlüklerinin tümüne yönelik birlikte ele alınmalıdır. Böyle kapsamlı bir bakım programında, alkol-madde bağımlısı hastanın ve ailesinin tıbbi ve sosyal birçok sorunu çok disiplinli tedavi ve bakım ekibiyle ele alınmakta ve hemşirelerde bu ekibin kilit noktasını oluşturmaktadır (Engin ve Savaşan, 2001; Huey ve diğerleri, 2008: 3845-3865; Çimen, 2008).

Bağımlılık hemşiresi, alkol, psikoaktif madde ya da bağımlılık yapıcı diğer maddeleri bırakma isteği ya da yoksunluk yakınmaları nedeniyle hastaneye başvuran hastaların ve ailelerinin sağlığını geliştirir, primer bakımdan rehabilitasyona kadar uzanan yelpazede ortaya çıkan bilişsel, psikolojik, davranışsal tepkilerini, psikososyal sorunlarını tanımlar ve yönetir, fizyolojik ve psikososyal bakımını sağlar, uygular, değerlendirir, hasta bireyin ailesine danışmanlık ve eğitim verir, tekrarlı madde kullanımlarının önlenmesinde birey ve ailesine gerekli psikoeğitim ve sosyal grupların organizasyonu ve uygulamasını yapar (Engin, 2007).

Bağımlılık, geliştikten sonra tedavisi oldukça güç olan bir hastalıktır. Kişilerin bağımlılıktan kurtulma isteği tedavinin başarısını etkileyen en önemli faktördür. Ancak buna rağmen tam olarak alkol-maddeyi kullanmamayı (remisyon) başarma oranı oldukça düşüktür. İyileştikten sonra yinelenme olasılığı çok yüksektir. Bu nedenle önleme programları, tedavi ve tedavi sonrası korunma programları oldukça önemlidir (Ögel, 2011).

Alkol madde bağımlılığını önleme, tedavi ve koruma politikaları doğrultusunda birincil önlem; madde kullanımına başlamanın önlenmesidir (Buzlu, 1995; Engin ve Savaşan, 2007; Huey ve diğerleri, 2008: 3845- 3865).

Türkiye gibi alkol ve madde kullanımının giderek artış gösterdiği ülkelerde birincil koruyucu çalışma yürütmek büyük önem taşımaktadır. Bağımlılığın başlangıcından tedavisine kadar geçen sürede topluma yansıyan olumsuz yanları çok büyüktür. Bağımlılığın getirdiği sosyal ve ekonomik zorluklar sonucu insanlar yasal olmayan eylemler yapabilmekte ve suç işlemektedirler. Kullanıcılar kullanmayan insanlara birer kötü örnek oluşturmakta ve yeni kullanıcıların ortaya çıkışını kolaylaştırabilmektedir. Alkol-madde kullanımının insan sağlığı üstüne olumsuz etkisi nedeniyle, alkol-madde kullanımı ülkenin sağlık harcamalarını artırmaktadır (Ögel, 2011).

Alkol/madde kullanımına başlanmasının önlenmesine yönelik bu aşamada hemşire sağlık eğitimi ve danışmanlık yapmalı, madde kullanımı için risk oluşturan durumları ve madde/alkol kullanımında gelişebilecek riskli eylemleri tanımalı, bu durumları saptamak için araştırmalar yapmalı, bunların önlenmesinde diğer kurumlar ve kendi ekibi içerisinde multidisipliner bir yaklaşımla uğraş vermelidir (Buzlu, 1995; Engin ve Savaşan, 2007; Huey ve diğerleri, 2008: 3845-3865).

Madde kullanımı için risk oluşturan gruplarda (adolesanlar ve öğrenciler, seks işçileri, suça eğilimli kişiler, aile yapısına ve düzenine ilişkin risk taşıyanlar, travma öyküsü olanlar, madde kullanmayanlar) öncelikli olmak üzere onların gereksinimlerine yönelik eğitimler yapılmalıdır. Örneğin; adolesanlar ve öğrencilerde yapılan çalışmalarda madde ve alkol kullanım nedeni olarak stres, arkadaş ortamı, duygusal ilişkide bulunulan kişiden ayrılma, özentisi olarak belirlenmiştir (Buzlu, 1995).

Üçüncül önlem ise; bu aşamada amaç madde kullanan kişilerin madde kullanmayı bırakması ve bıraktıktan sonra tekrar bu maddeleri kullanmaya başlanmasının önlenmesidir. Bunun bir diğer parçası ise, alkol-madde bağımlılığının etkilerini rehabilitasyon ve bakımla en aza indirilmesi olarak belirlenmiştir (Pektek, 1992; Buzlu, 1995; Pektaş ve diğerleri, 2006).

Alkol madde bağımlılığında hastalar yeti yitimi, damgalanma, tedavi ve bakım hizmetlerinden yeterince yararlanmama, toplum içerisinde mesleki, ailevi, eğitimsel, cinsel rol ve işlevlerini sürdürememe, destek sistemlerinin yetersizliği, barınma, beslenme vb. ihtiyaçlarının karşılanamaması gibi sorunlarla sıklıkla karşılaştıkları belirtilmiştir (Engin ve Savaşan, 2007; Çimen, 2008).

Hastalık nedeniyle sağlığı olumsuz etkilenen bireyin aile ve çevresi ile ilişkileri bozulmakta, yeti yitimi nedeniyle yaşam faaliyetleri, toplumsal yaşama katılımı, yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Pektekin, 1992; Buzlu, 1995; Pektaş ve diğerleri, 2006; Çimen, 2008).

Bağımlılık gibi birçok sistemi etkileyen ve yaşamın her alanına ait sorunları beraberinde getiren bir hastalıkta hemşire, hastanın, hastalığının oluşturduğu fiziksel, duygusal, psikososyal ve ekonomik sorunlarla baş etmesini sağlama ve tedavi konusunda önemli katkılarda bulunabilecek bilgi birikimine ve beceriye sahiptir (Akvardar, 2004; Yancar, 2005; Yapıcı, 2006).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi'nde (AMATEM) Ocak 2013- Aralık 2013 tarihleri arasında yatarak tedavi gören DSM-IV tanı ölçütlerine göre erkek madde ve alkol bağımlısı tanısı almış ve detoksifikasyon sürecini tamamlamış 100 erkek (50 alkol ve 50 madde bağımlısı) hastada yapıldı. Değerlendirme alkol ve maddenin kesilmesi sonrasındaki ilk 1-2 haftada kaygı ve depresyon bulgularına daha sık rastlandığı dikkate alınarak yoksunluk belirtileri kaybolduktan sonra detoksifikasyon süreleri göz önüne alınarak 15. günden sonra ölçekler uygulandı. Bu gruplara hasta bilgi formu, zung (ZDÖ) depresyon ölçeği, beck depresyon ölçeği (BDÖ), durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği (STAI I-II) ve hastalık algısı ölçeği (HAÖ) uygulanarak elde edilen veriler karşılaştırıldı (Swift, 1999).

Araştırmamızda Ocak 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 130 hastanın verileri incelenerek hastaneye yatışlarının 15. günlerinden sonra uygulanan hasta bilgi formu, zung depresyon ölçeği (ZDÖ), durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği (STAI FORM I-II) ve hastalık algısı ölçeği (HAÖ) tam olmayan hem alkol hem madde bağımlısı olan ve araştırmaya katılmayı reddeden 30 hasta değerlendirme dışı bırakılmıştır.

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma erkek alkol ve madde bağımlılarının kaygı, depresyon ve hastalık algısı ile ilişkisini belirleyen 2 grup (alkol bağımlısı ve madde bağımlısı grubu) arasında bu yönde ilişki olup olmadığını saptamaktır. Kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirildiği Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır (Bkz. EK-7). Aynı zamanda Gazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 26.12.2012 tarih ve 407 sayılı karar ile etik kurul onayı alındıktan sonra veriler toplanmaya başlanmıştır (Bkz. EK-8). Araştırmacı tarafından, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler belirlendikten sonra araştırma konusunda bilgi verilerek araştırmaya katılıp katılmama

konusunda özgür oldukları ve kendileri ile ilgili bilgilerin gizli kalacağı konusunda güvence verilerek araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden sözlü onam alınmıştır.

3.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Anket formları araştırma amaçlarına yönelik olup, katılımcıların yanıtlayabilecekleri açıklıkta hazırlanmıştır. Araştırmanın amacı katılımcılara açıklanmış ve araştırma için gerekli izinler alınmıştır. Formların doldurulmasında yüz yüze görüşme tekniği uygulanmıştır. Veri toplama formlarından BDÖ araştırmacı tarafından uygulanmış olup diğer ölçekler bağımlılar tarafından doldurulmuştur. Ayrıca okuma-yazma bilmeyen ve anketi rahatça dolduramayacak durumda olanlara anketler araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Anket formlarının doldurulması yaklaşık 30-35 dakika sürmüştür.

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmacı tarafından çalışmaya katılan 100 hastaya literatür doğrultusunda hazırlanan Hasta bilgi formu, Zung depresyon ölçeği, Durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği (STAI Form I-II), Beck depresyon ölçeği-BDÖ (Beck Depression Inventory), Hastalık algısı ölçeği (HAÖ) çalışma kriterine uyan tüm erkeklere uygulanmıştır. Uygulama, Ocak 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi'nde (AMATEM) yapılmıştır.

Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizinde SPSS for Windows (Statistical Package for Social science for Windows, Version 16.0) paket programı kullanılarak bilgisayara aktarılmış ve değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmesinde, parametrik testlerden iki gruba ait sürekli değişkenlerin ortalamalar arasındaki farkı değerlendirmek için t testi, nonparametrik testlerden ikili gruplar arasında değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için Mann Whitney U, kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için Ki-Kare testleri kullanarak, istatistiksel analiz ve yorumlar yapılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Erkek alkol ve madde bağımlılarının kaygı depresyon ve hastalık algılarının arasındaki farklılıkları incelemek amacıyla planlanan araştırma kesitsel (cross-sectional), karşılaştırmalı ve ilişki arayıcı tipte bir çalışmadır.

3.5. Hasta Bilgi Formu

Erkek alkol ve madde bağımlılarının sosyodemografik ve klinik verilerini toplamaya yönelik araştırmacı tarafından oluşturulan bu form; demografik özellikler (yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum), bağımlılık türü, madde/alkol kullanımına ilişkin özellikler (madde/alkol kullanma yaşı, alkol/madde başlama biçimi, kullandığı maddeler, tercih maddesi, alkol/madde bırakma öyküsü, alkol/madde başlama zamanı, alkol/madde kullanma ortamı, maddeyi kullanma sıklığı, kullandığı maddeyle ilgili yasal sorunu, maddeyi temin etme şekli, ailede alkol/madde başka kişinin olup olmaması vs, alkol/madde etkisindeyken maruz kalınan şiddet türü ve yeri, alkol/madde etkisindeyken şiddet uygulama, alkol/madde kullanımının aileye ve işe etkisi gibi), tedaviye gelme nedeni, tedaviden beklentileri, fiziksel değerlendirme, psikiyatrik ve nörolojik değerlendirme olmak üzere 22 sorudan oluşmaktadır (Bkz. EK-1).

3.5.1. Zung depresyon ölçeği (ZDÖ)

Zung depresyon ölçeği (ZDÖ), 1965 yılında Zung tarafından, depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek hasta tarafından doldurulmaktadır. Maddeler depresyonun duygulanım, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutlarını içermektedir. ZDÖ toplamda 20 madde içermektedir, 10 madde olumsuz, 10 madde ise olumlu olarak kurgulanmıştır (Bkz. EK-2).

Her madde için hastalar; hiçbir zaman veya çok ender olarak= 1, bazen= 2, sık sık= 3, çoğunlukla veya her zaman= 4'ü işaretlemektedir. Toplam skoru elde etmek için, pozitif maddeler tersine çevrilmekte ve daha sonra hepsi toplanmaktadır. Kesme noktalarına bakıldığında ZDÖ'nde alınan puanlara göre 50 ve üstünde puan alan hastalar "depresyon var" olarak kabul edilmiş olup 50 puanın altı normal kabul edilmiştir. Şiddet endeksi toplam skorun 80'e bölünüp 100 ile çarpılarak hesaplanmaktadır (Kılınç ve Torun, 2011; Zung, 1965: 561-571).

3.5.2. Beck depresyon ölçeği (BDÖ)

Beck (1961) tarafından geliştirilen BDÖ, depresyonla ilgili olarak duygusal, bilişsel ve motivasyonel boyutlarda gözlenen negatif özellik taşıyan belirtilerin şiddetini ölçmeyi amaçlayan, 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her bir madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü ifade eden azdan çoğa doğru derecelendirilmiş cümlelerden oluşmaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Depresyonun şiddeti 4 derecede değerlendirilir; 5–9 puanlar arası normal, 10–18 puanlar arası hafif-orta, 19–29 puanlar arası orta-şiddetli ve 30–63 puanlar arası şiddetli depresyonu belirlemektedir. Alınan puanın artması hastanın depresyon belirtilerinin düzeyinin arttığı anlamına gelmektedir. Kesme puanı 17 olarak kabul edilmektedir (Savaşır ve Şahin, 1997). BDÖ'nde alınan puanlara göre 17 ve üstü “depresyon var” olarak kabul edilmiş olup 17 puan altı normal kabul edilmiştir. Ölçeğin bu araştırmada kullanılan biçimi ile Türkçeye uyarlanması ve güvenirlik çalışmaları Hisli (1989) tarafından yapılmıştır (Bkz. EK-5).

3.5.3. Durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği

STAI form, Spielberger'in (1970) Kaygı kuramından kaynaklanarak geliştirilmiş, durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı ayrı saptamayı amaçlayan, 40 maddeden oluşan iki ölçeği içermektedir. Kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme (self-evaluation) anketidir. Anket 1976'da Necla Öner ve Ayhan Lecompte tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır.

“Durumluluk Anksiyete Ölçeği” bireyin belirgin bir an ya da durumunda kendini nasıl hissettiğini ortaya koyar. Bunun için ölçeğin maddelerini okurken o anda ki duygularının şiddetine göre birey; Hiç (1), Biraz (2), Çok (3), Tamamıyla (4) seçeneklerinden birini işaretleyerek yanıtlar (Bkz. EK-3).

“Sürekli Anksiyete Ölçeği” ise bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini ortaya koyar. Duygularının sıklık derecesine göre bireyin Hiç (1) , Biraz (2) , Çok (3), Tamamıyla (4) gibi seçeneklerden birini işaretlemesi gerekir (Bkz. EK-4). Her iki ölçekte kişilerin anksiyete durumu ölçüt yönergesine göre uygun biçimde; 0-19 puan (yok), 20-39 puan (hafif), 40-59 puan (orta), 60-79 puan (ağır), 80 puan ve üzeri çok şiddetli panik olarak

uygulanmıştır. Envanter, Öner ve Lecompte tarafından dilimize çevrilmiş olup geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Spielberger ve diğerleri, 1975; Öner ve LeCompte, 1985: 33).

3.5.4. Hastalık algısı ölçeği (HAÖ)

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (IPQ-Illness Perception Questionnaire) 1996 yılında Weinmann ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Kocaman ve arkadaşları yapmışlardır (Kocaman, 1997).

Bu çalışmada hastalık algısı ölçeğinin gözden geçirilmiş versiyonu kullanılmıştır. HAÖ; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır.

Hastalık tipi boyutu: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, başağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, ‘hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı’, daha sonra ‘bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği’ sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur.

Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu: Otuz sekiz maddeden oluşmuş ve beşli likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır.

Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin,

uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını yada kavradığını araştırır. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır. Hastalık nedenleri boyutu: Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli Likert tipi ölçüm kullanılır.

Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atflar (ör., stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (ör., kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör. mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şansır (ör., kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir. Ölçek, toplam 70 maddeden oluşmaktadır (Bkz. EK-6).

4. ARAŞTIRMA BULGULARI

Bulgular bölümünde, çalışmada yer alan 50 madde bağımlısı, 50 alkol bağımlısı olmak üzere toplam 100 katılımcının sosyodemografik özelliklerine, depresyon ve kaygı ölçek puanlarının karşılaştırılmasına, hastalık algılarına ilişkin özelliklerin belirlenmesine yönelik bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların sosyodemografik özellikleri

Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların sosyodemografik özellikleri	Alkol Bağımlılığı (N=50)		Madde Bağımlılı (N=50)		Toplam (N=100)	
	N	%	N	%	N	%
Yaş grupları						
24 ve altı	2	5,7	33	94,3	35	100,0
25-39	18	52,9	16	47,1	34	100,0
40 ve üstü	30	96,8	1	3,2	31	100,0
Medeni Durum						
Evli	36	75	12	25,0	48	100,0
Bekar	41	26,9	38	73,1	52	100,0
Eğitim Durumu						
Okuma yazma bilen	4	40,0	6	60,0	10	100,0
İlk öğretim	12	36,4	21	63,6	33	100,0
Orta öğretim	21	48,8	22	51,2	43	100,0
Üniversite	13	92,9	1	7,1	14	100,0
Gelir Durumu						
1000 TL ve daha az	18	29,0	44	71,0	62	100,0
1001-2000 TL	14	77,8	4	22,2	18	100,0
2001 ve üzeri	18	90,0	2	10,0	20	100,0
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	20	64,5	11	35,5	31	100,0
Çalışmıyor	30	43,5	39	56,5	69	100,0
Ailede Bağımlılık						
Var	19	76	6	24	25	100
Yok	31	41,3	44	58,7	75	100

Çizelge 4.1’de erkek alkol ve madde bağımlılarının sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Alkol ve madde bağımlısı hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde yaş gruplarında 24 yaş ve altı grubundaki hastaların % 94,3’ü (33) madde bağımlısı, 40 yaş ve üstü yaş grubundaki hastaların %96,8’i (30) alkol bağımlısı olduğu tespit edilmiştir.

Medeni durumları arasındaki ise evli hastaların %75’i (36) alkol bağımlısı iken bekar hastaların %73,1’inin (38) madde bağımlısı olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumu arasındaki ilişki de üniversite mezunu hastaların %92,9’u (13) alkol bağımlısı; ilk öğretim grubu hastaların %63,6’sı (21) madde bağımlısı olduğu tespit edilmiştir.

Gelir gruplarına baktığımızda 1001-2000 tl arası gelirlili hastaların %77,8'i (14) alkol bağımlısı iken 1000 tl ve daha az gelir grubunda bulunan hastaların %71'i (1) madde bağımlısı olduğu tespit edilmiştir. Çalışma grupları ile tanı grupları arasında çalışan hastaların %64,5'i (20) alkol bağımlısı iken çalışmayan grubunda bulunan hastaların %56,5'i (39) madde bağımlısı olduğu tespit edilmiştir.

Son 6 ay kilo değişimi grup ile tanı grupları arasındaki ilişkide ise kilo değişimi olmayan hastaların %63,3'ü (19) alkol bağımlısı iken kilosu değişen grubunda bulunan hastaların %55,7'sinin (39) madde bağımlısı olduğu tespit edilmiştir. Alkol bağımlılarında %44,3'ünün (31) madde bağımlılarında ise %55,7'sinin (39) son 6 ayda kilo değişimi gözlenmiştir.

Duygulanım durumları incelenen hastalardan %23,1'i normal iken %32,8'i gergin ve sıkıntılıdır. Elemlili ağlamaklı olanlar ise %14,9'dur. Öfkeli ve gergin olanların sayısı ile durumu değişken olanlar %11,9 ile aynı orana sahiptirler. Alkol ve madde bağımlısı hastaların motor özelliklerini incelersek %79,43'ünün sosyoekonomik düzeniyle uyumlu davranışlar sergilediğini görüyoruz. Aynı şekilde %18,69'unun ise hareketlerinin azaldığını; sadece %1,86'sının kendine ve çevreye zarar verme girişiminde bulunduğunu görmekteyiz. Konuşma şekli incelendiğinde ise hastaların %50'sinin ilgili konuşkan, %34,9'unun kısa cevap şeklinde; %10,37'sinin konuşmasının yavaş olduğu, %3,77'sinin hızlı konuştuğu ve yalnızca %0,94'ünün kekeleyerek konuştuğunu görmekteyiz.

Ailede bağımlılık grubunda yer alan hastalardan %24'ünün (6) ailesinde madde bağımlısı bulunurken; %76'sının (19) ailesinde ise alkol bağımlısı olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.2. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların alkol/madde kullanımına ilişkin özellikleri

Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların alkol/madde kullanımına ilişkin özellikleri	Alkol Bağımlısı (N=50)		Madde Bağımlısı (N=50)		Toplam (N=100)	
	N	%	N	%		
Alkol/madde kullanma ortamı						
Yalnız	22	44	26	52	48	100
Arkadaş çevresi	3	6	8	16	11	100
Her ikisi de	25	50	16	32	41	100
Başlama zamanı*						
Sabah	1	2	1	50	2	100
Öğlen	6	12	2	4	8	100
Akşam	10	20	2	4	12	100
Hepsi	33	66	45	90	78	100

Çizelge 4.2. (devam) Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların alkol/madde kullanımına ilişkin özellikleri

Başlama biçimi*						
Bir kere denemek	9	34,7	17	65,3	26	100
Merak	15	35,72	27	64,28	42	100
Arkadaş ortamında kabul görmek	16	32	16	32	32	100
Sorunlarla baş etmek	3	6	6	12	9	100
Sorunlardan kaçmak	1	2	3	6	4	100
Ağrı	-	-	1	2	1	100
İlgi çekme	3	6	2	4	5	100
Keyif almak	17	34	13	26	30	100
Öğrenmek	7	14	5	10	12	100
Diğer	1	2	-	-	1	100
Kullanma yolları*						
Arkadaş	2	4	20	40	22	100
Satıcı	15	30	45	90	60	100
Cafe ve barlar	11	22	4	8	15	100
Eczane hastane gibi kurum	1	2	1	2	2	100
Market	34	68	1	2	35	100
Ailede	1	2	-	-	1	100
Mahallede	2	4	-	-	2	100
İş yeri	1	2	1	2	2	100
Cezaevi	--	-	-	-	-	100
Alkol madde kullanımı sizi nasıl etkiledi						
Hayatımı mahvetti (Koru olumsuz etkiledi)	29	58	35	70	64	100
Maddi manevi hasara uğradım	10	20	5	10	15	100
Sağlığım bozuldu (Uyku düzenim psikolojim)	10	20	7	14	17	100
Etkilemedi	1	2	3	6	4	100
Alkol madde kullanımının aileye etkisi						
Var	45	90	46	92	91	100
Yok	5	10	4	8	9	100
Alkol madde kullanımım işe etkisi						
Var	39	78	43	86	82	100
Yok	11	22	7	14	18	100
Alkol madde kullanımının aileye etkisi açıklama						
Eşten ayrılma, kavga, kopma, tartışma	15	30	12	24	27	100
Üzülüyorlar olumsuz etkiledi	31	62	33	66	64	100
Maddi manevi zarar	4	8	5	10	9	100
Alkol madde kullanımının işe etkisi açıklama						
Çalışmıyorum	13	26	24	48	37	100
İşimden oldum	10	20	14	28	24	100
Olumsuz etkiledi	24	48	12	24	36	100
Emekli oldum	3	6	-	-	3	100

*Yüzdeyi cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların alkol/madde kullanımına ilişkin özellikleri bakımından incelendiğinde; alkol madde kullanma ortamı olarak alkol bağımlılarının %44'ü (22), madde bağımlılarında ise %52'si (26) yalnız başına kullanırken; arkadaş çevresi ortamında alkol bağımlılarının %6'sı (3), madde bağımlılarının %16'sı (8)

bulunmakla birlikte her iki ortamda da alkol madde kullanan bağımlılardan alkol bağımlısı grubunda %50 (25), madde bağımlısı hasta grubunda ise %32 (16) olarak tespit edilmiştir.

Alkol madde kullanmaya başlama zamanı verilerine bakarsak alkol bağımlılarından %2'si (1) sabah %12'si (6) öğlen %20'si (10) ise akşam başlamakla birlikte %66'sı (33) hepsi cevabini vermiştir. Madde bağımlılarında ise bu durum sabah %50 (1), öğlen %4 (2), akşam %4 (2) ve hepsi cevabi veren ise %90 (45) kişi olarak ortaya çıkmıştır.

Başlama biçimi özelliklerine bakarsak alkol bağımlılarında bir kere deneyerek %34,7'si (9); merak ederek başlayan %35,72'si (15), arkadaş ortamında kabul görmek için %32'si (16), sorunlarla baş etmek için %6'sı (3), sorunlardan kaçmak için %2'si (1), ilgi çekmek için kullanan %6'sı (3), keyif almak için %34'ü (17), öğrenmek için %14'ü (7), diğer cevabini verenler ise %2'sini (1) oluşturmaktadır.

Madde kullanımına başlama biçimi olarak ise en çok merak ederek %64,28'i (27), %65,3'ü (17) bir kere deneyerek, %32'si (16) arkadaş ortamında kabul görmek için, %12'si (6), sorunlarla baş etmek için, %6'sı (3) sorunlardan kaçmak için, %4'ü (2) ilgi çekmek için, %26'sı (13) keyif almak için ve %10'u (5) öğrenmek için başlamıştır. Kullanma yolları verilerini incelersek; Arkadaş yoluyla kullanma alkol bağımlısı grubunda %4'ü (2) madde bağımlısı grubunda %40'ı (20) yer almaktadır. Satıcı olarak ise alkol bağımlısı %30'u (15) ve madde bağımlısı %90 (45) olmak üzere toplamda 60 kişi ile en fazla bu yolla kullanım vardır. Kafe ve barlar vasıtasıyla kullanımlarda ise %22'si (11) alkol bağımlısı grubunda yer alırken, madde bağımlısı grubunda ise %8'i (4) yer almıştır. Eczane hastane gibi kurumlardan kullanımlarda ise her iki gruptan da sadece %2 (1) bulunmaktadır. Marketlerden kullanan ise alkol bağımlısı hastaların, %68'i (34) en fazla yer aldığı grup olup; madde bağımlısı hastaların sadece %2 (1) olduğu saptanmıştır.

Ailede kullanım durumuna bakarsak sadece alkol bağımlısı grubunun %2'sinde (1) ailede kullanan bulunmaktadır. Madde bağımlısı hastalardan bu grupta hiçbir hasta yer almamaktadır. Sadece %4 kadar (2) alkol bağımlısı mahallede kullanmakla birlikte; %2 (1) alkol bağımlısı ve %2 (1) madde bağımlısı hasta iş yerinde kullanmış, ceza evinde ise hiçbir hastanın alkol ya da madde kullanımı olmamıştır.

Alkol/madde kullanımının sizi nasıl etkiledi sorusuna bakarsak %58'i (29) alkol bağımlısı ve %70'i (35) madde bağımlısı hasta hayatının mahvolduğunu belirtmiş, alkol bağımlısı %20 (10) ve madde bağımlısı %10 (5) ise maddi ve manevi hasara uğradıklarını söylemişlerdir. Alkol bağımlısı %20 (10) ve madde bağımlısı %14 (7) ise sağlığının bozulduğunu (uyku düzeni ve psikolojik olarak) ifade etmiştir. Alkol bağımlısı %2 (1) ve madde bağımlısı %6 (3) ise bağımlılıkların hayatlarını etkilemediğini dile getirmişlerdir.

Alkol ve madde kullanımının aileye etkisi verilerine göre alkol bağımlılarının %90'ında (45) madde bağımlılarının %92'sinde (46) olmak üzere toplam 91 hastanın ailesini alkol/madde bağımlılığının etkilediği belirlenmiştir. Sadece alkol bağımlılarının %10'u (5) madde bağımlılarının %8'inin (4) ailesine etkisi olmamıştır.

Alkol madde kullanımının aileye etkisi açıklama durumu incelendiği zaman alkol bağımlısı hastalardan %30'u (15), madde bağımlısı hastalardan ise %24'ü (12) eşinden ayrılma, kopma, tartışma gibi durumlarla karşı karşıya olduğunu belirtmiştir.

Ailesinin üzüldüğünü ve olumsuz etkilendiğini belirten alkol bağımlılarının %62'si (31) bulunurken madde bağımlısı hastalardan ise %66'sı (33) bu durumu ifade etmiştir. Maddi ve manevi zarar gördüğünü belirten %8 (4) alkol bağımlısı hasta bu durumda iken %10 (5) madde bağımlısı hasta bu grupta bulunmaktadır. Toplamda 64 hastanın ailesi olumsuz etkilenirken, 27 hasta da eşinden ayrılma, kopma tartışma gibi durumlara maruz kalmıştır.

Alkol madde kullanımının ise etkisi açıklama durumuna bakıldığında %26 (13) alkol ve %48 (24) madde olmak üzere toplamda 37 hasta çalışmadığını belirtmiştir.

Alkol bağımlılarının %20'si (10) ile madde bağımlılarının %28'i (14) ise işini kaybettiğini söylemiştir. Sadece alkol bağımlısı %6 (3) hasta bu durumdan dolayı emekli olduğunu ifade etmiştir. Toplamda %74'ünün (37) çalışmadığı ve %48'inin (24) işinden olduğunu dikkate alırsak genel olarak 61 hastanın işsizlikle karşı karşıya olduğunu görmekteyiz.

Çizelge 4.3. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların tedaviye ilişkin özellikleri

Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların tedaviye ilişkin özellikleri*	Alkol Bağımlısı (N=50)		Madde Bağımlısı (N=50)		Toplam (N=100)	
	N	%	N	%	N	%
Tedaviye gelme nedeni fiziksel hasari iyileştirme						
Var	9	18	5	10	14	100
Yok	41	82	45	90	86	100
Tedaviye gelme nedeni tedavisiz bırakmanın tehlikeli olduğunu düşünmek						
Var	17	34	22	44	39	100
Yok	33	66	28	56	61	100
Tedaviye gelme nedeni tedavisiz bırakamayacağını düşünmek						
Var	37	74	34	68	71	100
Yok	13	26	16	32	29	100
Tedaviye gelme nedeni tedaviye zorla gelme/getirilme						
Var	-	-	3	6	3	100
Yok	50	100	47	94	97	100
Tedaviye gelme nedeni aldığı maddeyi azaltmak						
Var	1	2	1	2	2	100
Yok	49	98	49	98	98	100
Tedaviye gelme diğer nedenler						
Var	1	2	2	4	3	100
Yok	49	98	48	96	97	100
Tedaviden beklentileri bir daha içmemek						
Var	47	94	48	96	95	100
Yok	3	6	2	4	5	100
Tedaviden beklentileri kontrollü içmeyi öğrenmek						
Var	2	4	-	-	2	100
Yok	48	96	50	100	98	100
Tedaviden beklentileri fiziksel sorunları iyileştirmek						
Var	2	4	1	2	3	100
Yok	48	96	49	98	97	100
Tedaviden beklentileri psikolojik sorunları iyileştirmek						
Var	11	22	12	24	23	100
Yok	39	78	38	76	77	100
Tedaviden beklentileri sosyal ilişkileri düzenlemek						
Var	10	20	15	30	25	100
Yok	40	80	35	70	75	100
Tedaviden beklentileri diğer						
Var	1	2	2	4	3	100
Yok	49	98	48	96	97	100

*Yüzdeyi cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların tedaviye ilişkin özelliklerin dağılımı incelendiği zaman Tedaviye gelme nedeni; fiziksel hasari iyileştirme, olan hastaların %18'inin (9) alkol bağımlısı %10'unun (5) madde bağımlısı olduğu belirlenmiştir. Tedaviye gelme nedeni; tedavisiz bırakmanın tehlikeli olduğunu düşünmek, olan hastaların %34'ü (17) alkol bağımlısı iken %44'ü (22) madde bağımlısı grubunda bulunmaktadır. Tedaviye gelme nedeni; tedavisiz bırakamayacağını düşünmek, olan hastalardan %74'ü (37) alkol bağımlısı iken %68'i (34) madde bağımlısı grubunda bulunmaktadır. Tedaviye gelme

nedeni; tedaviye zorla gelme/getirilme olan hastaların sadece %6'sı (3) madde bağımlısı iken alkol bağımlısı hiçbir hasta tedaviye gelme nedeni zorla olmamış tamamı kendi isteğiyle gelmiş bulunmaktadır. Alkol bağımlısı hastalar madde bağımlısı hastalara göre daha tedaviye yatkın oldukları anlaşılmaktadır. Tedaviye gelme nedeni aldığı maddeyi azaltmak olan hastalardan her iki gruptan da sadece %2'si 1'er kişi olmak üzere toplam 2 kişi gelmiştir. Tedaviye gelme nedeni; diğer olan hastalardan alkol bağımlısı grubunda bulunan sadece %2'si (1) madde bağımlısı grubunda bulunan ise yalnızca %4'ü (2) diğer farklı sebeplerden dolayı tedaviye gelmiş bulunmaktadır.

Tedaviden beklentileri bir daha içmemek olan hastaların %94'ü (47) alkol bağımlısı %96'sı (48) ise madde bağımlısı grubunda yer almakta olup, toplamda %95'i hastaların tedavi olarak alkol/madde bağımlılığını terk edebileceklerine inanarak bu alışkanlıklarını ciddi anlamda bırakmak istemektedirler. Tedaviden beklentileri kontrollü içmeyi öğrenmek olan hastalardan sadece alkol bağımlısı grubundan %4'ü (2) düşünmekle birlikte madde bağımlısı hiçbir hasta böyle bir düşünceye sahip değildir. Diğer 98 hastanın bu gibi bir durumdan beklentisi olmadığı görülmektedir. Tedaviden beklentileri fiziksel sorunları iyileştirmek olan alkol bağımlısı hasta sadece %4 (2), madde bağımlısı hasta ise sadece %2 (1) dir. Tedaviden beklentileri psikolojik sorunları iyileştirmek için gelen alkol bağımlısı hastalardan %22'si (11), madde bağımlısı hastalardan ise %24'ü (12) bulunmaktadır. Tedaviden beklentileri sosyal ilişkileri düzenlemek olan hastalardan alkol bağımlılarının %20'si (10), madde bağımlılarının %30'u (15) bulunmaktadır. Diğer 75 hastanın böyle bir fikre sahip olmadıkları belirlenmiştir. Tedaviden beklentileri diğer farklı beklentileri olan alkol bağımlılarının sadece %2'si (1) madde bağımlılarından ise yalnızca %4'ü (2) bulunmaktadır.

Çizelge 4.4. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların alkol madde kullanımına ilişkin şiddet davranış özellikleri

Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların alkol madde kullanımına ilişkin şiddet davranış özellikleri*	Alkol Bağımlısı (N=50)		Madde Bağımlısı (N=50)		Toplam (N=100)	
	N	%	N	%	N	%
Şiddet Uygulama Durumu						
Var	13	26	13	26	26	100
Yok	37	74	37	74	74	100
Alkol madde etkisindeyken şiddet görme						
Var	11	22	6	12	17	100
Yok	39	68	44	88	83	100

Çizelge 4.4. (devam) Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların alkol madde kullanımına ilişkin şiddet davranış özellikleri

Şiddet uygulama sözel						
Var	36	72	33	66	69	100
Yok	14	28	17	34	31	100
Şiddet uygulama duygusal						
Var	33	66	34	68	67	100
Yok	17	34	16	32	33	100
Şiddet uygulama fiziksel						
Var	24	48	23	46	47	100
Yok	26	52	27	54	53	100
Şiddet uygulama hayır						
Var	13	26	13	26	26	100
Yok	37	74	37	74	74	100

*Yüzdeyi cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Alkol/madde bağımlısı erkek hastaların alkol madde kullanımına ilişkin riskli davranışlarının dağılımı incelenirse; hem alkol hem de madde bağımlısı hastaların %26'sında (13) şiddet uygulama durumuna rastlanmıştır. Alkol/madde etkisindeyken şiddet gören hastaların %22'si (11) alkol bağımlısı iken, %12'si (6) madde bağımlısı hasta grubunda bulunmaktadır. Toplamda 17 kişi şiddet görmeye maruz kalmış olup diğer 83 hastada böyle bir belirtiyeye rastlanmamıştır. Şiddet uygulama sözel grubu hastaların %72'si (36) alkol bağımlısı iken %66'sında (33) madde bağımlısı olduğu tespit edilmiştir. Alkol/madde bağımlısı hastaların % 69'unun sözel şiddet uyguladığı görülmektedir. Şiddet uygulama duygusal grubu hastalarda alkol bağımlılarının %66'sı (33) madde bağımlılarının %68'i (34) duygusal şiddet uyguladığı tespit edilmiştir. Şiddet uygulama fiziksel grubu hastalardan alkol bağımlılarının %48'i (24) madde bağımlılarından %46'sı (23) fiziksel şiddet uygulamaktadır. Toplamda da 47 kişinin fiziksel şiddete başvurduğu görülmektedir. Şiddet uygulama hayır grubu hastalardan hem alkol hem de madde bağımlısı hastaların 13 er kişi de şiddet uygulamadığı belirlenmiştir. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların alkol/madde kullanımına ilişkin riskli davranışlarından yasalarla sorun yaşama durumu göz önüne alındığı zaman alkol bağımlılarının %28'inin (14); madde bağımlılarının %38'inin (19) toplam 33 kişinin yasalarla sorun yaşamakta olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.5. Alkol ve madde bağımlıları arasında ölçek gruplarının karşılaştırılması

BDÖ	Alkol Bağımlılığı (N=50)		Madde Bağımlılığı (N=50)		Toplam (N=100)		$X^2=0,644$ $p=0,42$
	N	%	N	%	N	%	
Var	25	25,0	29	29,0	54	54,0	
Yok	25	25,0	21	21,0	46	46,0	
Toplam	50	50,0	50	50,0	100	100,0	
ZDÖ							
Var	35	35,0	43	43,0	78	78,0	$X^2=3,730$
Yok	15	15,0	7	7,0	22	22,0	$p=0,05$
Toplam	50	50,0	50	50,0	100	100,0	
Durumluluk Kaygı							
Hafif	4	21,1	15	78,9	19	100,0	$X^2=7,860$
Orta	46	56,8	35	43,2	81	100,0	$p=0,05$
Toplam	50	50,0	50	50,0	100	100,0	
Sürekli Kaygı							
Hafif	1	12,5	7	87,5	8	100,0	$X^2=5,890$
Orta	44	51,8	41	48,2	85	100,0	$p=0,05$
Ağır (Şiddetli)	5	71,4	2	28,6	7	100,0	
Toplam	50	50,0	50	50,0	100	100,0	

*0,05 anlamlılık seviyesinde önemlidir.

Tanı grupları olan madde bağımlılığı ile alkol bağımlılığı BDÖ , ZDÖ, durumluluk kaygı, süreklilik kaygı ölçekleri ile ki-kare analizi yardımıyla karşılaştırılmıştır. Çizelge 4.5 yorumlandığında BDÖ ile tanı arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Ancak ZDÖ ile alkol veya madde bağımlılığı tanısı arasında istatistiksel olarak sınır düzeyinde anlamlı bir ilişki vardır ($p:0,05\leq 0,05$). ZDÖ'ne göre araştırmaya katılanların alkol bağımlılığı tanısıyla %35'inin, madde bağımlılığı tanısıyla %43'ünde depresyon tespit edilmiştir. Çizelge 4.5.'e göre Durumluluk kaygı ile tanı arasında sınır düzeyinde anlamlı bir ilişkinin olduğu gözlemlenmiştir ($p=0,05$). Alkol bağımlılarının %56,8'inde orta düzey kaygı saptanmışken madde bağımlılarının %78,9'unda hafif düzeyde kaygı saptanmıştır. Sürekli Kaygı ile tanı arasındaki ilişki incelendiğinde madde bağımlılarında %87,5'inde hafif düzeyde kaygı saptanırken, alkol bağımlılarının %51,8'inde orta düzeyde %71,4'ünde şiddetli düzeyde kaygı saptanmıştır. Sürekli Kaygı ile tanı arasında istatistik açıdan sınır düzeyinde anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,05$).

Alkol ve madde bağımlılığı tanısına göre; Hastalık Tipi, Hastalık Görüşü Süre; Hastalık Görüşü Sonuç, Hastalık Görüşü Kişisel Kontrol, Hastalık Görüşü Tedavi Kontrol, Hastalık

Görüşü Hastalık Anlayabilme, Hastalık Görüşü Süre Döngüsel, Hastalık Görüşü Duygusal Temsiller ve Hastalık Nedeni; Psikolojik Atıflar, Risk Etkenleri, Bağışıklık, Kaza ve Şans değerleri incelenmiştir.

Çizelge 4.6. Hastalık Tipi: Erkek alkol ve madde bağımlılarının yaşadıkları hastalık belirtileri ve bu hastalıkla ilişkilendirme tablosu

Belirtiler	ALKOL BAĞIMLILIĞI				MADDE BAĞIMLILIĞI			
	Hastalığın Başlangıcından Beri Bu Belirtiyi Yaşadım		Bu Belirti Hastalığımla İlgili		Hastalığın Başlangıcından Beri Bu Belirtiyi Yaşadım		Bu Belirti Hastalığımla İlgili	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ağrı	33	67,3	35	74,5	10	22,7	11	23,9
Boğazda Yanma	38	77,6	38	80,9	26	59,1	25	54,3
Bulantı	37	75,5	36	76,6	19	43,2	18	39,1
Soluk Almada Güçlük	29	59,2	31	66,0	22	50,0	25	54,3
Kilo Kaybı	38	77,6	40	85,1	14	31,8	15	32,6
Yorgunluk	11	22,4	14	29,8	7	15,9	10	21,7
Eklem Sertliği	36	73,5	37	78,7	18	40,9	23	50,0
Gözlerde Yanma	27	55,1	32	68,1	21	47,7	26	56,5
Hırıltılı Soluma	32	65,3	34	72,3	16	36,4	19	41,3
Baş Ağrıları	26	53,1	26	55,3	15	34,1	17	37,0
Mide Yakınmaları	31	63,3	33	70,2	18	40,9	19	41,3
Uyku Güçlükleri	11	22,4	15	31,9	9	20,5	11	23,9
Sersemlik	21	42,9	22	46,8	8	18,2	9	19,6
Güç Kaybı	16	32,7	17	36,2	7	15,9	9	19,6

Alkol bağımlılarının hastalığın başlangıcından beri yaşadığı en sık belirtiler; Kilo Kaybı (%77,6), Boğazda Yanma (%77,6) ve Bulantı (%75,5) olduğu tespit edilmiştir.

Alkol bağımlılarının belirtilerini bu hastalıkla ilişkilendirenlerin en sık yaşadığını belirtiler; Kilo Kaybı (%85,1), Boğazda Yanma (%80,9), Bulantı (%74,5) ve Ağrı (%74,5) olduğu tespit edilmiştir.

Madde bağımlılarının hastalığın başlangıcından beri yaşadığı en sık belirtiler; Boğazda Yanma (%59,1) ve Soluk Almada Güçlük (%50,0) olduğu tespit edilmiştir.

Madde bağımlılarının belirtilerini bu hastalıkla ilişkilendirenlerin en sık yaşadığını belirtiler; Gözlerde yanma (%56,5), Boğazda Yanma (%54,3) ve Soluk Almada Güçlük (%54,3) olduğu tespit edilmiştir.

Alkol bağımlılarının madde bağımlılarına göre bu belirtileri daha sık yaşadığı tespit edilmiştir.

Çizelge 4.7. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların Hastalık Görüşüne göre puan ortalamaları

Tanı Grubu	N	Hastalık Tipi (Kimlik) $(\bar{x} \pm sd)$	HASTALIK GÖRÜŞÜ						
			Süre(Akut/ Kronik) $(\bar{x} \pm sd)$	Sonuçlar $(\bar{x} \pm sd)$	Kişisel Kontrol $(\bar{x} \pm sd)$	Tedavi Kontrolü $(\bar{x} \pm sd)$	Hastalığı Anlayabilme $(\bar{x} \pm sd)$	Süre (Döngüsel) $(\bar{x} \pm sd)$	Duygusal Temsiller $(\bar{x} \pm sd)$
Alkol									
Bağımlılığı	50	22,40±4,04	3,21±0,65	3,52±0,89	3,25±0,64	3,14±0,58	2,70±0,94	3,34±0,83	3,48±0,88
Madde									
Bağımlılığı	50	18,74±4,24	3,22±0,72	3,54±0,81	3,34±0,64	3,25±0,67	2,65±1,02	3,41±0,79	3,48±0,92
Test İstatistiği		Z=-4,119	Z=-0,038	Z=-0,156	Z=-0,402	Z=-1,384	t=0,229	Z=-0,239	Z=-0,162
Olasılık		p=0,000	p=0,970	0,876	p=0,688	p=0,166	p=0,819	p=0,811	p=0,871

Çizelge 4.8. Alkol ve madde bağımlısı erkek hastaların Hastalık Nedenine göre puan ortalamaları

Tanı Grubu	N	HASTALIK NEDENİ			
		Psikolojik Atıflar $(\bar{x} \pm sd)$	Risk Etkenleri $(\bar{x} \pm sd)$	Bağışıklık $(\bar{x} \pm sd)$	Kaza Veya Şans $(\bar{x} \pm sd)$
Alkol					
Bağımlılığı	50	3,20±0,96	2,58±0,76	2,11±0,96	2,12±1,08
Madde					
Bağımlılığı	50	3,25±0,84	2,75±0,75	2,56±0,89	2,65±1,00
Test		Z=-0,145	t=-1,097	Z=-2,729	Z=2,687
		p=0,885	p=0,275	p=0,006	p=0,007

Alkol bağımlısı olan bireylerin hastalık algısı puan ortalamaları incelendiğinde “hastalık tipi” boyutu puan ortalaması $22,40 \pm 4,04$, Hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu “Süre (Akut/Kronik)” puan ortalaması $3,21 \pm 0,65$, “Sonuçlar” puan ortalaması $3,25 \pm 0,64$, “Kişisel Kontrol” puan ortalaması $3,14 \pm 0,58$, “Tedavi Kontrolü” puan ortalaması $3,14 \pm 0,58$, “Hastalığı Anlayabilme” puan ortalaması $2,70 \pm 0,94$, “Süre (Döngüsel)” puan ortalaması $3,34 \pm 0,83$ ve “Duygusal Temsiller” puan ortalaması $3,48 \pm 0,88$ ’dir.

Madde bağımlısı olan bireylerin hastalık algısı puan ortalamaları incelendiğinde “hastalık tipi” boyutu puan ortalaması $18,74 \pm 4,24$, Hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu “Süre (Akut/Kronik)” puan ortalaması $3,22 \pm 0,72$, “Sonuçlar” puan ortalaması $3,54 \pm 0,81$, “Kişisel Kontrol” puan ortalaması $3,34 \pm 0,64$, “Tedavi Kontrolü” puan ortalaması $3,25 \pm 0,67$, “Hastalığı Anlayabilme” puan ortalaması $2,65 \pm 1,02$, “Süre (Döngüsel)” puan ortalaması $3,41 \pm 0,79$, “Duygusal Temsiller” puan ortalaması $3,48 \pm 0,92$ ’dir.

Alkol ve madde bağımlılığı tanısına göre, verilerin normal dağılıma uygunluğu açısından incelendiğinde hastalık görüşüne ait hastalığı anlayabilme ve hastalık nedenine ait risk etkenlerinin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiş olup bu değişkenler için iki bağımsız değişken parametrik testi uygulanmıştır. Diğer bütün değişkenlerin normal dağılıma sahip olmadığı tespit edilmiş olup bu değişkenler için iki bağımsız değişken parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır.

Hastalık Tipi (Kimlik) değişkeni dışındaki bütün değişkenler ile tanı grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$).

Alkol ve madde bağımlılarının, Hastalık Tipi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($Z = -4,119$; $p = 0,000$). Bununla birlikte alkol bağımlılarının madde bağımlılarına göre Hastalık Tipi ortalama puanı daha yüksektir.

Alkol ve madde bağımlılarının hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu olan süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller puan ortalamaları açısından tanıya göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Alkol bağımlısı bireylerin hastalık nedeni alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde “Psikolojik Atıflar” puan ortalaması $3,20 \pm 0,96$, “Risk Etkeni” puan ortalaması $2,58 \pm 0,76$, “Bağışıklık” puan ortalaması $2,56 \pm 0,89$, “Kaza ve Şans” puan ortalaması $2,12 \pm 1,08$ ’dir.

Madde bağımlısı olan bireylerin hastalık nedeni alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde “Psikolojik Atıflar” puan ortalaması $3,25 \pm 0,84$, “Risk Etkeni” puan ortalaması $2,75 \pm 0,75$, “Bağışıklık” puan ortalaması $2,11 \pm 0,96$, “Kaza ve Şans” puan ortalaması $2,65 \pm 1,00$ ’dir.

Hastalık nedenlerinden Psikolojik Atıflar ve Risk Etkenleri ile tanı grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$).

Alkol ve madde bağımlılarının, Hastalık nedenlerinden bağışıklık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($Z = -2,729$; $p = 0,000$). Buna göre madde bağımlılığının bağışıklık alt boyutundan aldığı ortalama puanlar açısından, alkol bağımlılarına göre daha yüksektir.

Hastalık nedenlerinden kaza veya şans puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($Z = -2,687$; $p = 0,007$). Buna göre madde bağımlılığının kaza veya şans alt boyutundan aldığı ortalama puanlar açısından, alkol bağımlılarına göre daha yüksektir.

5. TARTIŞMA

Alkol ve madde kullanımı ve bağımlılığı üzerine literatür de birçok çalışma mevcuttur. Bugüne kadar yayınlanmış çalışmaların büyük bir kısmı alkol veya madde bağımlılarını ya da her ikisini birden toplumla karşılaştırarak yapılmıştır. Alkol ve madde bağımlılarını birbirleriyle karşılaştıran çalışmalar sınırlı sayıdadır. Alkol ve madde bağımlılığı bağımlılığın çeşitleri olsa da farklı özellikleri mevcut olan ve biyopsikososyal yaklaşım gerektiren bireyin yanında toplumu ve aileyi yakından etkileyen hastalıklardır. Bizim bu çalışmada amacımız alkol ve madde bağımlılarının toplumdan ve birbirlerinden ayrılan özelliklerini belirleyerek, kaygı depresyon ve hastalık algısı yönünden farklılıkları saptayarak koruyucu psikiyatrik yaklaşımlara ve tedavi sürecine katkıda bulunmaktır. Araştırmamızdan elde edilen bulgular çalışma ile ilgili literatürler ışığında tartışılmıştır (Yalçiner Şahin, 2012).

Bununla birlikte bağımlılığın biyolojik boyutu ile ilgili çok sayıda çalışma yapılırken psikososyal boyutu ile ilgili yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu söylenebilir. Bu kısıtlılık içinde işleyen bir süreç, bağımlılık sürecine geçici ve palyatif çözümler üretmekten öteye gidememektedir (Sevin ve Erbay, 2008).

1997 yılında Türkiye Ruh Sağlığı Profili projesi kapsamında yapılan çalışmada 18 yaş ve üzerindeki kişilerde alkol bağımlılığı prevalansı erkeklerde % 1,7, kadınlarda % 0,1 (ortalama 0,8) olarak bulunmuştur (Erol ve diğerleri,1998).

Bununla uyumlu olarak kliniğimizde yatarak tedavi gören hastaların büyük çoğunluğu erkek hastalardan oluştuğundan, kadın hastalar araştırma dışı bırakılmıştır.

Sosyodemografik özellikler incelendiğinde;

Hastaneye başvuru yaşını değerlendiren ve alkol kullananların yaş ortalamasının madde kullananlara göre yüksek olduğunu belirten çalışmalar oldukça fazladır. Alkol kullanımının sosyal olarak kabul görmesi ve bağımlılığının gelişimi genellikle alkol kullanımının başlamasından sonraki 10-15 yıl içinde olmakta ve sıklıkla alkol bağımlılığına 30 yaş ve üzerinde rastlanmaktadır (Eren ve Çakmak, 2001).

Çalışmamızda grupların yaş gruplarına bakılacak olursa madde bağımlısı grubunun alkol bağımlısı grubuna göre daha genç olduğu tespit edilmiş ve bulgular yurtdışı ve ülkemizde yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (Arıkan ve diğerleri, 1996; Ögel ve Tamar, 1996; Beyazyürek ve diğerleri, 1990).

Alkol bağımlısı ve madde bağımlısı olanlar arasında medeni durum farklılık göstermektedir. Bağımlılar üzerinde yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızla da paralel olarak alkol bağımlıların da madde bağımlılarına göre evlilik oranı yüksek bulunmuştur (Saatçioğlu ve diğerleri,1998; Evren ve Çakmak, 2001).

Çalışmamızda grupların eğitim durumlarına göre dağılımı gözden geçirildiğinde ise alkol bağımlısı grubun madde bağımlısı gruba göre daha eğitilmiş olduğu maddenin eğitim düzeyinde başlayarak eğitimi aksattığı, fakat bu iki grup arasında belirgin bir farklılık gözlenmediği görülmüştür. (Türkcan, 1990; Tuncer ve diğerleri, 1987: 184, 187; Beyazyürek ve diğerleri, 1990). 2013 yılında tedavi gören hastaların eğitim durumları incelendiğinde; %1,8'inin (132) hiç okula gitmemiş, %25,7'sinin (1870) 1-5 yıl eğitim aldığı, % 43'ünün (3126) 6-8 yıl eğitim aldığı, %25'inin (1817) 9-12 yıl eğitim aldığı, %4,4'ünün (320) yüksekokul mezunu olduğu görülmektedir (TUBİM, 2014).

Çalışmalarda, madde bağımlıları arasında işsizlik oranının %12-38 arasında olduğu bildirilmiştir. Madde bağımlıları arasında işsiz olma ve çalışmıyor olma ya da hiç çalışmamış olma oranlarının alkol bağımlılarına göre yüksek olduğu vurgulanmıştır (Doğanavşargil ve diğerleri, 2004; AMATEM VE HIV, 1996).

Araştırmamızda grupların çalışma durumları gözden geçirildiğinde işsizliğin madde grubunda alkol gurubuna göre daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Bunun nedeni ise madde bağımlısı grubunun yaş ortalanmasının düşük olmasıyla birlikte çalışma oranları düşmüş olabilir. Bu sonuçlar yurtdışındaki ve ülkemizdeki çalışmalarla uyumludur (Bulut, 2006; Johnson ve diğerleri, 1999; Arıkan ve diğerleri, 1996).

Madde bağımlılığı, iş kaybına ve sosyal problemlere neden olabilen, ekonomik açıdan külfetli bir hastalıktır (Doğanavşargil ve diğerleri, 2004).

Çalışmamızda gelir durumlarına baktığımızda alkol bağımlılarında gelir durumu yüksekken madde bağımlılarında düşük saptanmıştır.

Düşük sosyo-ekonomik düzey, psiko-sosyal stres yaratarak bireyleri çok yönlü olarak etkilemekte veya depresyonu şiddetlendirebilmektedir (Arıkan ve diğerleri, 1999; Karakoyunlu, 2007).

Bağımlılıkta, ailede alkol veya madde kullanan birinin oluşu, çocuklukta davranış problemleri, yapısal özellikler, depresyon, stresli yaşam olayları, aile çatışmaları, akran grubu etkisi ve kültürel faktörleri risk faktörü olarak sıralandığı çalışmalar mevcuttur (Windle, 1994; Vaillant, 1996).

Ergenlerde madde bağımlılığı aile yapısıyla da yakından ilişkilidir. Aile içi çatışmalar, sorunlar, aile bağlarının zayıf oluşu ve aile içinde sosyal desteğin yeterince olmaması madde kullanımı için önemli risk faktörlerindedir (Ercan ve Alikashifoğlu, 2002).

İnsanlar psikoaktif madde kullanmaya birçok neden yüzünden başlar. Bunlar merak, sıkıntılı duyguları giderme arzusu veya işlevselliği arttırmak için olabilir. Bizim çalışmamızda da alkol ve madde bağımlılarında alkole başlama biçimi olarak alkol bağımlılarında öncelikli en sık neden %35,72 ile bir kere denemek, %34,7 ile merak; Madde bağımlılarında başlama nedeni olarak ise %65,3 bir kere denemek, %64,28 ile ise merak çıkmıştır. Gençlerin aile, yakın çevre ve arkadaş çevrelerinin madde kullanımında büyük etkisinin olmasının yanı sıra gençlik çağının kendine özgü özellikleri göz ardı edilmemelidir (Mazur ve diğerleri, 2003; Demirsoy, 1996).

Bağımlılığın işi ve aileyi etkileme durumuna bakacak olursak ise alkol bağımlılarında işi ve aileyi etkilerken, madde bağımlılarında grubun ergen yaşta olan madde bağımlılarından oluşması nedeniyle çoğunlukla iş yaşamı olmadığından çalışmamızda işi etkilemediği düşünülmüştür. Aileyi etkileme durumunda ise bir farklılık gözlenmemiştir. Literatürde bağımlılıkla ilgili çalışmalarda bağımlıların ve yakınlarının bu hastalığa yönelik tutumlarını değerlendiren çalışmalara rastlayamadık. Bu nedenle de elde ettiğimiz verileri karşılaştırma olanağı bulamadık. Ancak elde edilen bu sonuçlar toplumsal değerlerin bir göstergesi olabilir. Alkol ve madde kullanımını etkileyen faktörlerle ilgili Türkiye’de yapılan çalışmalar çok sınırlıdır. Madde kullanmaya başlama ve bağımlılık gelişmesi farklı

disiplinler tarafından incelenmiş ve olayın toplumsal, ruhsal, fizyolojik ve kültürel boyutları belirlenmeye çalışılmıştır. Madde kullanımı, genellikle ergenlik döneminde başlanmakta olup psikolojik, sosyal ve kültürel etkiler önemli rol oynamaktadır (Herken ve diğerleri, 2000; Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, 2007).

Ailede bireylerin tutum ve davranışları ergenlik döneminde madde kullanımı için büyük risk oluşturabilmektedir. Olumsuz tutum ve davranışlara örnek olarak aile içerisinde alkol/madde kullanımının olması ve madde kullanımı ile ilgili ailenin toleransının fazla olması sayılabilir (Alikashifoğlu, 2005: 73-83).

Çalışmamızda risk etmenleri olarak kullanma yollarından madde bağımlılarında ilk sırada satıcı daha sonra arkadaş yer alırken alkol bağımlılarında ise marketler saptanmıştır. Başlama ortamında ise alkol bağımlılarında aileden öğrenme ilk sırada yer alırken okul dışı arkadaşlardan öğrenmede önemli ölçüde etkilemiştir. Madde bağımlılarında ise okul dışı arkadaşlardan öğrenme ilk sırayı almıştır. Literatürde kişiyi alkol ve madde kullanımına iten pek çok etkenden bahsedilmektedir. Bu etkenler arasında aile yapısının, aile içi ilişkilerin, çocuğun toplumsallaşması sürecinin, ailenin sosyoekonomik durumunun, kişinin çevresinde madde kullananların varlığının, maddenin elde edilebilme imkânının dışında, merak, teşvik ve yeni zevkleri tatma isteği sayılabilir ayrıca özellikle aile içinde bu tür maddelerin kullanılması kendilerini örnek alan gençlerin bu maddelere yönelimlerini arttırarak gençlerin içinde bulunduğu sosyal çevrenin, evdeki ve yakın çevredeki içicilerin madde kullanımına teşvik ettiği saptanmıştır (Tanrıkulu ve diğerleri, 2009; Akfert ve diğerleri, 2009; Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, 2007).

Yine yakın akrabalarında, uyuşturucu madde kullanımı olan ailelerin çocuklarında daha fazla oranda uyuşturucu madde kullanma riskinin olduğu belirlenmiştir (Durmaz, 1995).

Gençlik çağı, gençlerin yaşadıkları toplum ve ortamdaki, özdeşim örneklerinden, sosyokültürel değer yargılarından en çok etkilendiği, öğrenmede model almanın önemli rol oynadığı bir dönemdir. Bu süreçte genç olumlu-olumsuz tüm tutum ve davranışlardan etkilenmektedir (Herken ve diğerleri, 2000).

Bu dönemde madde kullanımına başlanmasında, aile bireyleri ve yakın arkadaş çevresi etkisinin önemli olduğunu bildirerek çalışmamızı desteklemektedir. Farklı metodolojik

çalışmalar göstermiştir ki; genç toplumda aile madde kullanımının önlenmesinde ve riski azaltmada anahtar rolü oynamaktadır (Tanrikulu ve diğerleri, 2009; Akfert ve diğerleri, 2009; Buller ve diğerleri 2003; Piko ve diğerleri, 2005; Velleman ve diğerleri, 2005).

2002 yılında 19-25 yaş arası, 294 kişinin katılımıyla genç ergenlerde akranların madde kullanımına etkisinin araştırıldığı bir çalışmada sigara, alkol, madde kullanımında yakın arkadaş gruplarının çok benzer özellikte kullanım alışkanlıkları olduğu bulunmuştur (Andrews ve diğerleri, 2002).

Çalışmamızda da alkol ve madde bağımlısı hastaların tedaviye ilişkin özelliklerine baktığımızda ise alkol bağımlısı ve madde bağımlısı hastalarımız tedavisiz bırakamayacaklarını düşünerek tedaviye kendi istekleriyle gelmişlerdir. Alkol ve madde bağımlısı grubumuzun tedaviden beklentileri ise her iki grupta da bir daha içmemek şeklinde olmuştur.

Hastaların kaç kez tedavi gördüğü ve bırakma girişimleri gözden geçirildiğinde de hem alkol hem madde gruplarında da tedavi görme sayılarının oldukça yüksek oluşu bize alkol ve madde bağımlılığının tedavisinden ziyade önlenmesi yönündeki çalışmaların önemine işaret etmektedir (Majur ve diğerleri, 2003: 75-78).

Çalışmamızda alkol ve madde bağımlılarında şiddet uygulama durumu bulunmazken bunu kategorize ettiğimizde sözel ve duygusal şiddet uygulama alkol ve madde bağımlılarında yüksek çıkarken fiziksel şiddet uygulama durumu daha düşük çıkmıştır.

Ailede alkol veya madde kullanan bireylerin varlığının aile içi şiddet eğilimini artırdığı çalışmalarla gösterilmiştir (Kamen ve diğerleri, 1983).

Şiddete maruz kalma ile sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımının birlikte görülme olasılığı önemli bulunmuştur. Madde kullanımı şiddet için bir neden olabilecek iken tersi de geçerli olabilmektedir (Turhana ve diğerleri, 2011).

Madde kullanımı nedeniyle, alkol kullananların sağlık sorunları, madde kullananların ise sosyal sorunları daha yoğun yaşadığı saptanmıştır (Evren ve Çakmak, 2001).

Alkol ve madde kullanımı, yaşamsal tüm alanları etkilediği için bu sorunlar dikkatlice ele alınmalıdır. Bağımlılık popülasyonunda her bir alandaki sorunun bir diğerini de etkileyebileceği unutulmamalıdır (Saatçioğlu ve ark, 2003).

Çalışmamızda madde bağımlılarında ve alkol bağımlılarında yasal sorun yaşama durumu daha fazla olmakla birlikte alkol bağımlılarında sosyal yönden ve sağlık yönünden etkilenme oldukça yüksek bulunmuştur. Literatürde alkol kullanımı sosyal olarak desteklenirken, madde kullanımı yasa dışı olmasıyla birlikte özellikle madde bağımlılığında maddi imkânsızlıklar nedeniyle, bağımlı olunan maddeyi temin edebilmek için gasp, hırsızlık, fuhuş gibi yasal olmayan yollara başvurulduğu bildirilmiştir (Saygılı ve diğerleri, 1991; Özden, 2004; Modestin ve Rigoni, 2000; Sinha ve Easton, 1999).

Gelişen stres verici olaylar kişinin ruhsal dengesini bozarak dayanıklılığını azaltmakta ve kişiyi madde ve alkol kullanımına daha yatkın hale getirmektedir (Eskin ve diğerleri, 2006).

Alkol veya madde kaynaklı depresyon ve bağımsız majör depresyon, öyle görünmektedir ki; iki ayrı psikiyatrik olgudur ve her ne kadar birçok alkol kullanımında madde kaynaklı depresyon mevcut olsa da, doğru metodolojik kontrollere tabi tutulduğunda bağımsız unipolar depresyon ve alkol bağımlılığı arasında belirgin bir ilişki görülmemektedir (Kessler ve diğerleri, 1996; Raimo ve Schuckit, 1993).

Alkol bağımlısı kişilerin nerede ise tümü üzüntü durumu belirtmişlerse de, yalnızca %30 ile %40 arası bir kesim tam anlamıyla madde kaynaklı ya da bağımsız majör depresif belirtiler göstermiştir (Bucholz, 1999). Klinik çalışmalarda da alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde depresyon görülme sıklığı % 30-60 olarak verilmektedir (Arıkan ve diğerleri, 1999).

Madde bağımlılığı ise bireyde birçok tıbbi sorunların oluşmasına neden olabildiği gibi, aile, iş, sosyal ve ekonomik alanlarda zorlanmalara ve depresyona neden olabilmektedir. Madde bağımlılığına bağlı depresyonun erken yaşta madde kullanımıyla da ilişkili olduğu gözlenmiştir (Torrens ve Martin, 2000).

Ergenlerde madde kullanımı ile en sık bir arada görülen rahatsızlık olarak depresyon üzerinde durulmakla birlikte bunu kaygı bozuklukları ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklar izlemektedir (Ercan ve Alikashiöglu, 2000).

Ancak tedaviye başvuran opiyat bağımlılarının üçte birinde depresif belirtiler görülür. Başlangıçta depresyon tanısı %20 civarındayken 3 ay içerisinde bu oran %10'a düşer. Bu depresyonun farmakolojik veya çevresel faktörlerden kaynaklanabildiği ve antidepresan tedaviye gerek kalmadan kısa sürede kendiliğinden düzelebildiği ileri sürülmektedir (Ögel, 1999).

Yapılan çalışmalar alkol kullanım bozuklukları ile depresyonun ilişkisini desteklemekle birlikte, alkol bağımlılığıyla depresyon ve kaygı bozuklukları arasındaki "nedensellik" ilişkisinin nitel ve nicel yönü net olarak belirlenememiştir. Aşırı alkol kullanımının mı depresyon ya da depresif duyguduruma yol açtığı yoksa altta yatan duygudurum bozukluğunun mu alkol kullanımını başlatıcı etken olduğu sorusu yanıt bulabilmiş değildir (Arıkan ve diğerleri, 1999).

Ancak alkol bağımlıları arasında, genel popülasyona göre bu tür bozuklukların yaygınlığı daha yüksektir. Alkol kullanımı ile kaygı bozuklukları ve duygudurum bozuklukları arasındaki birincil ikincil olma ilişkisini araştıran çalışmaların sonuçları çok kesin veriler ortaya koyamamıştır. Ancak bazı kişilerin alkolün "kaygıyı ortadan kaldırıcı" etkisinden faydalandıkları ve kendi kendilerini tedavi etme yoluna gittikleri bilinmektedir (Kalyoncu ve Mırsal, 2000; Arıkan ve diğerleri, 1999).

BDÖ ile tanı arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmasına rağmen ZDÖ' ne göre; ZDÖ ile tanı arasında istatistiki açıdan sınır düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuş olup ($p=0,05$) alkol bağımlılarının %35'i (35) madde bağımlılarının ise %43'ü (43) 50 ve üzeri puan alarak "depresyon var" olarak kabul edilmişlerdir.

Madde kullanımı ile yüksek kaygı düzeyi birlikteliği sıktır. Aralarında iki yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Madde kullanımı kaygı düzeyini yükseltebilir madde başlama riskini artırabilir. Ya da yüksek kaygı düzeyi ve kaygı bozuklukları madde kullanımına başlama riskini arttırabilir (Yazıcı ve Ak, 2008; Özbay ve diğerleri, 1991; Saltık ve diğerleri, 1992).

Kaygı ile alkol kullanımı arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. Kaygı bozukluklarının mı alkol kullanımına neden olduğu, yoksa alkol kullanımının mı kaygı belirtilerine neden olduğuna ilişkin tartışmalar günümüzde sürmektedir. Alkol alımı arttıkça hastaların korkularında artma olamakta, kişi kaygıyı kontrol etmek amacıyla alkole başlamakta; kronik alkol alımı ise bağımlılığa neden olarak kaygıyı arttırmakta ve kısır döngüye neden olmaktadır (Yapıcı, 2006).

Alkol yoksunluk dönemi boyunca kaygının şiddetini ve belirtilerini araştıran çalışmalar; bu dönemin başından itibaren başlayan kaygı belirtilerinin şiddetinin zaman içerisinde azaldığını fakat tam olarak kaybolmadığını ortaya koymuştur (Schuckit, 1995: 773-778; Ludenia ve diğerleri, 1984).

Çalışmamızda STAI Form I ve II ile saptanan kaygı ki-kare testine göre; madde bağımlılarında durumluluk kaygı (%78,9 hafif) ve sürekli kaygı (%87,5 hafif) oranı hafif düzeyde tespit edilirken, alkol bağımlılarında durumluluk kaygı (%56,8 orta) ve sürekli kaygı (%71,4 şiddetli) puanları madde bağımlılarından daha yüksek oranda tespit edilmiştir ($p=0,05$). Sadece yatan hastalarla çalışılmış olması çalışmamız için kısıtlayıcı faktör olarak gözüke de; iki grubun alınarak karşılaştırılmış olması ve her birinin kaygı ve depresyon düzeylerinin ölçülmesi gruplararası ilişkisinin olup olmadığının saptanması için önem taşımaktadır. Yapılan alan çalışmalarında alkol bağımlılığına eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkların oranı, yatarak tedavi gören alkol bağımlılarında yapılan klinik çalışmaların sonuçlarına göre daha düşüktür (Rice, 1990; Reiger ve diğerleri, 1984; Reiger ve diğerleri, 1990).

Çalışmamızda; hastaların yoksunluk belirtilerinin geçtikten sonra alınmış olmaları kaygı ve depresif semptomlar açısından daha gerçekçi ve güvenilir verilere ulaşmamızı sağlamıştır.

Hastalık sürecini değerlendirmede dikkate alınması gereken önemli faktörlerden biri de hastalık algısıdır. Kronik hastalıklar hastanın hastalığına, hastalığı nasıl algıladığına, hastalığın yol açtığı güçlüklerle bağlı olarak kişinin denge ve uyumunu etkilemektedir (Küçük, 2005).

Bu nedenle hastalığın nasıl algılandığı yaşanan sorunların anlaşılması ve uygun girişimlerin planlanması için önemlidir. Bazı hastalar hastalıklarını tamamen negatif

algılamakta ve özgürlüklerinin sınırlandığını ifade etmektedir. Hastalığın olumsuz olarak algılanması mutsuzluk ve depresyon gibi psikolojik sorunların daha yoğun yaşanmasına neden olmaktadır (İbrahim ve diğerleri, 2011).

Hastaların tanılarına göre hastalık tipi (kimlik) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Alkol bağımlılarının yaşadıkları hastalık tipi puan ortalamaları ($22,40 \pm 4,04$) madde bağımlılarına ($18,74 \pm 4,24$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Çizelge 4.7.) Alkol ve madde bağımlılarının semptomlarına göre puanlama ne kadar yüksekse o kadar kendi semptomlarını bağımlılığa bağladığını açıklamaktadır. Çalışmamızda alkol bağımlılarında fiziksel hastalık algısı daha yüksek tespit edilmiştir.

Alkol bağımlılarının hastalığın başlangıcından beri yaşadığı en sık belirtiler; boğazda yanma kilo kaybı ve bulantı olduğu tesbit edilmiştir. Bu belirtilerini hastalıkları ile ilişkili olduğunu belirtenlerin en sık yaşadığı belirtiler; kilo kaybı, boğazda yanma, bulantı ve ağrı olduğu tespit edilmiştir. Hastaların uyku güçlükleri ve yorgunluk belirtilerini en az hastalıkları ile ilişkilendirdikleri belirlenmiştir. Bu sonuç, hastalığın başlangıcından bu yana hastaların bu belirtileri yaşadıklarını, daha sonra bu belirtiyi hastalığıyla ilgili gördüklerini göstermektedir.

Madde bağımlılarının hastalığın başlangıcından beri yaşadığı en sık belirtiler; boğazda yanma ve soluk almada güçlük olduğu tesbit edilmiştir. Bu belirtilerini hastalıkları ile ilişkili olduğunu belirtenlerin en sık yaşadığı belirtiler; gözlerde yanma boğazda yanma ve soluk almada güçlük olduğu tespit edilmiştir. Madde bağımlısı hastaların sersemlik güç kaybı ve yorgunluk belirtilerini en az hastalıkları ile ilişkilendirdikleri belirlenmiştir.

Alkol ve madde bağımlılarının, hastalık hakkındaki bilgisinin yeterli olması baş etmeyi kolaylaştıracağından ve hastalıklarına yönelik olumsuz algılamayı engelleyeceğinden hastalık hakkındaki tepkilerini olumlu yönde geliştirecektir.

Hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu süre (akut/kronik) puan ortalaması bağımlılar arasında çok fark olmamakla birlikte madde bağımlılarında ($3,22 \pm 0,72$) alkol bağımlılarına ($3,21 \pm 0,65$) göre daha yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı

bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç, bağımlılığın kronik olduğunu, uzun süre hastalıklarının devam edeceğini düşündüklerini, bağımlıların tedaviyi sürdürmenin gerekliliğini anlamaları açısından önemini göstermektedir.

Sonuçlar alt boyutunda madde bağımlıların puan ortalaması ($3,54 \pm 0,81$) alkol bağımlılarından ($3,52 \pm 0,89$) daha yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastalık hakkındaki görüşler boyutunda en yüksek puan ortalaması olan alt boyuttur. Bu sonuç bağımlıların hastalıklarının sonuçlarını ciddi algıladıkları göstermektedir. Ciddi sonuç algısı düşük öz-yeterlilik ile ilişkilidir. Düşük öz-yeterliliği olan kişilerin sağlık sonuçlarını iyileştirmek için daha az çaba harcamaları beklenmektedir (Lau-Walker, 2004).

Kişisel kontrol alt boyutu puan ortalaması madde bağımlılarında ($3,34 \pm 0,64$) alkol bağımlılarından ($3,25 \pm 0,64$) yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu alt grup hastaların bağımlılık üzerinde kişisel kontrollerinin olduğuna inandıklarını gösterir.

Tedavi kontrolü alt boyutu puan ortalaması madde bağımlılarında ($3,25 \pm 0,67$) alkol bağımlılarından ($3,14 \pm 0,58$) yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların, bağımlılığın tedavi yardımıyla ve kişisel olarak kontrol edilebilir olduğuna inanmaları hastaneye tekrarlı yatışları azaltabileceği için önemli bir bulgudur. Bu çalışmada madde bağımlıların kişisel kontrol algıları daha yüksek olduğu için tedaviye uyumları ve dolayısıyla tedavinin etkili olacağına inançları daha yüksek olabilir.

Bu çalışmada hastalığı anlayabilme alt boyutu puan ortalaması alkol bağımlılarında ($2,70 \pm 0,94$) madde bağımlılarından yüksek olmasına karşı ($2,65 \pm 1,02$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastalık hakkındaki görüşler boyutunda en düşük puan ortalaması olan alt boyuttur. Bu boyutta hastaların tedaviye inanması ve sürdürmesi açısından hastalıklarını anlayabilme durumu önemlidir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre bağımlıların hastalığı anlayabilme durumlarının iyi olmadığını göstermektedir. Bu durum hastalara yeterli eğitim verilmemesi veya verilen eğitimlerin kronik hastalık olan bağımlılığın etkilerinden dolayı algılanamadığı ile ilişkili olabilir.

Süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalaması madde bağımlılarında ($3,41 \pm 0,79$) alkol bağımlılarından yüksek ($3,34 \pm 0,83$) saptanmıştır. Ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç, hastaların bağımlılığın döngüsel olduğunu düşündüklerini göstermektedir.

Duygusal temsiller alt boyutu puan ortalaması madde bağımlılarında ($3,48 \pm 0,92$) alkol bağımlılarından ($3,48 \pm 0,88$) olarak saptanmıştır. Bu boyut hastaların hastalığı ile ilgili endişelerinin fazla olduğunu, hastalıkla birlikte ortaya çıkan duygusal belirtilerin daha yoğun olarak algılandığını göstermektedir. Hastaların hastalığı ile ilgili endişelerinin fazla olması hastalığıyla ilgili yeteri kadar bilgilendirilmemiş olmasından kaynaklanabilir. Bu nedenle hemşireler hastalara ve ailelere doğru bilgi sağlamada önemli rol oynarlar. Hastaların hastalık algılarını değerlendirerek olumlu tepkileri tanımlayabilir, hastalık ve tedavisi ile ilgili yanlış anlamaları düzeltebilir, spesifik endişelerine yönelik etkili psikolojik danışmanlık verebilirler.

Hastalık nedenleri boyutunda en yüksek psikolojik atıflar alt boyutu, en düşük bağımsızlık alt boyutu puan ortalamasıdır. Bu sonuç alkol ve madde bağımlılarının hastalık nedeninin en fazla psikolojik atıflar ile ilgili olduğuna, en az bağımsızlık nedeniyle olduğuna inandıklarını göstermektedir.

Hastalık nedenlerinden Psikolojik Atıflar ve Risk Etkenleri ile tanı grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Çalışmada, psikolojik atıflar puan ortalamasının çok yüksek olmamakla birlikte en yüksek ortalama olması açısından önemli bir bulgudur. Psikolojik atıflar alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde genel olarak en fazla stres yada endişe, kendi tutumları, duygusal durumları ve kişilik özellikleri etkili olduğu görülmüştür.

Ancak alkol ve Madde bağımlılarının, Hastalık nedenlerinden bağımsızlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($Z=-2,729$; $p=0,000$). Buna göre madde bağımlılığının bağımsızlık alt boyutundan aldığı ortalama puanlar açısından, alkol bağımlılarına göre daha yüksektir.

Hastalık nedenlerinden kaza veya şans puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($Z=-2,687$; $p=0,007$). Madde bağımlılığının kaza veya şans alt boyutundan aldığı ortalama puanlar açısından, alkol bağımlılarına göre daha yüksektir.

Literatürde farklı kronik hastalıklarda hastaların hastalık algısının araştırıldığına ilişkin çalışmalara rastlanmakla birlikte, ülkemizde ve yurtdışında bağımlı hastalarının hastalık algısını inceleyen başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırmaların daha geniş evrenler ile yapılması ve hastalık algısını etkileyebilecek farklı değişkenlerinde araştırılması önerilmektedir. Ancak çalışmamız, bu çapta yapılmış ilk ve tek çalışma olması nedeniyle büyük bir öneme sahiptir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda erkek alkol ve madde bağımlılarında sosyoekonomik duruma, bağımlılığa ve tedaviye ilişkin özellikler, kaygı depresyon ve hastalık algıları açısından her iki grupta da kendi aralarında anlamlı ve anlamlı olmayan farklılıklar saptanmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda;

- ✓ Alkol ve madde bağımlılığı, bağımlılık olsa da birbirinden farklı bileşenleri olan ayrı ayrı incelenmesi ve tedavi yaklaşımları gerektiren hastalıklardır.
- ✓ Çalışmamızda alkol ve madde bağımlılarına uygulanan BDÖ istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ZDÖ sınır düzeyinde anlamlı bulunup hastalarda depresyon semptomlarına rastlanmıştır.
- ✓ Durumluluk ve sürekli kaygı ile tanı arasında sınır düzeyinde anlamlı bir ilişkinin olduğu gözlemlenmiştir ($p=0,05$). Alkol bağımlılarının %56,8'inde orta düzey kaygı saptanmışken madde bağımlılarının %78,9'unda hafif düzeyde kaygı saptanmıştır. Sürekli Kaygı ile tanı arasındaki ise madde bağımlılarında %87,5'inde hafif düzeyde kaygı saptanırken, alkol bağımlılarının %51,8'inde orta düzeyde %71,4'ünde şiddetli düzeyde kaygı saptanmıştır.
- ✓ Bağımlıların hastalık algılarına baktığımızda alkol bağımlılarının madde bağımlılarına göre fiziksel hastalık algısı daha fazla olduğu görülmüştür.
- ✓ Alkol ve madde bağımlılarının hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu olan süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller puan ortalamaları açısından tanıya göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastalık nedeni alt boyutunda ise Hastalık nedenlerinden kaza veya şans puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-2,687$; $p=0,007$).
- ✓ Sosyodemografik ve hastalığa ilişkin değişkenlerin yanında kişinin hastalığın algısına ilişkin yaşadığı belirtileri, hastalığa ilişkin duyguları, hastalığın sonuçlarına

ilişkin inançları, hastalığı anlamaya ilişkin bakış açıları gibi faktörlerinde hastaların fiziksel ve mental yaşam kalitelerini büyük ölçüde etkilediği tespit edilmiştir.

- ✓ Bulgular, yatarak tedavi gören alkol ve madde kullanıcılarının yıllar içinde azalma göstermedikleri, risk faktörlerini yeterince tanımadıkları, sorun olabilecek alanlarda ciddi bilgi ve algı yetersizlikleri olduğu yönündedir. Bu gruplara eğitim ve risk programları tekrar ele alınmalı, sağaltım ve önleme programları detaylı olarak gözden geçirilip uygulanmalıdır.
- ✓ Alkol ve madde bağımlılığı uzun yıllar seyreden ve tedavisi güç hastalıklardır. Hastalığın tedavisinden ziyade önlenmesine yönelik koruyucu psikososyal yaklaşımlar gerekmektedir. Alkol ve madde bağımlılığında risk etmenlerini belirlemeye ve bu etmenleri önlemeye yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.
- ✓ Okullarda alkol ve madde kullanımının zararlarına yönelik eğitimler planlanması, alkol/madde kullanımıyla ortaya çıkabilecek riskli davranışların azaltılması ve önlenmesi için politikalar oluşturulmalıdır. Özellikle gençler korunmalıdır.
- ✓ Alkol ve madde kullanımı, yaşamsal tüm alanları etkilediği için sağlık, sosyal ve yasal alanlarda bu sorunlar dikkatlice ele alınmalıdır. Bağımlılık popülasyonun da her bir alandaki sorunun bir diğerini etkileyeceği unutulmamalıdır.
- ✓ Sağlık personelinin riskli durumlara karşı bilgi ve becerilerinin artırılması, mesleki eğitimlerinde de bu konulardaki eksikliğin giderilmesi gerekmektedir.
- ✓ Gerçek olan, bağımlılık yapıcı maddelerin her zaman var olduğu ve olacağı, yeni maddelerin de bu gruba katılabileceğidir. Bu nedenle sorunun herhangi bir hastanın kişisel sorunu olmaktan çok toplumsal bir sorun olduğu kabul edilmeli ve bu konuda kurumlaşmaya gidilmelidir. Özellikle 1980'li yıllardan sonra ülkemiz için de çok önemli bir sorun haline gelen madde kullanımı için uluslararası işbirliği sağlanarak, bu maddelerin yasa dışı ticareti en alt düzeye indirilmeye çalışılmalıdır.
- ✓ Önemli bir halk sağlığı sorunu olarak bağımlılık sorununun birinci basamak sağlık hizmetlerinde irdelenmesi gereklidir (Beyazyürek ve Tolun, 2000; Saatçioğlu ve diğerleri, 2003).

KAYNAKLAR

1. Hantaş, Y. (2002). *Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınlarda Yeme Özellikleri ve Yeme Bozuklukları Taraması*. T.C. Sağlık Bakanlığı Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
2. Coşkun, F. (2008). *Gaziantep Üniversitesi Merkez Kampüsündeki Lisans Öğrencilerinin Alkol ve Madde Kullanma Durumu*. Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Gaziantep.
3. Doğan, Y.B (1997). Bağımlılık Kavramı ve Model Anlayış., N. Dilbaz. (Editör). *Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı*. Ankara, s.1-8.
4. Foster, J.H., Peters, T.J., and Kind, P. (2002). Quality of life, sleep, mood and alcohol consumption: a complex interaction. *Addiction Biology*, 7, 55-65.
5. Foster, J., Powell, J.E., Marshall, E.J., and Peters, T.J. (1999). Quality of life in alcohol dependent subjects: A review. *Quality of Life Research*, 8, 255-261.
6. Morgan, M.Y., Landron, F., and Lehert, P. (2004). Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 64-77.
7. Akvardar, Y. (2004). *Alkol Bağımlılığı ve Yaşam Kalitesi.I*. Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı, İzmir, 38.
8. Evren, E.C., ve Çakmak, D. (2006). *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Kitabı*. İstanbul: Özgül Matbaacılık, 11-112.
9. Ögel, K., Tamar, D., Karalı, A., ve Çakmak, D. (1998). *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Kitabı*. İstanbul: Özgül Matbaacılık.
10. Bulut, M., Savaş, H.A., Cansel, N., Selek, S., Kap, Ö., ve Yumru, M. (2006). Gaziantep üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 7(2), 65-70.
11. Arıkan, Z., Coşar, B., ve Işık, A. (1996). Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevalansı. III. Psikiyatri sempozyumu özel sayısı, alkol madde bağımlılığı. *Kriz dergisi*, 4(2), 93-100.
12. Türkcan, A. (1998). Türkiye'de Madde Kullananların Profili: Hastane verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*, 11(3), 56-64.
13. Yumru, M., Savaş, H.A., Tutkun, H., Herken, H., Karasu, M., ve Dülger, H.E. (2005). Gaziantep Üniversitesi'nde adli psikiyatrik açıdan incelenmiş olan olguların

- değerlendirilmesi: Yüksek oranda alkol-madde kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005, 6, 30-35.
14. United Nations Office on Drug and Crime. (2005). World Drug Launched by UNODC in Stockholm, 1-13, Son Erişim Tarihi: 02.11.2010.
 15. İnternet: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *Evaluating and Improving Methods Used in the National Survey on Drug Use and Health*. URL: <http://www.oas.samhsa.gov/>. Son Erişim Tarihi: 20.11.2010.
 16. Akvardar, Y. (2005). Alkolle ilişkili bozuklukların epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi-Psikiyatri Alkol ve Madde Bağımlılığı Özel Sayısı*, 47, 5-9.
 17. İnternet: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2006). *Avrupa Uyuşturucu Madde ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi 2006 Yıllık Raporu. Avrupa'daki Uyuşturucu Sorununun Son Durumu*. URL: <http://www.amenuelreport.emcdda.europa.eu>. Son Erişim Tarihi: 17.11.2010.
 18. Hasin, D.S., Stinson, F.S., Ogbum, E., and Grant, B.F. (2007). Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States; results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830-842.
 19. TÜBİTAK (Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu) (2003). Vizyon 2023, Sağlık ve İlaç Paneli Sonuç Raporu. Ankara. http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-17.pdf. Son Erişim Tarihi: 25.06.2011.
 20. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2007) Talep üzerine 25/07/2007 tarihinde gönderilen "Türkiye'deki alkol üretim ve tüketim miktarları" verileri.
 21. İnternet: National Assessment on Drug Abuse. (2003). *Health Service, Education and community action-preventing drug abuse in Turkey*. URL: http://www.unodc.org/pdf/gap_turkey_drug_abuse_report.pdf. Son Erişim Tarihi: 21.05.2014.
 22. T.C. Sağlık Bakanlığı. (1995). *Lise Öğrencilerinin Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Maddeler Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi Projesi*. Ankara.
 23. Arıkan, Z., Kuruoğlu Çepik, A., Eltutan, H., ve Işık, E. (2000). Alkol Bağımlılığı ve Depresyon. *Düşünen Adam*, 12(3), 217-221.
 24. İnternet: Madde Kullanımı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Durumlar. URL: http://www.ogelk.net/Dosyadepo/eslik_eden.pdf. Son Erişim Tarihi: 12.03.2014.

25. Kocaman, N. (2007). Hastalık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 271-280.
26. Armay, Z., Özkan, M., Kocaman, N., ve Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeğinin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 10, 192-200.
27. Çakmak, D., ve Ögel, K. (2000). *Bağımlılık Yapıcı ve Uyarıcı Maddeler Hakkında Bilmemiz Gerekenler El Kitabı*. İstanbul: Üçer Ofset, 120-180.
28. Işık, E., ve Uzbay, T. (Editörler). (2009). Erişkinlerde klinik psikofarmakoloji. *Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji*. İstanbul: Golden Medya Baskı, 337-359.
29. Köknel, Ö. (1998). *Bağımlılık*. Alkol ve Madde Bağımlılığı. İstanbul: Altın Kitaplar.
30. Uzbay, İ.T. (1996). Madde Bağımlılığı. *Bilim Teknik Dergisi*, 20-26.
31. T.C. Başbakanlık Gümrük Müsteşarlığı Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü Kaçakçılıkla Mücadele Daire Başkanlığı-KOM. (2003). *Uyuşturucu ve Kimyasal Maddeler*, Ankara.
32. Uzbay, İ.T., and Kayaalp, S.O. (1995). Heterogeneity of tolerance developed to effects of ethanol on rotarod and accelerod performances in rats. *Alcohol (USA)*, 12, 593-595.
33. Uzbay, T., ve Kayaalp, S.O. (2009). *İlaç kötüye kullanımı ve ilaç bağımlılığı*. (11. Baskı). Ankara: Pelikan Yayıncılık, 816-836.
34. Uzbay, İ.T., ve Yüksel, N. (2003). *Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı*., N. Yüksel. (Editör). Psikofarmakoloji. Yenilenmiş 2. Baskı. Ankara. Çizgi Tıp Kitabevi, s. 485-520.
35. Özden, S.Y. (2004). *Uyuşturucu Madde Bağımlılığı*. (II. Baskı). İstanbul. s.112-126.
36. Yalçın Şahin, Ş. (2012). *Alkol ve Madde Bağımlılarının Sosyodemografik Özellikler Çocukluk Çağı Travmaları Başa Çıkma Yöntemleri ve Kişilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması*. Gazi Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.
37. Köroğlu, E. (2001). *Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (DSM IV-TR)*. (4th ed. revised). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 225-241.
38. Amerikan Psikiyatri Birliği. (1998). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, (Dördüncü Baskı) (DSM-IV) (Çev. E. Köroğlu). Amerikan Psikiyatri Birliği, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 215-363.

39. WHO (1992). Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization.
40. Uzday, T. (2009). Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. *Sürekli Hizmet İçi Eğitim Dergisi*, 21, 5-15.
41. Yağcı, M.T. (1999). *Ortaöğretim Kurumlarında Görev Yapan Eğitimcilerin Uyuşturucu ile Mücadelede Etkinlik Düzeyleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
42. Sayım, A. (2000). *Lise Öğrencilerini Bilgilendirmenin Madde Konusundaki Görüşlerine Etkisinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
43. Benjamin, J., Sadock and Virginia, A. (2007). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Güneş Kitapevi Ltd.Şti Lippincott Williams & Wilkins, Türkçe, 8. Baskı, 1137-1167.
44. Johnston, L.O., Malley, P. and Bachman, J. (1999). *National survey results on drug use from the monitoring the future study, 1975-1998*. U.S Department of health and human services. Public Health Service National Institutes of Health, 51-180.
45. Yüksel, N., Dereboy, Ç., ve Çifter, İ. (1994). Üniversite Öğrencileri Arasında Madde Kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5(4), 283-286.
46. Dünya Sağlık Örgütü. (1995). *Lise öğrencilerinde tütün, alkol ve uyuşturucu maddelerle ilgili bilgi, tutum ve davranışların belirlenmesi projesi*. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı, Yayınlanmamış rapor.
47. Ögel, K., ve Tamar, D. (1996). Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık Okul Eğitim Paketi. Öğrenci Anketi Bulguları, AMATEM-Özel Okullar Derneği Yayını, İstanbul: 12-23.
48. Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M. And Narusk, A. (1997). The 1995 ESPAD report. Alcohol and other drug use among students in 26 countries. Stockholm.
49. Ögel, K., Çorapçıoğlu, A., Sır, A., Tamar, M., Tot, S., Doğan, O., Uguz, S., Yenilmez, C., Bilici, M., Tamar, D. Ve Liman, O. (2004). Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk psikiyatri dergisi*, 15, 112-118.
50. Akvardar, Y., Türkcan, A., Yazman, U., Ayaçlar, S., Ergör, G. ve Çakmak, D. (2003). Prevalance of alcohol use in İstanbul. *Psychological Reports*, 92, 1081-1088.

51. Türkiye İstatistik Kurumu. (2000). URL: http://www.kom.pol.tr/tubim/SiteAssets/Sayfalar/Kullan%C4%B1m%C4%B0statistikleri/genel_nufus.pdf. Son Erişim Tarihi: 14.03.2014.
52. Ebrinc, S., Başoğlu, C., Çetin, M., Karaduran, F., Çobanoğlu, N., ve Maden, B. (2002). Bir grup genç yetişkin erkekte uyuşturucu madde kullanımına yönelik görüşler. *Bağımlılık Dergisi*, 3(3), 137-145.
53. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). (2011). URL: http://www.kom.gov.tr/Tr/Dosyalar/file/TUBIM_RAPOR/2011%20TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU.pdf. Son Erişim Tarihi: 28.03.2014.
54. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) (2004). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Eğitim ve Toplumsal Girişimle Madde Kullanımının Önlenmesi. Madde Kullanımı Üzerine Ulusal Değerlendirme Çalışması 2003. Ankara.
55. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). (2010). URL: <http://www.kom.pol.tr/tubim/SiteAssets/Sayfalar/T%C3%BCrkiye-Uyu%C5%9Fturucu-Raporu/2010%28T%C3%9CRK%C3%87E%29.pdf>. Son Erişim Tarihi: 15.04.2013.
56. Ögel, K., Taner, S. ve Eke, C.Y. (2006). Onuncu Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı: İstanbul Örneklem. *Bağımlılık Dergisi*, 7: 18-23.
57. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü (ASAGEM). (2010). Türkiye’de Ergen Profili. Ankara. s.147.
58. Görgün, S., Ryaki, A. ve Topbas, M. (2010). Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanma ve Anne Babaya Bağlanma Biçimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 305-312.
59. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). (2013). *EMCDDA 2013 Ulusal Raporu*, 18-25.
60. Karaer, Ş., Kuğu, N., Doğan, O., ve Akyüz, G. (2003). Sivas İl merkezinde alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığın epidemiyolojisi sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisi ve I. eksen eş tanıları. *Yeni symposium*, 41(3), 131-142.
61. Yapıcı, A. (2006). Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. URL: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/psikiyatri/dr_aslihan_yapici.pdf. Son Erişim Tarihi: 16.10.2014.

62. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. URL: http://www.hasta.saglik.gov.tr/files/madde_kitabi.pdf_1124638346.pdf Son Erişim Tarihi: 20.12.2014.
63. Evren, E.C. ve Çakmak, D. (2006). *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Kitabı*. İstanbul: Özgül Matbaacılık, 11-112.
64. Schuckit, M.A. (1995). *Drug and alcohol abuse: Aclinical guide to diagnosis and treatment* (4. edition) New York: Plenum Medical Book Company.
65. Uzbay, İ.T. (1996). Alkol, Farmakolojik özellikleri ve alkol bağımlılığının nörofarmakolojik yönü. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* (Alkol kullanım bozuklukları ve tedavisi), 1(2), 227-254.
66. Evren, C., ve Bozkurt, M. (2013). Sentetik kannabinoidler: son yılların krizi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 26, 1-11.
67. Vardakou, I., Pistos, C., ve Spiliopoulou, C.H. (2010). Spice drugs as a new trend: Mode of action, identification and legislation. *Toxicology Letters*, 197, 157-62.
68. Evren, C. (2014). Sentetik Esrar Türevleri (Bonzai). URL: <http://www.psikiyatri.org.tr/news.aspx?notice=1289> Son Erişim Tarihi: 22.12.14.
69. Jerkinson, C., and McGee, H. (1998). *Health Status Measurement: A brief but critial introduction*. UK: Radcliffe Medical Pres, Oxon.
70. Bresleu, N., Peterson, E., Schulz, L., Andreski, P.i and Chilcoat, H. (1996). Are smokers with alcohol disorders less likely to quit? *The American Journal of Public Health*, 86, 985-990.
71. Burhanoglu, S., ve Işık, E. (2009). *Erkek Alkol Bağımlılarında Yürütücü İşlevler ve Problem Çözmenin Ayıklık Süresi ve İçme Miktarı ile İlişkisi*. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
72. İncesu, C. (1993). *Alkol Bağımlılarında Tabloya Eşlik Eden Mizaç, Anksiyete ve Kişilik Bozuklukları*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Birimi, İstanbul.
73. Dünya Sağlık Örgütü. (1992). *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması*. Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre.
74. Antony, J.C. (1991). *Epidemiology of Drug addiction. Miller NS* (8.edition). Compherensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction, New York: Marcel Decker Inc.

75. Akvardar, Y., Türkcan, A., Yazman, Ü., Ayaçlar, S., Ergör, G., ve Çakmak, D. (2003). Prevalence of alcohol use in İstanbul. *Psychol Reports journal*, 92, 1081-1088.
76. Türkcan, A. (1999). Türkiye’de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(4), 310-318.
77. World Health Organization. (2004). *Global Status Report on Alcohol*. Country profiles: Turkey. Geneva: World Health Organization.
78. Ögel, K., ve Tamar, D. (2010). Sigara, alkol ve madde kullanım bozukluklarında tıbbi ve psikososyal tedavi, 36-68.
79. Nellisery, M., Feinn, R.S., Covault, J., Gelernter, J., Anton, R.F., Pettinati, H., Moak, D., Mueller, T., and Kranzler, H. R. (2003). Alleles of a functional serotonin transporter promoter polymorphism are associated with major depression in alcoholics. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 27, 1402-1408.
80. Regier, D.A., Farmer, M.E., and Rae, D.S. (1990). Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (eca) study. *JAMA*, 264, 2511-2518.
81. Kessler, R.C., ve McGonagle, K.A. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM III R psychiatry disorders in the United States.: Results from the national comorbidity study. *Archives General Psychiatry*, 51, 8-19.
82. Mericangas, K.A., Srevens, D., ve Fenton, B., (1996). Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders. *Alcohol Health and Research World*, 20, 100-105.
83. Öner, H., Tamam, L., ve Levent, B.A. (2002). Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II ektanılarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 12, 14-22.
84. Türkçapar, M.H., Akdemir, A., ve Elverici, Ş.K. (1997). Yatarak tedavi gören bir grup alkol bağımlısında ek psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları, depresyon ve kaygı düzeyleri. *3P Dergisi*, 5, 29-34.
85. Ceylan, E., ve Göka, E. (1998). *Araştırma ve Klinik Uygulamalarda Biyolojik Psikiyatri 2.cilt* (1.baskı). Alkol kullanım bozuklukları, yaşlılık psikiyatrisi, demans, İstanbul, 24-26.
86. Modesto-Lowe, V., and Kranzler, H.R. (1999). Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders, *Alcohol Research & Health*, 23, 144-149.
87. Özpoyraz, N., Tamam, L., ve Karakuş, G. (1998). Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozuklukları. *Bağımlılık Dergisi*, 9, 31-35.

88. Güleç, C., ve Köroğlu, E. (1998). *Psikiyatri Temel Kitabı* (Birinci Baskı). İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.
89. Arı, F.D., (1993). *İstenen ve İstenmeyen Gebeliklerde Gebe Kadının Kişilik Özellikleri ve Anksiyete Düzeyi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul.
90. Sullivan, G.M., and Coplan, J.D. (1993). *Anxiety disorders: Biochemical aspects.*, B.J. Sadock and V. A. Sadock (Eds.), Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th ed, Lippincott Williams&Wilkins, Vol.1, 1454-1455.
91. Wesner, R.B. (1990). Alcohol use and secondary to anxiety. *Psychiatric Clinics of North America*, 13(4), 699-791.
92. Kushner, M. G., Sher, K.J., and Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 685-695.
93. Rousanville, B.J., Dolinsky, Z.S., Babor, T.F., and Meyer, R.E. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives General Psychiatry*, 44, 505-513.
94. Schuckit, M.A., and Monterio, M.G. (1988). Alcoholism, anxiety and depression. *British Journal of Addiction*, 83(12), 1373-1380.
95. Schuckit, M.A. (1995). *Alcohol Related Disorder*. HI. Kaplan & BJ. Sadock (Editors), Comprehensive Textbook of psychiatry, Williams & Wilkins, Baltimore, 773-778.
96. Ludenia, K., Donham, G.W., Holzer, P.D, and Sands, M.A. (1984). Anxiety in an alcoholic population: A normative study. *Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 356-358.
97. Miller, N.S. (1991). *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*. Mercel Dekker Inc, 3. Baskı, New York.
98. Çakmak, D., ve Saatçioğlu, Ö. (Editörler). (2005). *Bağımlılık ve Komorbidite*. İstanbul: Özgül Matbaacılık, 6-10.
99. Eşel, E. (2006). Alkol Yoksunluğunun Nörobiyolojisi: Baskılayıcı ve Uyarıcı Nörotransmitterler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(2), 129-138.
100. Comeron, O.G., Liepman, M.R., Curtis, G.C and Thyer, B.A. (1987). Ethanol retards desensitization of phobias in non alcoholics. *Br J Psychiatry*, 150, 845-849.

101. De Witte, Ph., Pinto, E., and Ansseau, M. (2003). Alcohol and withdrawal: from animal research to clinical issues. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27, 189-197.
102. Birol, L., ve Akdemir N. (2005). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Genişletilmiş 2.Baskı. Ankara: Ofset Yayınları, 108-199.
103. Kocaman, N. (2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 101-112.
104. Engin, E., ve Savaşan, A. (2001). Alkol-madde Bağımlılığı Hemşiresi. *Psikiyatri Hemşireliği Görev Yetki ve Sorumlulukları Çalışma Grubu Raporu*. Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 19-22.
105. Huey, L.Y., Ford, J.D., and Cole, R.F. (2008). *Hastane ve Toplum Psikiyatrisi*. (Çev. H. Aydın ve A. Bozkurt). Comprehensive textbook of Psychiatry (8. edition). İstanbul: 3845-3865.
106. Çimen, S. (2008). Psikiyatri hastası ve bakım verenlerin yaşadığı sorunların çözümünde toplum ruh sağlığı hemşiresinin rolü. *III.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı*. Akçakoca, 28.
107. Engin, E. (2007). *Bağımlı Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Standartları*. IV. Ulusal Bağımlılık kongresi ve Etkinlik haftası Özet Bildiri Kitabı–Çeşme, İzmir.
108. Buzlu, S. (1995). *Hemşirelik Öğrencilerinde Madde Kullanım Yaygınlığı ve Nedenlerinin Eşdeğer Eğitim Gören Diğer Öğrencilerle Kıyaslamalı Olarak Araştırılması*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
109. Pektaş, İ., Bilge, A., ve Ersoy, M.A. (2006). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşiresinin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 43-48.
110. Pektekin, Ç. (1992). *Psikiyatri Hemşireliği*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları 570/268, Etam A.Ş., Web-Ofset.
111. Yancar, C. (2005). *Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
112. Swift, R.M. (1999). Drug therapy for alcohol dependance. *The New England Journal of Medicine*, 340, 1482-1487.
113. Kılınç, S., ve Torun F. (2011). Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri (1986). *Dirim Tıp Gazetesi*, 1, 39-47.

114. Zung, W.W.A. (1965). A self-rating depression scale. *Archives General Psychiatry*, 4, 561-571.
115. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., and Lushene, R.E. (1975). *Manual for State-trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologist Press.
116. Öner, N., LeCompte, A. (1985). *Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 33.
117. Sevin, Ç., ve Erbay, E. (2008). Madde Bağımlılarının Tedavi Sonrası Sosyal Yaşama Uyumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Bağımlılık Dergisi*, 9(1), 1-11.
118. Erol, N., Kılıç, C., ve Ulusoy, M. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
119. Evren, C., ve Çakmak, D. (2001). Alkol ve madde kullananların özellikleri: 2000 yılına ait AMATEM'e yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*, 14, 142-149.
120. Arıkan, Z., Coşar, B., ve Işık, A. (1996). Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevalansı. Alkol madde bağımlılığı. *Kriz dergisi*, III. Psikiyatri sempozyumu özel sayısı, 4(2), 93-100.
121. Ögel, K., ve Tamar, D. (1996). *Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık Okul Eğitim Paketi*, Öğrenci Anketi Bulguları, İstanbul: AMATEM-Özel Okullar Derneği Yayını, 12-23.
122. Beyazyürek, M., Alpkan, L., ve Karamustafalıoğlu, K. O. (1990). Uyuşturucu madde bağımlıları sosyodemografik özellikler. *Düşünen Adam*, 3, 59-61.
123. Saatçioğlu, Ö., Evren, E.C., ve Çakmak, D. (2003). 1998-2002 yılları arasında yatarak tedavi gören alkol ve madde kullanımı olan olguların değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 4, 109-117.
124. Türkcan, A. (1999). Türkiye'de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 10(4), 310-318.
125. Tuncer, C., Ersül, Ç., Beyazyürek, M., ve Beşikçi, N. (1987). *Alkol bağımlısı hastalarda bir demografik çalışma*. 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları Kitabı, 184-187.
126. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). (2014). URL: http://www.kom.pol.tr/tubim/SiteAssets/Sayfalar/T%C3%BCrkiye-Uyu%C5%9FturucuRaporu/TUBIM%202014%20TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU_TR.pdf Son Erişim Tarihi: 10.02.2015.

127. Doğanavşargil, G.Ö., Sertöz, Ö.Ö., Coşkunol, H., ve Şen, H. (2004). EÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı bağımlılık tedavi biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelemesi: madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 5(3), 115-120.
128. AMATEM ve HIV (1996). *Türkiye’de madde kullanımına ilişkin ikinci el verilerinin değerlendirilmesi*. İstanbul’da madde kullanımının doğası ve boyutları, I. Rapor, İstanbul.
129. Bulut, M., Savaş H.A., Cansel, N., Selek, S., Kap, Ö., Yumru, M., ve Vırtı, O. (2006). Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 7(2), 65-67.
130. Karakoyunlu, F.B. (2007). *Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
131. Arıkan, Z., Kuruoğlu, Ç.A., ve Eltutan, H. (1999). Alkol bağımlılığı ve depresyon. *Düşünen Adam Dergisi*, 12(3), 22-26.
132. Turan, M., ve Aşkın, R. (1999). Alkol bağımlılığında ruhsal belirtiler. *Genel tıp dergisi*, 9(3), 22-32.
133. Windle, M., (1994). “Coexisting Problems and Alcoholic Family Risk Among Adolescents”, *Annals New York Academy of Sciences*, 708, 157-164.
134. Vaillant, G.E., and Hillersturmhofel, S. (1996). “The Natural-History of Alcoholism”, *Alcohol Health and Research World*, 20(3), 152-161.
135. Mazur, J., Kowalewska, A., and Wongarowska, B. (2003). Alcohol Drinking and Others Risk Behaviours Among Adolescent Aged 11–15 Years. *Med Wiekv Rozwoj VII*, 1(2), 75-78.
136. Demirsoy, C. (1996). *Psikoaktif Madde Kullananlarda Suçu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
137. Herken, H., Bodur, S., ve Kara, F. (2000). Üniversite Öğrencisi Kızlarda Madde Kullanımı İle Kişilik ve Ruhsal Belirti İlişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 3, 40-45.
138. Adalet Bakanlığı. (2007). *Madde Kullanımı Olan Hükümlülerle Çalışma Personel Kitabı*. Ankara: Ceza ve Tevkif evleri Genel Müdürlüğü Denetimli Serbestlik ve Yardım Hizmetlerinden Sorumlu Daire Başkanlığı Yayınları, Yayım No: 8.
139. Alikışıfoğlu, M. (2005). *Madde kullanımı risk faktörleri ve koruyucu faktörler*. Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi. 43, 73-83.

140. Tanrıkulu, A. Ç., Çarman, K. B., Palancı, Y., Çetin, D., ve Karaca, M. (2009). Kars İl Merkezinde Çeşitli Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara Kullanım Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Türk Toraks Dergisi*, 11, 101-106.
141. Akfert, S.K., Çakıcı, E., ve Çakıcı, M. (2009). Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 40-47.
142. Durmaz, G. (1995). *Uyuşturucu madde kullanan adölesanlar da benlik saygısı*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
143. Herken, H., Özkan, İ., Çilli, A.S., Telcioğlu, M., ve Kucur, R. (2000). Sigara kullanma davranışında sosyal öğrenmenin etkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 1(1), 38-42.
144. Buller, D.B., Borland, R., and Woodal, W.G. (2003). Understanding factors that influence smoking uptake. *Tob Control*, 12(4), 16-25.
145. Piko, B.F., Luszczynska, A., Gibbons, F.X., and Tekozel, M.A. (2005). Culture-based study of personal and social influences of adolescent smoking. *The European Journal of Public Health*, 15, 393-398.
146. Velleman, R.D.B., Templeton, L.J. and Copello, A.G. (2005) The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug And Alcohol Review*, 24, 93-109.
147. Andrews, J.A., Tildesley, E., Hops, H. and Li, F. (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology*, 21(4), 349-357.
148. Mazur, J., Kowalewska, A., and Wongarowska, B. (2003). Alcohol Drinking and Others Risk Behaviours Among Adolescent Aged 11-15 Years. *Med Wiekv Rozwoj VII*, 1(2), 75-78.
149. Kameen, M.C., and Thompson, D.L. (1983). Substance abuse and child abuse-neglect: implications for direct-service providers. *Personnel and Guidance Journal*, 61(5), 269-273.
150. Turhana, E., İnandı, T., Özerb, C., ve Akoğlu, S. (2011). Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1), 102-114.
151. Saygılı, S., Türkcan, A., ve Kükürt, R. (1991). Vesikalı fahişeler üzerine bir psikososyal araştırma. *Düşünen Adam Dergisi*, 4(2), 43-46.
152. Modestin, J., and Rigoni, H. (2000). Criminality in female inpatients with substance use disorders. *European Addiction Research*, 6, 148-153.

153. Sinha, R., (1999). Easton C. Substance abuse and criminality. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27, 513-526.
154. Eskin, M., Akoğlu, A., ve Uygur, B. (2006). Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 266-275.
155. Kessler, R.C., Mc Gonagle, K.A., ve Zhao, S. (1996). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States Result From the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 66, 17-31.
156. Raimo, E.B., and Schuckit, M.A. (1998). Alcohol Dependence and Mood Disorders. *Addictive Behaviors*, 23, 933-946.
157. Schuckit, M.A., Irwin, M., and Brown, S.A. (1993). The history of anxiety symptoms among 171 primary alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(1), 34-41.
158. Bucholz, K.K. (1999). Nosology and epidemiology of addictive disorders and their comorbidity. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 221-240.
159. Samancı, A. Y., Sefa, A., Solmaz, M., Erkmen, H., ve Uçarer, N. (1995)."Alkol ve Anksiyete Bozuklukları İlişkisi". *Düşünen Adam*, 8(3), 44-49.
160. Kalyoncu, A., ve Mırsal, H. (2000). Alkol Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*. 4, 22-30.
161. Torrens, M., and Martin, J.R. (2000). Why do people abuse alcohol and drugs? *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 285-289.
162. Yazıcı, H., ve Ak, İ. (2008). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler, kişisel sağlık davranışları ve sigara içme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 224-231.
163. Özbay, H., Şahin, N., Hıncal, G., Öztürk, E., Güngör, S., Aktaş, A., Aybaş, M., ve Göka, E. (1991). Ergenlerde sigara, alkol ve madde kullanımının benlik imajı, depresyon ve anksiyete ölçümleri ile ilişkileri. *Düşünen Adam*, 4, 53-58.
164. Saltık, A., Yılmaz, T., Yorulmaz, F., ve Spor Y. (1992). Edirne merkezinde 5100 orta-lise öğrencisinde sigara içme davranışı ve Spielbergler Testi ile ölçülen kaygı düzeyinin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 31, 53-59.
165. Rice, D.P. (1990). The economic cost of alcohol abuse and alcohol dependence. *Alcohol Health & Research World*, 17, 10-11.
166. Reiger, D.A., ve Myer, J.K. (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Archives General Psychiatry Oct.*, 41(10), 934-941.

167. Reiger, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., and Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA.*, 264(19), 2511-2519.
168. İbrahim, N., Desa, A., and Tong, N.K. (2011). Illness Perception And Depression in Patients With End-Stage Renal Disease on Chronic Haemodialysis. *The Social Science*, 6(3), 221-226.
169. Lau- Walker, M. (2004). Relationship between Illness Representation and Self-Efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 216-225.
170. Beyazyürek, M., ve Tolun Şatır, T. (2000). Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4, 50-56.
171. Hisli, N. (1989). Beck depresyon ölçeğinin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7, 3-13

EKLER

EK-1. Hasta Bilgi Formu

Hastanın adı soyadı :

Yaş :

Eğitim durumu :

Medeni hali :

Bulaşıcı hastalık öyküsü:

Çocukluk dönemi psikiyatrik sorunlar:

Son 6 ayda kilo değişimi: 1.Yok 2.Kilo alma.... 3.Kilo verme....

PSİKİYATRİK VE NÖROLOJİK DEĞERLENDİRME

DUYGULANIM DURUMU

1. Normal
2. Aşırı neşeli
3. Elemlı ağlamaklı
4. Sıkıntılı gergin
5. Öfkeli kızgın
6. Değişken
7. Künt
8. Sığ
9. Uyumsuz affekt
10. Ambivalan

KONUŞMA ÖZELLİKLERİ VE ŞEKLİ

1. Konuşması hızlı
2. Konuşması yavaş
3. Sadece sorulan sorulara kısa cevap şeklinde konuşuyor
4. Görüşmeciye karşı ilgili ve konuşkan
5. Kekeleyerek konuşuyor

MOTOR ÖZELLİKLERİ

1. Sosyoekonomik düzeyiyle uyumlu davranışlar
2. Harekette azalma
3. Harekette artma
4. Tekrarlayan hareket
5. Postür bozukluğu
6. Kendine ve çevreye zarar verme girişimi
7. Aynı pozisyonda durma.

EK-1. (devam) Hasta Bilgi Formu

ALKOL/MADDE BAŞLAMA BİÇİMİ

1. Bir kere denemek
2. Merak
3. Arkadaş ortamında kabul görmek
4. Sorunlarla baş etmek
5. Sorunlardan kaçmak
6. Ağrı
7. İlgi çekmek
8. Keyif almak
9. Öğrenmek
10. Diğer

ALKOL/ MADDE BAŞLAMA ORTAMI

1. Okul dışı arkadaştan öğrenme
2. Aileden öğrenme
3. Okul arkadaşlarından öğrenme
4. Diğerleri

ALKOL/MADDEYİ KULLANMAK İÇİN HANGİ YOLLARA BAŞVURUYORSUNUZ

1. Arkadaş
2. Satıcı
3. Cafe ve Barlar
4. Eczane, hastane gibi kurum
5. Market
6. Aile
7. Mahalle
8. İşyeri
9. Cezaevi

Ailede bağımlı var mı?

- 1.Var 2.Yok

İŞ HAYATI

1. Çalışıyor
2. Çalışmıyor
3. İşten ayrılmış
4. Düzensiz çalışma
5. Emekli

GELİR DURUMU

1. 0-1.000
2. 1.000-2000
3. 2.000 ve üzeri

EK-1. (devam) Hasta Bilgi Formu

Alkol etkisindeyken şiddet uyguladınız mı?

1. Sözel
2. Duygusal
3. Fiziksel

Yasalarla sorun yaşama

1. Evet
2. Hayır

Alkol / madde kullanımı sizi nasıl etkiledi?

1. Olumlu
2. Olumsuz
3. Olumsuz ve Olumsuz
4. Diğer

Alkol/ madde kullanımının aileye etkisi?

- 1.Var
- 2.Yok

Alkol/ madde kullanımının iş yaşamına etkisi?

- 1.Var
2. Yok

TEDAVİYE GELME NEDENİ

- 1.Fiziksel hasarı iyileştirmek
- 2.Tedavisiz bırakmanın tehlikeli olduğunu düşünmek
- 3.Tedavisiz Bırakamayacağını düşünmek
4. Tedaviye zorla gelme/ getirilme
- 5.Aldığı maddeyi azaltmak

TEDAVİDEN BEKLENTİLERİ

- 1.Bir daha içmemek
- 2.Kontrollü İçmeyi Öğrenmek
3. Fiziksel sorunları iyileştirmek
- 4.Psikolojik sorunları iyileştirmek
- 5.Sosyal ilişkileri düzenlemek

EK-2. Zung Depresyon Ölçeği

ZUNG DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda hemen herkeste görülebilecek bazı durumlar verilmiştir. Her bir cümleyi okuyup daha sonra bu durumun sizde geçen hafta içinde ne oranda olduğunu en iyi belirten şıklardan birinin altındaki kutucuğun içine çarpı (X) işareti koyarak yirmi durumu da işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman veya Çok Ender	Bazen	Sık Sık	Çoğunlukla veya Her Zaman
1. Kendimi kırgın, kederli ve hüzünlü hissediyorum.				
2. Kendimi en iyi sabahları hissediyorum.				
3. Ağlama nöbetleri geçiriyorum veya kendimi ağlayacak gibi hissediyorum				
4. Gece boyu uyumakta güçlük çekiyorum.				
5. İştahım her zamanki gibi.				
6. Çekici kadınlara/erkeklere bakmaktan, onlarla konuşmaktan ve birlikte olmaktan hoşlanıyorum				
7. Kilo kaybetmekte olduğumu fark ediyorum.				
8. Kabızlık çekiyorum.				
9. Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor.				
10. Sebepsiz yere yoruluyorum.				
11. Zihnim her zaman olduğu kadar açık.				
12. Alıştığım şeyleri kolaylıkla yapabiliyorum.				
13. Huzursuzum yerimde duramıyorum.				
14. Geleceğe ümitle bakıyorum.				
15. Her zamankinden daha tedirginim.				
16. Kolaylıkla karar verebiliyorum.				
17. İşe yaradığımı ve bana ihtiyaç duyulduğumu hissediyorum				
18. Hayatım oldukça dolu.				
19. Ölseydim herkes için daha iyi olurdu.				
20. Alışmış olduğum şeyleri yapmaktan hala zevk duyuyorum.				
				Ham puan
				SDS İndeksi

4 x :
 3 x :
 2 x :
 1 x :

TOPLAM :

EK-3. STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-4. STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-5. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1** (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3** (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4** (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5** (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6** (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13** (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14** (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15** (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK-6. Hastalık Algısı Ölçeği

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ**İsim:****Tarih:****HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ**

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	<i>Hastalığınızın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>			<i>Bu belirti hastalığınızla ilgili</i>	
	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Ağrı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Mide yakınnmaları	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır

EK-6. (devam) Hastalık Algısı Ölçeği

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz..

- 1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemeln geçici olmaktan çok kalıcı					

3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımın etkileyemez					
16. Hastalığımın etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					

EK-6. (devam) Hastalık Algısı Ölçeği

18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

EK-6. (devam) Hastalık Algısı Ölçeği

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtısal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişindeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					

EK-6. (devam) Hastalık Algısı Ölçeği

Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

EK-7. Hastane İzin Yazısı

**İLGİLİ ANABİLİM DALI BAŞKANLARININ
BİLGİLENDİRİLDİĞİNE DAİR YAZI ÖRNEĞİ**


Tarih:5/12/2012

Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığına,

Psikiyatri.... Anabilim Dalımız öğretim üyelerinden Yrd.Doç.Dr. Cahit Pekyardımcı'nın sorumlu araştırmacısı olduğu "...Erkek alkol ve madde bağımlılığında sosyodemografik, duygudurum ve hastalık algısı yönünden karşılaştırılması" isimli araştırma projesi hakkında bilgilendirildim.

Bilgilerinize arz ederim.

Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı


Prof.Dr. Ash KURUOĞLU
T.C.Gazi Üniversitesi
Gazi Hastanesi
Psikiyatri A.D.
Dip.No: ABO45 - Dip. Tes.No: 49951
Dr.....

EK-8. Etik Kurul İzin Yazısı


**GAZİ ÜNİVERSİTESİ (GİRİŞİMSEL OLMAYAN) KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
DEĞERLENDİRME FORMU**

DEĞERLENDİRME KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara
TELEFON	0312 202 69 58
FAKS	0312 202 46 73
E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Erkek Alkol ve Madde Bağımlılığında Sosyodemografik, Duygudurum ve Hastalık Algısı Yönünden Karşılaştırılması		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Cahit PEKYARDIMCI		
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
		DİĞER <input type="checkbox"/>	<u>Yüksek Lisans Tezi</u>	
	İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> İLAÇ DIŞI GİRİŞİMSEL		
		<input checked="" type="checkbox"/> İLAÇ DIŞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN 2-Anket çalışmaları		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon No	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİL. GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		<input checked="" type="checkbox"/>	
	SİGORTA		<input type="checkbox"/>	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 407	Toplantı tarihi: 26.12.2012
<p>Üniversitemiz Tıp Fakültesinde Yrd. Doç.Dr.Cahit Pekyardımcı'nın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıdaki künyede kayıtlı başvuru bilgileri verilen, <i>Yüksek lisans Tezi</i> ve <i>Anket çalışması</i> olan klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına G.Ü.T.F. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.</p>		

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesinin son versiyonu, İyi Klinik Uygulamaları (Uluslararası ICH-GCP) kılavuzu ve bununla ilgili 2001/20/EC ve 2005/28/EC sayılı Avrupa Birliği direktifleri, Biyoloji ve Tıbbın uygulanması bakımından İnsan Hakları ve İnsan haysiyetinin korunması sözleşmesi ve İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin onaylanmasının uygun bulunduğu dair kanun (9.12.2003 tarihli 25311 sayılı Resmi Gazete), 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu (06.11.1981 tarihli 17506 sayılı Resmi Gazete), Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof.Dr.Canan ULUOĞLU						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof.Dr.Canan ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji	G.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Arzu BAKIRTAŞ BAŞKAN YRD.	Çocuk Sağ.ve Hast. Çocuk Allerji	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gonca AKBULUT RAPORTÖR	Fizyoloji	G.Ü.T.F Fizyoloji A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı

EK-8. (devam) Etik Kurul İzin Yazısı

Prof.Dr.Füsun BOZKIRLI ÜYE	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	G.Ü.T.F Anest.ve Rea. A.D	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Emin TÜRKÖZ ÜYE	Restoratif Diş Tedavisi ve Endodonti	G.Ü.D.F Restoratif Diş Ted. ve Endodonti A.D	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Seyhan ERSAN ÜYE	Farmasötik Kimya	G.Ü.E.F (Ecz.Mes.Bil.) Farmasötik Kimya A.D.	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Sefer AYCAN ÜYE	Halk Sağlığı	G.Ü.T.F Halk Sağlığı A.D	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Mustafa KAVUTÇU ÜYE	Tıbbi Biyokimya	G.Ü.T.F Tıbbi Biyokimya A.D	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Öznur L.BOYUNAĞA ÜYE	Radyoloji	G.Ü.T.F Radyoloji A.D	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Galip GÜZ ÜYE	İç Hastalıkları Erişkin Nefroloji	G.Ü.T.F İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Aylar POYRAZ ÜYE	Tıbbi Patoloji	G.Ü.T.F Tıbbi Patoloji A.D	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Metin YILMAZ ÜYE	Kulak-Burun-Boğaz Hast.	Kulak-Burun-Boğaz Hast. A.D	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Etiği ve Tıp Tarihi	G.Ü.T.F Tıp Etiği ve Tıp Tarihi A.D	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç.Dr.Birol DEMİREL ÜYE	Adli Tıp	G.Ü.T.F Adli Tıp A.D.	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Öğr.Gör. Adem GELİR ÜYE	Hukukçu Üye	Rektörlük Hukuk Müşavirliği	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Emine ŞEKER ÜYE	Sivil Temsilci	Sivil Temsilci	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : Aras, Gonca
 Uyruğu : T.C
 Doğum tarihi ve yeri : 10/01/1986 Rize
 Medeni hali : Evli
 e-posta : goncagunakan@hotmail.com



Eğitim Derecesi

Yüksek lisans

Lisans

Lise

Okul/Program

Gazi Üniversitesi/Hemşirelik Bölümü

Gazi Üniversitesi/Hemşirelik Bölümü

Dolapoğlu Anadolu Lisesi
 (Yabancı Dil Ağırlıklı Lise)

Mezuniyet yılı

Devam ediyor

2008

2004

İş Deneyimi, Yıl

2014- devam ediyor

2009-2014

2008-2009

Çalıştığı Yer

Halk Sağlığı Müdürlüğü

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Özel Medicalpark Hastanesi

Görevi

Hemşire

Hemşire

Hemşire

Yabancı Dili

İngilizce