



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE
SIKINTIYA TOLERANSIN MADDE KULLANIM
SÜRECİNE ETKİSİ**

FERRUH GÜNEŞ

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN**

İSTANBUL-2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE
SIKINTIYA TOLERANSIN MADDE KULLANIM
SÜRECİNE ETKİSİ**

FERRUH GÜNEŞ

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN**

İSTANBUL-2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı :Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon
Program : Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans Programı
Öğrenci No : 164207002
Öğrenci Adı Soyadı : Ferruh GÜNEŞ

“Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Sıkıntıya Toleransın Madde Kullanım Sürecine Etkisi” isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 28.12.2018 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Doç. Dr. Işıl GÖGCEGÖZ
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Danışman :Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Üye : Doç. Dr. Korkut ULUCAN
(Marmara Üniversitesi)

İmza



ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih vesayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

Madde kullanım bozukluğu tüm dünyada bireyleri ve toplumları etkisi altına alıp gittikçe artan bir şekilde tehlike oluşturmaya devam etmektedir. Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu olan kişilerde sıkıntıya toleransın madde kullanım sürecine etkisi incelenmiştir. Bu çalışmaya NP Beyin Hastanesi'ne başvurup, madde kullanım bozukluğu tanısı almış 4'ü kadın 46'sı erkek olmak üzere 50 kişi katılmıştır. Katılımcılara içerisinde sosyodemografik veri formu, Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği ve Madde Aşerme Ölçeği'nin bulunduğu anket formu uygulanmıştır. Veriler tasnif edilmiş ve SPSS.24 paket programı yardımıyla $p=0,05$ ve $p=0,01$ anlamlılık düzeyinde analiz edilmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda Madde Aşerme Ölçeği ile Sıkıntıyı Tolere etme ölçeği ve altboyutları arasında negatif, orta şiddette anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Sıkıntıyı tolere etme düzeyi düşük olan katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği medyanları yüksek bulunmuştur. Katılımcıların tedavi öncesi ve sonrası Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği medyanları için anlamlı farklılık bulunmuştur. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası madde kullanım durumlarına göre katılımcıların madde aşerme ve sıkıntıyı tolere etme medyanları arasında farklılık bulunmamıştır. Tedavi sonrası madde kullanmamış katılımcıların madde aşerme puanlarında anlamlı şekilde düşüş olduğu görülmüştür. Tedavi sonrası madde kullanmış katılımcıların madde aşerme puanları anlamlı şekilde düşerken sıkıntıyı tolere etme puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Tedavi sonrası sıkıntıyı tolere seviye düşük olan katılımcıların %50'si tekrar madde kullanırken tedavi sonrası sıkıntıyı tolere seviyesi yüksek katılımcıların %20'si tekrar madde kullanmıştır. Ayrıca ilk kullandığı madde alkol olan katılımcıların sıkıntıyı tolere etme medyanlarının en düşük olduğu görülmüştür. Bu çalışma sıkıntıya tolerans ve madde kullanımı üzerine yapılacak daha büyük örneklemlili çalışmalara yol gösterebilir.

Anahtar kelimeler: *madde kullanım bozukluğu, aşerme, sıkıntıya tolerans*

ABSTRACT

Substance use disorder affects individuals and communities all over the world and continues to create a growing danger. In this study, the effect of tolerance to distress on substance use in people with substance use disorder was investigated. In this study, 50 people were admitted to NP Brain Hospital and 4 of them were female and 46 were male. The questionnaire was applied to the participants, including sociodemographic data form, Tolerating Distress Scale and Substance Craving Scale. The data were classified and analyzed with help of the SPSS.24 package program $p=0,05$ and $p=0,01$ significance level. The correlation analysis showed that there was a negative, moderate, and significant correlation between Substance Craving Scale and Tolerating Distress Scale and its subscales. Participants with a low level of tolerance for distress were found to have a high level of Substance Craving Scale medians. Before and after the treatment, there was a significant difference for the median of the participants' Substance Craving Scale and Tolerating Distress Scale. According to the post and pre-treatment drug use situation, there was no difference between the medians of the participants to substance craving and tolerating distress. Participants who did not use drugs after the treatment had a significant decrease in substance craving scores. Participants who did use drug after the treatment had a significant decrease in substance craving scores and significant increase tolerating distress scores. 50% of the participants who post-treatment distress tolerance level is low were using the substance again and 20% of the participants who post-treatment distress tolerance level is high were using the substance again. In addition, the first substance used by alcohol participants to tolerate the distress of the median was seen to be the lowest. This study may lead to larger sample studies that will adhere to tolerance to distress and substance use.

Keywords: *substance, use disorder, craving, distress, tolerance*

TEŐEKKÖRLER

Tez alıőmamın planlanmasında, yürütölmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, Sayın Hocam Doç. Dr.Cemal Onur NOYAN'a, veri toplamama yardımcı olan ve bu sahada aktif çalıőmamı sağlayan NP İstanbul Beyin Hastanesi Amatem servisi personeline ve tanıdığım günden beri hayatımdaki varlığı için Őükran duyduğum Uzm. Klinik. Psk. Ve Aile ve çift terapisti Naciye Ersözölü ÇİTİL'e teőekkörü bir borç bilirim.



BEYAN FORMU

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

08.01.2019

Ferruh GÜNEŞ



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No.</u>
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜRLER	iii
BİLİMSEL ETİK FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Madde Kullanım Bozukluğu Epistemolojisi	3
2.2. Madde Kullanım Bozukluğu Prevelansı	4
2.3. Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri	5
2.4. Madde Kullanım Bozukluğu Etiyolojisi	6
2.4.1. Davranışsal Model.....	6
2.4.2. Bilişsel Model.....	7
2.4.3. Psikanalitik Model.....	8
2.4.4. Biyolojik Etmenler	8
2.4.5. Psikolojik ve Ekonomik Nedenler	8
2.4.6. Sosyokültürel Faktörler.....	9
2.5. Madde Kullanım Bozukluğunun Sonuçları.....	9
2.5.1. Psikolojik Sonuçlar	10
2.5.2. Sosyal Sonuçlar.....	10
2.5.3. Biyolojik Sonuçlar.....	10
2.6. Madde Kullanım Bozukluğu Olanların Kişilik Özellikleri.....	11
2.7. Madde Kullanım Bozukluklarının Tedavi Yöntemleri	12
2.7.1. Detoksifikasyon Tedavisi.....	13
2.7.2. Rehabilitasyon	14
2.7.3. Psikoterapi	14
2.7.4. Davranışçı-Bilişsel Terapi	14

2.7.5. Aile Terapisi.....	15
2.7.6. Relaps Önleme Terapisi.....	15
2.7.7. Genetik etkenler.....	16
2.8. Sıkıntıya Tolerans Nedir?	16
2.9. Sıkıntıya Tolerans Düzeyinin Belirtileri	18
2.9.1. Sıkıntıya Toleransta Fiziksel Etkenler.....	19
2.9.2. Sıkıntıya Toleransta Psikolojik Etkenler	20
2.9.3. Sıkıntıya Toleransta Çevresel Etkenler.....	20
2.10. Sıkıntıya Toleransın Sonuçları	20
2.11. Sıkıntıya Toleransı Etkileyen Durumlar	21
2.11.1. Kişilik ve Sıkıntıya Tolerans	21
2.11.2. Psikolojik Sorunlar ve Sıkıntıya Tolerans	22
2.11.3. Madde Bağımlılığı ve Sıkıntıya Tolerans	22
2.12. Alan Dizini Çalışmaları	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Evren ve Örneklem	24
3.2. Kullanılan Araç ve Gereçler.....	25
3.3. İşlem.....	25
3.4. Verilerin Analizi.....	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	42
5.1. Sonuç.....	45
5.2. Kısıtlılıklar	45
5.3. Öneriler	46
KAYNAKÇA	47
EKLER.....	52
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	52
Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu	54
Ek 3. Madde Aşırme Ölçeği	56
Ek 4. Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği	58

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Demografik Verilerin Sayı ve Yüzde Dağılımı	27
Tablo 2. Anket Açık Uçlu Soruları ve Ölçekleri için Betimleyici İstatistikleri	28
Tablo 3. Araştırma Ölçek ve Altboyutları için Korelasyon Analizi Sonuçları	29
Tablo 4. Katılımcıların Tolerans Düzeylerine Göre Madde Aşerme Puanlarının Karşılaştırılması	29
Tablo 5. Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması	30
Tablo 6. Medeni Duruma Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 7. İlk Kullanılan Maddeye Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması	32
Tablo 8. Mevcut Kullanılan ve Bırakılan Maddeye Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 9. Madde Kullanım Sıklığına Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 10. Anne-Babada Madde Kullanım Öyküsüne Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 11. Kardeşte Madde Kullanım Öyküsüne Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 12. Cezaevi Öyküsüne Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 13. Kendine Zarar Verme Davranışına Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 14. Katılımcıların Tedavi Öncesi ve Sonrası Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 15. Katılımcıların Tedavi Sonrası Madde Kullanmalarına Göre Sıkıntıyı Tolere Düzeylerinin Dağılımlarının İncelenmesi	39
Tablo 16. Maddeyi Tekrar Kullanıp Kullanmama Durumuna Göre Katılımcıların Tedavi Öncesi Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 17. Maddeyi Tekrar Kullanıp Kullanmama Durumuna Göre Katılımcıların Tedavi Sonrası Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 18. Tedavi Sonrası Madde Kullanmamış Katılımcıların Tedavi Öncesi ve Sonrası Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması	40

Tablo 19. Tedavi Sonrası Madde Kullanmış Katılımcıların Tedavi Öncesi ve Sonrası Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması41



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sıkıntıya Tolerans Düzeyine Göre Katılımcıların Madde Aşırme Puanları 30



KISALTMALAR DİZİNİ

APA : American Psychological Association

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

SPSS : Statistical Package For The Social Sciences



1. GİRİŞ

Madde kullanım bozukluğu psikolojik, sosyal, biyokimyasal ve genetik faktörlerle birlikte değişik etkilerinin olduğu düşünülen bir bozukluktur (Farren ve Tipton, 1999). Madde kullanım bozukluğundaremisyon ve aşerme hastalığının doğal seyrini belirleyen iki temel süreçtir. Aşerme, belirli bir madde kullanmama döneminden yani remisyon sürecinden sonra tekrar içmeye yönelik duyulan isteği ifade etmektedir. Bu isteği harekete geçiren sebepler biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenlerle ortaya çıkmakta ve baş etme kapasitesi zayıf olan kişilerde tekrar madde kullanımına sebep olabilmektedir. Depreşme olarak ifade edilen tekrar madde kullanımı ile ilgili yapılan bir araştırmada bir yıllık bir takip sonucunda hastaların ancak %39'unun ayıklıklarını devam ettirebildikleri bulunmuştur (Gordon, 1991). Böylesine hiç te azımsanmayacak düzeyde nüks'lerin görüldüğü bir bozukluk olması, bu alanda sürekli çalışma ve araştırmaların yapılmasını zorunlu kılmaktadır.

Ülkemizde madde kullanım bozukluğu oranları batı ülkelerine göre daha az düzeyde görülmekle birlikte, son yıllarda madde kullanımının arttığı ve madde kullanımına başlangıç yaşının düştüğü görülmektedir. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi'nin (EMCDDA) raporunda 1990'lı yıllardan başlayarak uyuşturucu kullanımının arttığını ve Avrupa kıtasında her dört gençten birinin en az bir defa uyuşturucu deneyimi olduğunu belirtmiştir.

Sıkıntıya tolerans olumsuz psikolojik durumlarla baş edebilme ve bunlara karşı yaşamsal faaliyetlerin sürdürülmesi şeklinde açıklanmıştır (Simons ve Gaher, 2005). Simons ve Gaher (2005) sıkıntının, zihinsel ya da bedensel süreçlerin bir sonucu olarak ortaya çıkabildiğini ancak varlığının duygusal bir durum olarak hissedildiğini belirtmiştir. Sıkıntıya dayanma bütün duygusal durumları içermekte ve bunların kontrol altına alınabilip alınamayacağını ifade etmektedir (Brown ve ark. 2005). Leyro ve ark. (2010) ise sıkıntıya dayanmayı hissedilen ya da gerçekten olan olumsuz duygulanım ve caydırıcı ruhsal ve/veya fiziksel durumlarla baş edebilme kapasitesi olarak tanımlamıştır.

Sıkıntıya dayanma kavramı madde kullanım bozukluğunda da önemli bir konuma sahiptir. Lazarus (1991) madde kullanımını daha fazla bilişsel beceri gerektiren sorun merkezli olmaktan çok, hızlı duygusal değişimleri hedefleyen duygu merkezli bir başa çıkma yöntemi olarak kabul etmiştir. Bu şekildeki bir baş etme stratejisi düşük sıkıntıya dayanma becerisi olan kişiler tarafından tercih edilebilir. Bununla ilişkili olarak madde kullanım bozukluğu olan bireylerin olumsuz duyguları tolere etmede yetersizlikleri olduğu saptanmıştır (Carey ve Correia 1997; Carpenter ve Hasin, 1999).

-Araştırmanın konusu: yapılan çalışmanın konusu madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sıkıntıya toleransın madde kullanım sürecine etkisidir.

-Araştırmanın amacı: yapılan çalışmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerin sıkıntıya tolerans düzeyine göre yeniden madde kullanım (relaps) ve aşerme sürecine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

-Araştırmanın sınırlılıkları: yapılan çalışmada bağımlılık noktasında sadece madde kullanım bozukluğu bireylerle çalışılması çalışmanın sınırlılığı olmuştur. Ayrıca çalışma İstanbul ili Üsküdar ilçesindeki NP hastanesinde yaptış yapmış hastalar ile sınırlıdır.

-Araştırmanın önemi: madde yeniden kullanımında sıkıntıya toleransın incelenmesi, sağaltım ve tedavi noktasında çalışmacılara yardımcı olacaktır. Yapılan çalışmanın bu noktada getireceği bilgiler ve alan dizine katkıları çalışmanın önemini göstermektedir.

-Araştırmanın hipotezleri: bu çalışmada madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin, sıkıntıya tolerans düzeylerinin, madde kullanımına ve aşerme sürecine etkisi incelenmiştir. Bu amaç doğrultusunda aşağıda yer alan hipotezler sınanmıştır bunlar:

H₁: Madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin sıkıntıya dayanma düzeyi düşüktür.

H₂: Sıkıntıya toleransın düşük olmasının madde yeniden kullanımına ve aşermeye etkisi bulunmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Madde Kullanım Bozukluğu Epistemolojisi

Madde kullanım bozukluğu, psikoaktif maddelerin kullanımıyla beyin yapısının değişmesi sonucu ortaya çıkan bir bozukluktur. Psikoaktif maddelerin kullanımı beyindeki biliş, duygu ve motivasyon süreçlerini olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Nöroloji araştırmaları, madde kullanım bozukluğunun biyolojik ve genetik temeli olan, kronik, tekrarlayan bir bozukluk olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Kullanım bozukluğu, kullanım bozukluğu yapıcı maddelerin, madde ve madde ile ilgili ipuçları arasındaki ilişki hakkında “öğrenme” süreciyle kombine olan motivasyon ve duyguyla ilişkili beyin alanları üzerindeki karmaşık etkileşiminin sonucudur (Ögel ve ark., 2001)

Psikolojik hastalıklardaki artışın, dünyada görülmekte olan madde kullanımındaki artışla bağlantılı olduğu belirtilmektedir. Madde kullanım bozukluğu yapıcı madde kullanımının diğer ruhsal rahatsızlıkların görülmesinde büyük bir risk faktörü olduğu da saptanmıştır (Yıldırım, 1997). Örneğin, Kanada’daki ölümlerin ve hastalıkların önemli bir nedeninin yasadışı madde kullanımı olduğu ifade edilmektedir. Kanada’da 2002 yılında, 39,8 milyar dolar, kişi başına 1,267 dolar, madde kötüye kullanımına: 14,6 milyar dolar madde bağımlılığına, 17 milyar dolar tütün kullanım bozukluğuna ve 8,2 milyar dolar yasadışı ilaç kullanımına harcanmıştır. Bu masraflara tedavi, önleyici, kanuni yükümlülükler, artan hastalık ve ölümler nedeniyle üretim kaybına harcanan kaynaklar da dahildir (Yeltepe, 2010).

Madde kullanım bozukluğu, bireylerin yaşam boyunca kendilerinin etiketlenmesine, sosyal işlevselliklerin bozulmasına, toplumsal yapıda çöküntüye sebebiyet veren fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerde bozulmalara giden etkiler oluşturur.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) tarafından yapılan çalışmaya göre 2005 yılında 1,8 milyon insanın madde kötüye kullanım sebebiyle bir tedavi programına katıldığı bilinmektedir (SAMHSA, 2005). Ayrıca 2006 yılında yürütülen bir aylık bir araştırma içerisinde 11 yaşın üstünde 20,4 milyon Amerikalının yasa dışı madde kullandığı tahmin edilmektedir (SAMHSA, 2007).

2.2. Madde Kullanım Bozukluğu Prevelansı

Madde kullanım bozuklukları birçok ülkede büyük bir toplum sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Madde kullanım bozukluğuna bağlı sağlık problemleri, kalp hastalığı ve kanserden sonra 3. sırada yer almaktadır (Coşkunol ve Altıntoprak, 1999). Hastanelerde tedavi gören bireylerin çoğunda madde kullanım bozukluğu görülmektedir. İngiltere’de madde kullanım bozukluğuna sahip kişi sayısı 2001’de 2,8 milyonun üzerinde saptanmıştır.

Amerikadaki gençlerin %12’sinin hayatlarının belirli bir döneminde madde kullanım bozukluğuyla ilgili sorun yaşadıkları tespit edilmiştir (Öztürk, Kırılıoğlu ve Kıracı, 2015). WHO’ya göre dünyada 140 milyon kişi madde kullanım bozukluğu yaşamaktadır. 2002’de Alkol Kötüye Kullanımı ve Alkolizm Ulusal Enstitüsü (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) tarafından yürütülen bir araştırmaya madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan 4422 yetişkin denek dâhil olmuştur (Sağkal ve Gürken, 2010).2001 yılı içinde ülkemizde yapılan ve 24.259 öğrenciyi kapsayan (11.989’u ilköğretim ve 12.270’i orta öğretim öğrencisi) çalışma sonucunda ilk öğretim için genel yaygınlık oranları şu şekildedir (Ögel ve ark, 2006);

- Esrar %0,4
- Uçucu madde için %3
- Diğer uyuşturucu ve uyarıcı maddeler %0,4

Orta öğretim öğrencileri için ise oranlar şu şekildedir (Ögel ve ark, 2006);

- Uçucu Maddeler %4,3,
- Eroin %2,1,
- Ecstasy %1,3
- Kokain %1,2

Orta öğretim döneminde erkekler ve kızların kullanım oranları arasında da farklılık bulunmaktadır. Erkeklerin kızlara oranla madde kullanma riski (Olçay, 2016):

- Esrar kullanım için 3,7
- Uçucu madde kullanım için 1,6
- Eroin kullanım için 4,7
- Ecstasy kullanım için 5,1
- Kokain kullanım için ise 4,6 kat daha yüksektir.

2.3. Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri

Madde kullanım bozukluğu Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM-V'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) göre tanı ölçütleri şöyledir (Köroğlu, 2013);

Bir yıl içinde aşağıdakilerden en az ikisi kendini göstermeli, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeye yol açmalıdır:

1. İstendiğinden daha büyük ölçüde veya uzun süreli kullanım
2. Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek veya sonuç vermeyen çabalar
3. Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
4. Madde kullanımı için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme
5. Tekrar eden kullanım sonucu sorumluluklarını yerine getirememe (işte, okulda, evde)

6. Olumsuz etkilerine rağmen kullanıma devam etme (toplumsal ve kişiler arası sorunlar)
7. Kullanımdan dolayı günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması (iş, eğlence vb.)
8. Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi kullanmaya devam etme
9. Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme
10. Maddeye tolerans gelişmiş olması İstenen etkinin ortaya çıkması için artan madde gereksinimi Aynı miktarda maddenin sürekli kullanımını sonucu etkisinin azalması durumu
11. Yoksunluk belirtileri (Bulantı, uykusuzluk, kusma, sinirlilik, bunaltı, huzursuzluk, saldırganlık, ishal, terleme, titreme, kas sızıları, ateş vb.). Her madde yoksunluk belirtisi göstermez.

1 yıl içinde bulguların 2 veya 3'ü varsa hafif, 4 veya 5'i varsa orta, 6 veya daha fazlası varsa şiddetli kabul edilir.

2.4. Madde Kullanım Bozukluğu Etiyolojisi

Madde kullanımına bağlı bozukluklar biopsikososyal model ile açıklanabilen heterojen bir hastalık grubudur. Madde kullanımına bağlı bozukluklarda, diğer psikiyatrik durumlara benzer şekilde olduğu gibi pek çok değişkene bağlı bir etiyoloji söz konusudur. Klasik olarak bir kullanım bozukluğunun oluşabilmesi için üç faktörün gerekli olduğu kabul edilir. Bunlar; kişilik faktörü, çevre faktörü ve maddenin kendisidir. Madde kullanımının nedenlerini bazı kuramlar kendi perspektifleriyle açıklamışlardır (Tabak, 2010).

2.4.1. Davranışsal Model

Davranışçı kuramlar devamlı madde kullanımını öğrenilmiş sağlıksız bir davranış deseni olarak açıklamaktadır. Davranışsal kuram maddenin olumlu pekiştireç rolüne eğilmektedir. Madde kullanımının öğrenilmiş bir davranış olduğunu ve klasik veya edimsel koşullanma yolu ile devam ettirildiğini ileri sürmektedir. Örneğin, edimsel koşullanmanın ilkelerine göre, madde olumlu ve olumsuz pekiştirme sonucunda giderek daha çok tekrarlayan bir davranış haline gelmektedir. Madde aldıktan sonra kişinin

rahatlaması gibi özellikler olumlu pekiştireç olur ve davranışın sürdürülmesini sağlar (Bayar ve Yavuz, 2008).

Bir kimse moral bozukluğu, öfke, sosyal kaygı veya fiziksel acı gibi bir uyarıcıya yanıt olarak madde kullanımına yönelebilir. Madde, daha yüksek bir moral veya acının giderilmesini sağladığı için maddenin pekiştirici etkisi ile madde arasında bir bağ kurulabilir. Diğer bir ifadeyle, madde hem olumsuz (anksiyete, acı gibi rahatsızlık verici bir durumunun bertaraf edilmesi) hem de olumlu pekiştirme ile kişiye verdiği rahatlık ve gevşeme duygusu, neşe gibi davranışının giderek daha da pekişmesine sebep olur. Öğrenme kuramına göre maddenin ortaya çıkardığı yasal, sosyal veya tıbbi problemler zamansal olarak kullanma eyleminden çok sonra ortaya çıktığından kullanma sıklığı azalmamaktadır (Tabak, 2010).

2.4.2. Bilişsel Model

Bilişsel kurama göre, madde kullananlar en az üç farklı inançta sahiptir. Beklenti odaklı (anticipatory) inançlar, ödül beklentisini kapsamaktadır. Örneğin: Bu akşam parti güzel geçecek. “Kafamın iyi olması gerekiyor”. Bir başka inanç ise rahatlatıcı (relief-orient) inançlardır. Rahatlatıcı inançlar, maddenin rahatsız bir durumun ortadan kaldırılmasını planıyla kuvvetlendirilen inançlardır. Örneğin, bir maddenin yoksunluğunu yaşayan bir kişi “ Bu durumla baş edemem. Bir miktar almalıyım.” diyerek tekrardan madde kullanmaya yönelir. Üçüncü inançsa kolaylaştırıcı (facilitative) inançlardır. Kolaylaştırıcı inançlar, madde kullanımının olumsuz neticelerine rağmen madde kullanmayı kabul edilebilir duruma getirir ve kullanmakla ilgili kendilerini haklı çıkarır. Örneğin, “yalnızca güçsüz insanlar maddeyle problem yaşamaktadır. “madde kullanmalıyım yoksa işime, gücüme odaklanamam” diyerek madde kullanmalarını aklileştirecek sebepler bulabilirler (Öztürk ve ark., 2015).

2.4.3. Psikanalitik Model

Psikanalitik kurama göre; gelişim dönemlerinde oral dönem saplanması yaşayanlar, süper egolarını bastırmak için madde almakta böylelikle hem ego hem de oral doyum sağlanmaktadır. Maddenin yatıştırıcı ve sakinleştirici etkisi ile gerilim azalmakta, ego çatışmaları çözülmekte, istenmeyen anılar unutulmakta ve bireye kendini kuvvetli hissetmesini sağlayan etkiler ortaya çıkmaktadır. Madde kullanım bozukluğu konusundaki analitik yaklaşım, kullanıcıların, kullanılan maddenin kimyasal etkilerini, psikolojik bir gereksinimi karşılamak amacıyla arzuladıkları yolundadır. Kullanım bozukluğu, sevgi nesnesinin kazanılması ve kaybedilmesi süreci olarak da tanımlanmaktadır. Bu sebeple, hatalı nesne ilişkilerinin bir neticesi olarak kullanım bozukluğu ortaya çıkmaktadır (Tabak, 2010; Yıldırım ve ark., 2011).

2.4.4. Biyolojik Etmenler

Madde kullanım bozukluğu sebepleriyle ilgili olarak kalıtımın etkisini ilk olarak dile getiren Magnus Huss madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin sinir sisteminde doğuştan olan ve sosyaçekimle gelen yapı bozukluğu bulunduğunu ileri sürmüştür. Ailedeki madde kullanım bozukluğunun varlığı biyolojik bir yatkınlığı ortaya atmaktadır. Davranım bozukluğu, Dikkat eksikliği Hiperaktivite bozukluğu gibi bazı nörobiyolojik temelli durumların varlığı zamanla madde kullanımını açısından risk yaratmaktadır. Bu çocukların erken yaşlarda tespiti ve koruyucu önlemlerin alınması ileride madde kullanımını önlemek açısından son derece yerinde bir müdahale olacaktır. Kimi araştırmacılara göre madde kullanım bozukluğu yaşayan bireylerin nesillerinde sadece madde kullanım bozukluğu yaşamış kişilerin araştırılması yetersiz olacaktır. Çünkü bu kişilerin soy geçmişinde mental hastalıklar ve karakteristik bozukluklara sahip olan kişilerin oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Köknel, 1983).

2.4.5. Psikolojik ve Ekonomik Nedenler

İleri düzeyde tepkisel, asabi, hırçın, saldırgan davranışları olan bir genç genellikle sıkıntı verici olaylarla baş etme gücü sınırlı kaldığında, madde kullanmaya yönelebilmektedir. Ancak böyle bir genetik yatkınlığa sahip olup da iyi bir eğitim alanlarda madde kullanım

bozukluğunun genetik yatkınlığına sahip olmalarına rağmen madde kullanımına yönelmedikleri görülmüştür (Olçay, 2016).

Genetik yatkınlıkları olmamasına rağmen, içinde bulunduğu ortamın etkisi ve bilinçsizlikten dolayı kullanım bozukluğu ortaya çıkabilir. Bu bireylerin kişilik özelliği kullanım bozukluğu nedeni değil, bir sonuç olarak kendini göstermektedir. Madde kullanımında hastalık öncesi kişilik yapısına ilişkin araştırmalar da gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalarda özgül bir kişilik yapısının varlığı gösterilememiştir (Kef, 1997). Değişik kaynaklarda madde kullanım bozukluğuna sahip kişilerin, düşük benlikteki, dürtüsel, kendini düşünen, antisosyal olan, cinsel kimlik sorunları yaşayan kişiler olduğu belirtilmiştir. Ailedeki sorunlar, sosyal işlev eksiklikleri ve arkadaş ilişkilerinin sağlıklı olması da madde kullanım bozukluğu riskini arttırıcı faktörlerdir (Yılmaz, 2015).

2.4.6. Sosyokültürel Faktörler

Bazı sosyal ortamlar ve meslek koşulları madde kullanımını davranışını arttırma açısından risk taşır. Üniversite yurt ortamı, ordu, turist rehberliği, bankacılık, barmenlik gibi bazı meslekler bu risk grubundadır. Bazı kültürel ve etnik gruplarda da alkol kullanımı diğerlerine göre daha fazla olabilmektedir. Örneğin; Asya ülkeleri ve tutucu Protestanlar, liberal Protestan ve Katoliklere göre daha az alkol kullanmaktadır (Ögel ve ark., 2006).

2.5. Madde Kullanım Bozukluğunun Sonuçları

Madde kullanım bozukluğunun birçok sebebi olduğu gibi birçok sonucu da vardır. Bu sonuçlar sosyal, psikolojik ve biyolojik açıdan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireyi olumsuz yönde etkilemektedir. Madde kullanım bozukluğunun temelleri ailede atılmakta, aile ve toplum üzerine sayısız olumsuz etkileri bulunmaktadır. Madde kullanım bozukluğu, günümüzde ailenin esenliğini ve yapısını tehdit eden bir tehlike oluşturmaktadır. Aile ve gençlik için ciddi bir tehdit oluşturan madde kullanımına karşın, kamuoyunu uyarmak kanuni olduğu kadar da insani bir sorumluluktur. Kullanım bozuklukları diğer hastalıklar ile kıyaslandığında, aileye ve topluma ağır yükler getiren bir hastalık olduğu kabul edilmelidir. Bu sebeple de kullanım bozuklukları ile ilgili araştırmaların yapılması ve kullanım bozukluğunu önleyici nitelikte etkinlikler oluşturulması daha çok önem kazanmaktadır (Yılmaz, 2015).

2.5.1. Psikolojik Sonuçlar

Madde kullanımına ilişkin aile öyküsü, genetik yatkınlıklar ile dürtüye yönelik kontrol bozukluğunun olması, antisosyal kişilik bozukluğu ile davranış bozukluğu gibi aile içinde duygu durumla ilgili bozukluğun varlığı ciddi risk etmenleridir. Bu etmenlerin sonucu olarak ortaya çıkan madde kullanım bozukluğu kişiyi psikolojik yönden olumsuz etkilemektedir. Bu etkiler şu şekilde sıralanabilir (Elmacı, 2010):

- Sinirlilik ve kendine zarar verici davranışlar,
- Benlik saygısında dūřuř,
- Maddeyi kullanmak için sahte iyilik hali ve tutumlar sergilemesi,
- Sosyal iliřki ve becerilerde dūřuř,
- Anksiyete ve duygu durum bozuklukları ile bilişsel değişikliklerin olması, dürtüsellik konusunda öğrenme güçlüklerinin ortaya çıkması,

2.5.2. Sosyal Sonuçlar

Madde kullanımının sosyal yönden birçok olumsuz sonucu bulunmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin diğer bireylere nazaran suça daha eğilimli oldukları bilinmektedir. şayet kullanım bozukluğu olan kişi maddeyi temin edemezse saldırgan tavırlar gösterebilir, hırsızlık, gasp gibi olumsuz durumlar içine girebilir. Bu durumda bireyi daha olumsuz bir evre ve yaşam biçimine biraz daha yaklaştırır. Bunun yanı sıra madde kullanım bozukluğu olan kişilerin aileleri ve yakın çevresindeki kişilerle ilişkileri de oldukça kötü düzeydedir. Bu durum bazen bir sonuç olabilirken bazen kişinin madde kullanım bozukluğunun nedeni de olabilir (Kef, 1997).

Madde kullanım bozukluğuna sahip bireyler iş konusunda da zorluk çekerek, bir işte uzun süreli ve verimli bir şekilde çalışamazlar. evresindeki insanlarla iletişim kurmakta güçlük çeken bu kişiler geleceğe dair endişe duyup karamsar bir ruh haline girerler.

2.5.3. Biyolojik Sonuçlar

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde madde kullanımına bağlı birçok bozukluk ve rahatsızlık meydana gelmektedir. Madde kullanımı vücuttaki diğer sistemlerin (sindirim sistemi, solunum sistemi) işleyişini de olumsuz etkilemektedir. Madde kullanımının diğer biyolojik sonuçları aşağıdaki gibidir (Elmacı, 2006):

- Yürüme ve dengede bozulmalar
- Solunumda yavaşlama
- Boşaltım sisteminde sorunlar
- Derinin renk kaybetmesi
- Uyku bozukluklarının görölmesi
- Konuşmada güçlük yaşanması
- Burun akıntılarının oluşması
- Titreme ve terleme halleri
- Gözlerde kanlanmanın ve göz bebeklerinin daralması

2.6. Madde Kullanım Bozukluğu Olanların Kişilik Özellikleri

Literatürde “madde kullanım bozukluğu kişilik tipinin” olup olmadığı yönünde birçok çalışma olduğunu görmekteyiz. Yapılan çalışmaların amaçları genel olarak madde kullanım bozukluğu yaşayanları, bu bozukluğu yaşamayanlardan farklı kılan özellikleri tespit etmektir. Madde kullanım bozukluğu olanların kişilik özellikleri incelendiğinde, kesin bir kişilik örüntüsünün olmamasına rağmen bu bireylerin çoğunlukla bağımlı, utangaç, yalnızlığa eğimli, bunaltısı yoğun, engellenme eşiği düşük, ürkek, gergin, eyleme vuruk, aşırı duyarlı ve cinsel dürtülerini bastırmış bireyler oldukları ortaya atılmıştır. Ayrıca Antisosyal Kişilik Özelliklerinin, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde daha sık görüldüğu bilinmektedir (Ünal ve Özpoyraz, 1997).

Madde kullanım bozukluğu olanların kişilik özelliklerini araştıran birçok araştırma yapılmıştır. İlk başlarda yapılan araştırmalarda, duygu durum bozukluğunun bir kişilik

özelliği olduğu düşünülürken, daha sonra madde kullanım bozukluğu ve duygu durum bozukluğunun beraber seyredebilen iki farklı olgu olduğu kabul edilmiştir. Madde kullanım bozukluğu olanlarla yapılan tüm çalışmalarda ortak bulgu zayıf ego gücü, engellenmeye karşı düşük tolerans, dürtüsellik, pasif bağımlılık ve her şeye gücünün yeteceğine dair (omnipotans) duygulardır (Yeltepe, 2010).

Levenson ve arkadaşları (1973), henüz madde kullanım bozukluğu olmayan bir gruba MMPI uygulamış ve test uygulandıktan bir süre sonra bozukluk geliştiren ve geliştirmeyen deneklerin sonuçlarını birbiri ile karşılaştırmışlardır. Bu araştırmaların sonuçlarına göre, madde kullanım bozukluğu olanlar öncesinde testte yüksek düzeyde sosyal uyum problemi, otoriteye karşı gelme ve dürtüsellik saptanmıştır. Sonuçta hem madde kullanım bozukluğu olmadan önce hem de olduktan sonra, bu kişilerde antisosyal dürtüselliliğin olduğu bulunmuştur (Akt.: Bayar ve Yavuz, 2008).

Rotter'ın İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (Rotter's Internal-External Locus of Control Scale) kullanılarak yapılan bir araştırmada, Rohsenow (1982) ölçekte dış oryantasyondan yüksek puan alan bireylerin, problemlili içici olduklarını saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle dış oryantasyondan yüksek puan alan kişiler, kendi davranışlarının sebeplerini dışarıda arayan, kaderci bireylerdir.

Türkiye'de madde kullanım bozukluklarında kişilik özelliklerine bakılan bir araştırmada bu kişilerin yüksek düzeyde yenilik arayışı içinde oldukları bunun dürtüsellikle ilişkili olduğu, zarardan kaçınma ve sebat etme, kendini yönetme, iş birliğine yatkınlık düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (Akvardar ve ark., 2005).

Kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları arasında çift yönlü bir nedensellik bulunmaktadır. İki kavram hem birbirinin nedeni hem de sonucu olabilmektedir. Kişilik bozukluğu olan kişilerin %20 ila %80 arası bir çoğunluğunda madde kullanım bozukluğu mevcuttur. Madde kullanım bozukluğu için en sık görülen kişilik bozukluğu ise antisosyal kişilik bozukluğudur. Madde kullanım bozukluğu olan her on kişiden sekizinde antisosyal kişilik özellikleri bulunmaktadır. Ancak bu oran antisosyal kişilik bozukluğu için %30 dolayındadır (Bayar ve Yavuz, 2008).

2.7. Madde Kullanım Bozukluklarının Tedavi Yöntemleri

Madde kullanım bozukluğundan iyileşme, zaman içerisinde bireysel ve kişilerarası değişiklikler yapmak ve bunların devamlılığını sağlamakla birlikte madde kullanmayı bırakma sürecidir. Kimi değişiklikler kullanım bozukluklarına sahip kişiler arasında değişiklik gösterir ve bazı boyutlarda meydana gelir. Bu boyutlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir: fiziksel, psikolojik, davranışsal, kişisel, ailevi, sosyal, manevi ve finansal (Daley, 2002). İyileşme, bilgi edinme, kendinin farkına varma, maddesiz bir yaşam için beceriler geliştirme ve değişim programlarına devam etmeyi içerir. Değişim programları, profesyonel tedavi, kendine destek gruplarına katılım ve kendini yönetme yöntemlerini kapsamaktadır (Gorski, 1986).

Madde kullanım bozukluğunun tedavisine başlanmadan önce hastadan ayrıntılı bir hastalık öyküsü (anamnez) alınmalı, fizik ve nörolojik muayene yapılmalı, bilinç düzeyi ve ruhsal durumu değerlendirilmelidir. Rutin laboratuvar tetkikleri (akciğer ve kafa grafisi, EKG, EEG, tam kan ve idrar incelemeleri, kan şekeri, BUN, elektrolitler, karaciğer işlevleri) istenmelidir.

Birçok madde kullanım bozukluğu olan kişi ailesinin ya da işverenin ısrarıyla ya da bozukluğunun ölümcül bir sonucu olacağı korkusuyla tedavi isteğinde bulunmaktadır. Tedavi için hayatındaki önemli kişilerce motive edilen hastaların tedaviye daha uzun süre devam ettikleri ve daha iyi bir gidiş gösterdikleri saptanmıştır. En ideal durum ise bireyin kliniğe kendi arzusuyla gelmesidir. Madde kullanım bozukluğu tedavisi kişinin bireysel tedavisi ve kişi ve toplum için koruyucu yaklaşımla rol alarak çok aşamalı bir süreç olarak düşünülmelidir (Elmacı, 2010; Tabak, 2010).

2.7.1. Detoksifikasyon Tedavisi

Madde kullanım bozukluğu problemi yaşayan bazı hastaların tedavisi detoksifikasyon yani bedensel arınmayı gerektirebilir. Detoksifikasyon, madde intoksikasyon ve yoksunluğunun tıbbi olarak denetimidir. Belirli maddelere (özellikle opioidler, sedatif ve hipnotikler) bağımlı ve şiddetli akut yoksunluk semptomları yaşayan hastalar için detoksifikasyon, tedaviye başlamada gerekli bir adım olsa da, tek başına uzun süreli bir ayıklık ya da madde kullanım bozukluğundan tamamen kurtulmak için genellikle yeterli olmamaktadır. Madde kullanım bozukluğunda, detoksifikasyonu takip eden tedavi/rehabilitasyon aşamasının, başarılı bir iyileşme için zorunlu olduğu

düşünölmektedir. Yapılan alışmalar, detoksifikasyondan sonra bu desteği alan hastaların, bu desteği almayan hastalara göre ayıklık başarılarının daha yüksek ve tekrar tedaviye başvuru oranlarının ise daha düşük olduğunu göstermektedir (Tabak, 2010).

2.7.2. Rehabilitasyon

Madde Kullanım bozukluğu biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri olan, kronik fakat iyileştirilebilir bir hastalıktır. Kullanım bozukluğunun asıl tedavisi detoksifikasyondan sonra başlar ve kullanıma yeniden başlamayı engellemeyi hedefler. Kullanım bozuklukluğunun neden olduğu sorunlar ekonomik, sosyal, tıbbi ve yasal sonuçlar tüm toplumu etkiler. Bu nedenle, fiziksel arınma sonrasındaki rehabilitasyon sürecinde kullanım bozukluğu olan kişinin iyileşmesi, yeniden topluma kazandırılması ve yaşamsal becerilerin yeniden kendine öğretilmesi çok önemlidir. Bu sebeple tedavi toplulukları, kendine destek grupları gibi çeşitli terapi programları geliştirilmiştir. Ayrıca, yatarak ya da ayaktan tedavi sırasında ruhsal ve davranışsal sorunların tedavisi için geliştirilmiş çeşitli psikoterapiler mevcuttur. Kullanım bozukluğu olanlar tedavileri süresince ve sonrasında bu programlara katılabilirler (Gümüş ve ark., 2011).

2.7.3. Psikoterapi

Detoksifikasyon sırasında ve sonrasında kullanım bozukluğu olanın ruhsal (depresyon, kaygı vb.) ve davranışsal (asosyallik vb.) sorunlarının giderilmesi için kişiye uygun kişisel ya da grup terapileri uygulanmaktadır. Yaygın kullanılan psikoterapilerin amacı, kullanım bozukluğu olan kişinin sorunlarının farkına varmasının ve eğer varsa kaygı, depresyon gibi psikolojik ya da asosyallik gibi davranışsal sorunlarının çözölmesini sağlamaktır. Aşağıda kullanım bozukluğu tedavisinde kullanılan psikoteraplilerden yaygın olanlar hakkında bilgi verilmiştir.

2.7.4. Davranışçı-Bilişsel Terapi

Madde kullanım bozukluğu danışmanlığında temel hedef, kullanım bozukluğu olan kişiye madde kullanmayı bırakması ve tedavi sırasında ve sonrasında herhangi bir madde kullanmadan temiz kalmayı sürdürebilmesi için yardım etmektir. Davranışçı-bilişsel

terapi bu amaçla üç kavramdan faydalanır: “tanı, sakın ve başa çık”. Bu yaklaşımda, danışana önceki davranışları ve alışkanlıklarına bağlı olarak madde kullanma riski olan durumları nasıl tanıyacağı anlatılır. Bu olaylar tanımlandıktan sonra hastanın, madde kullanmadan bu olaylarla başa çıkabilmesine yardım etmek için yöntemler geliştirilir. Davranışçı bilişsel terapinin temel hedefi hastaya stresli ve riskli olaylarla başa çıkmak için alternatif çözümler üretmede yardım etmektir. Terapist, terapi seanslarında hastaya bu yeni becerileri geliştirmesi için yardım eder. Bu beceri eğitiminin ve terapi seanslarında bu yeni alternatiflerin sürekli uygulanmasının, danışanın madde kullanımı yerine yeni bir davranış geliştirme becerisini doğrudan etkiler (Güleç ve ark., 2015).

2.7.5. Aile Terapisi

Aile terapisi, aile sistemini merkeze alan bir tedavi yaklaşımıdır. Aile terapisi, aile düzeyinde değerlendirme ve müdahalelerin etkinliğine inanan tedavi yaklaşımlarının toplamı olarak da tanımlanabilir. Uzun yıllar, çok değişik şekilde aile terapileri geliştirilmiştir. Bunlar, evlilik ve aile terapileri, stratejik aile terapisi, yapısal aile terapisi, bilişsel-davranışçı aile terapisi, çift terapisi, çözüm odaklı aile terapisi. Günümüzde, madde kullanım bozukluğu tedavisi ve özel müdahaleler için dört yaygın aile terapi modeli kullanılmaktadır. Bunlar: aile hastalığı modeli, aile sistem modeli, bilişsel-davranışsal yaklaşım ve çok boyutlu aile terapisi modelidir (Yılmaz, 2015). Madde kullanım bozukluğu problemi yaşayan bireye sahip aileler, en az birey kadar bu durumda etkilenmekte olup, bu probleme bağlı olarak çeşitli ruhsal, ekonomik ve sosyal sorunlar yaşamaktadırlar. Bu problemlere bağlı olarak aile, zaman zaman farkında olmadan bireyin bu durumunu sürdürmesine katkı sağlamaktadır. Yapılan çalışmalar aile bireylerinin yanlış tutumlarının, onları eş bağımlılığa kadar götürdüğünü ortaya çıkarmaktadır. Aile iletişim örüntülerinin belirlenip bu iletişimin yeniden yapılandırılması tekrar kullanımların önüne geçmede oldukça işlevsel bir öneme sahiptir (Elmacı, 2010).

2.7.6. Relaps Önleme Terapisi

Madde kullanım bozukluğu problemi yaşayan kişiler, tedavi sürecine girdikten sonra istem dışı olsa da de nüks etkenleriyle ile yüzleşirler. Slip ya da lapse terimi, madde kullanımını izleyen maddeyi bırakma sürecindeki ilk kullanmayı ifade ederken, nüks

terimi hedeflenen değişikliklerdeki başarısızlığı ifade etmektedir. Laps kısa sürede sona erebilir ya da değişik oranda nüks de yol açabilir. Bazı kişiler tam anlamıyla bir nüks yaşayarak tedaviye başlamadan önceki madde kullanım düzeyine dönerken, bazıları da sadece madde kullanmakta ama başlangıç düzeyine dönmemekte ve bu kullanım sonucunda daha az zarar görmekteler. Nüksler, ona eşlik eden tıbbi ve psikososyal sonuçlar kadar kullanılan maddenin miktar ve sıklığına göre değişkenlik gösterebilmektedir (Güleç ve ark., 2015). Remisyon sürecinde her bireyin sürdürüm için sahip olduğu sosyokültürel, sosyoekonomik ve çevresel koşullarına göre düzenlemeler yapılır. Relaps önleme, tedavideki madde kullanım bozukluğu olan bireylerin, tekrar madde kullanımını önlemek için referans düşüncelerini ve söylemlerini fark edebilmek adına çok önemli bir aşamadır. Bu aşamada baş etme ve sorun çözme becerileri için grup çalışmaları, bireysel terapiler, ergoterapi ve aile terapileri sürece eşlik ederek bireyi güçlendiren çalışmalardır.

2.7.7. Genetik etkenler

Alkol kullanım bozukluğunda kadın ve erkek arası farklılığın temeli tam olarak bilinmemesine karşın buna bir etken olarak genetik özellikler gösterilmektedir. Bilim insanları tarafından yapılan çalışmalar sonucunda madde kullanım bozukluğuna neden olabilecek çok sayıda gen olduğu ve bu genlerin birbirleri ile bağlantılarının bulunduğu belirtilmiştir. Bu gibi genetik faktörler alkol kullanım bozukluğu riskini tetiklemekte ve toleransın gelişmesine neden olduğu ortaya konulmuştur (Elmacı, 2010)

2.8. Sıkıntıya Tolerans Nedir?

Başa çıkma (coping) sözcüğünün kökeni, eski Yunanca'da yer alan "kolahos" sözcüğünden gelmektedir. Kelimenin anlamları, "karşılama, karşı karşıya gelmek veya çarpma" Gibi manalarda kullanılmaktadır. Literatür taraması göz önünde tutularak yapılan bir araştırmada, başa çıkma ya da sıkıntıyı tolere etme kavramlarının, aktif bir şekilde davranışta bulunma ve var olan etkili çözümlerle isteklerin azaltılması gibi özellikleri içerdiği sonucuna ulaşılmıştır (Reyhanlıoğlu, 2015).

İnsanlar günlük yaşamlarında iş, eğitim, aile, ekonomik durumlar vs. gibi birçok alanda sıkıntı yaşabilmektedir. Kişiler günlük yaşamlarında karşılaştıkları bu tür sıkıntılarla başa

çıkabilmeleri için ya da bir şekilde bu sıkıntıları tolere edebilmeleri için çok farklı yöntemler kullanırlar. Sıkıntıyı tolere etme ya da sıkıntıya dayanma bireyin kendisini yeniden toparlaması olarak tanımlanabilir. Bireyin sıkıntıyı bir şekilde tolere etmesi, karşısına çıkan güçlüklerle bir şekilde başa çıkması ve bireyi işlev kaybına uğratacak durumlardan uzak olması psikolojik sağlığını yakından ilgilendirmektedir. Bu bağlamda sıkıntıyı tolere etme son derece önemlidir. Sıkıntıyı tolere etme, bir kişi olumsuz duygusal durumlar yaşadığında tolere edebilirlik ya da caydırıcılık, değerlendirme ve kabul edilebilirlik, işleyişi aksatma veya duyguları düzenleme gibi, olumsuz yaşanan duygusal durumu önlemek ya da hafifletmek gibi duygu inşası olarak kabul görmektedir (Şencan, 2015).

Sıkıntıya dayanma ya da sıkıntıyı tolere etme, 1950'lerden beri dolaylı olarak çalışılan bir saha durumundadır. Araştırmacılar, bugüne dek olumsuz duygular, rahatsız edici fiziksel hisler veya belirsizliğe dayanıksızlık gibi sıkıntıya toleransın farklı boyutların üzerinde durmuşlardır. Bu boyutlar genelde psikolojik problemler ya da bozukluklar için risk etmenleri ya da sürdürücü etmenler olarak ele alınmaktadır (Udum, 2018).

Folkman'a (1984) göre; sıkıntı ile başa çıkma (coping), stres vericilerin uyandırdığı duygusal gerilimi en aza indirme, yok etme veya bu gerilime direnme hedefiyle ortaya çıkarılan zihinsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin tümüdür. Lazarus ve Folkman (1984); sıkıntıyı tolere etmeyi bireyin kaynaklarını tüketici veya kişiyi aşırı derecede zorlayıcı olarak değerlendirdiği istekleri yönetme evresi olarak açıklarlar. Sıkıntı ile başa çıkma, bireyin psikolojik manada kendisini iyi ve mutlu bir şekilde hissetmesini sağlayan uygun davranışsal yaklaşımları ya da kendisini kötü hissetmesine engel olan kaçınmaları kapsamaktadır (Akt.: Reyhanlıoğlu, 2015).

Sıkıntıya tolerans olumsuz ruhsal durumlarla yaşayabilme ve bunlara dayanma kapasitesi olarak tanımlanmıştır (Simons ve Gaher, 2005). Simons ve Gaher'e göre sıkıntı bilişsel ya da bedensel gelişmelere bağlı olarak meydana gelebilmekte fakat kendini duygusal bir durum olarak hissettirmektedir. Sıkıntıya tolerans bütün duygusal süreçleri içermekte ve bunların denetlenip denetlenemeyeceğini ifade etmektedir (Brown ve ark., 2005).

Sıkıntıya tolerans kavramı son zamanlarda madde kullanım bozukluğu ve yeniden madde kullanımı (relaps) konularında kullanılmaya başlanmıştır (Lazarus, 1991; Stipelman

2008). Sıkıntıyı tolere etme düzeyleri düşük olan bireyler madde kullanımına yönelebilmektedirler. (Brockman, 2009; Ercan, 2009). Madde kullanımı, negatif duyguların anlık olarak teselli edilmesi şeklinde bir mücadele yöntemidir ve özellikle sıkıntıyı tolere edemeyen bireyler için çıkar yok olarak görülmektedir (Cooper ve ark., 1992). Bu noktada sıkıntıya toleransı düşük bireyler sıkıntıya dayanamadıkları için ondan kurtulmak için oral hazlar ve dürtüsel eylemler peşinde koşabilirler (Madeley, 2009).

2.9. Sıkıntıya Tolerans Düzeyinin Belirtileri

Sıkıntı, bedensel veya bilişsel süreçlerin bir sonucu olarak karşımıza çıkabilir. Ancak çoğunlukla duygusal deneyimleri hafifletmeye dair davranışlarla karakterize edilen bazı duygusal durumlarda ortaya çıkabilir. Nelson (1990) yaşamsal sıkıntıların olumlu ve olumsuz duygu durumu ilişkili olduğunu, sıkıntılara dayanmanın yaşamsal sıkıntıların etkilerini tolere ettiğinin ve olumlu duygu durumu ile doğrudan ilişkili olduğunu söylemiştir. Morris (2002) günlük hayatta kişilerin karşısına çıkan bu tür sorunlar ve sıkıntılar karşısında psikolojik sağlamlığı yüksek düzeyde olan kişiler, sıkıntı verici durumu tolere etme gücü zayıf olan kişilere oranla daha az sıkıntılı bulduklarını saptamıştır.

Simons ve Gaher (2005) sıkıntı toleransı düşük seviyede olan bireylerin sıkıntılı ve üzüntülü durumları tolere edemediğini ve sıkıntılarını dayanılmaz olarak belirttiğini, kişisel değerlendirme aşamasında sıkıntılı olmanın, kişilerin sıkıntılı bir süreç geçirmekten utandığını, yaşadığı sıkıntı ve üzüntüyle başa çıkamadığını, kişisel ölçümde sıkıntılı ve üzgün olmanın, kişilerin sıkıntılı olmaktan utandığını, sıkıntıyı bir tür eksiklik gibi gördüğünü ve sıkıntıyla baş etme yeteneği olarak kendisini başka kişilere göre aşağı bir konumda görmesinin beklendiğini söylemiştir (Akt.: Özdel ve Ekinci, 2014).

Bender ve diğerleri (2009), kişilerin belirli bir kısmı sıkıntılı sonuçlanan deneyimlerle içli dışlı olsun ya da olmasınlar doğuştan yüksek sıkıntı toleransına sahip olduğu fikrini ileri sürmektedir. Kişilerin bir diğer diğer kısmının ise başlangıçta düşük seviyede sıkıntı toleransına sahipken hayatlarında sıkıntılarla karşı karşıya geldikçe zaman içerisinde sıkıntı toleranslarını yükselttiklerini söylemiştir. Sıkıntı toleransı çok çeşitli düzensiz davranışlarla da doğrudan ilişkilidir (Akt.: Reyhanlıoğlu, 2015).

Ayrıca Huang, Szabo ve Han (2009) bireylerin duygusal sıkıntıyı tolere etme ile kaygılı düşüncelerinin somutluğu, endişe verici bir durumda yaşanan kaygının miktarı ve onların aşırı endişesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmada beklenildiği gibi fazla endişe ile düşük sıkıntı toleransının arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Çok fazla endişeli olan kişilerin duygusal sıkıntı durumlarını kabullenmeleri ve sıkıntılarını tolere etmelerinin diğer kişilere oranla daha zor olduğu saptanmıştır. Nock ve Mendes'in (2008) yaptığı araştırmada ise bedensel olarak bireyin zarar gördüğü sıkıntılı bir işte insanların işten erken çıkmaya eğilimlerinin olduklarını ve bu insanların sıkıntı toleranslarının düşük olduğunu saptamıştır (Akt.: Udum, 2018).

Sıkıntıya toleransın hangi kriterlerle değerlendirileceği konusunda araştırmacılar arasında bir takım görüş ve yaklaşım farklılıkları vardır. Kimi araştırmacılar sıkıntı olarak değerlendirilebilecek belirgin bir durumda bireylerin kullandığı başatme stratejileri üzerinde çalışırken, bazıları da genel olarak stresli durumlarla bireylerin nasıl başattıkları ya da başatmenin başka değişkenlerle ilişkisi üzerinde çalışmışlardır. Sıkıntıya tolerans düzeyi bireyin acı ve sıkıntı çekmesine sebep olan duygu ve durumlar karşısında sergilediği tutum ve eylemlerdir, Aynı zamanda, kendine özenli ve sevecen tutumlarla yaklaşması, yetersizlik ve başarısızlıklarına karşı anlayışlı olması ve yaşamındaki olumsuz deneyimleri yaşamının doğal bir gelişimi olarak kabul etmesi şeklinde tanımlanabilir (Neff, 2003). İnsanların olaylar ve durumlara karşı verdiği tepkiler bireyin genetik, psikolojik ve sosyal özellikleriyle bağlantılı olup psikolojik dayanıklılığını şekillendiren etkenlerdir.

2.9.1. Sıkıntıya Toleransta Fiziksel Etkenler

Klinik çalışmalar, fiziksel aktivite ile sıkıntıya tolerans arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Fiziksel aktivite bedensel sağlığı olumlu yönde geliştirmekte ve bu durum psikolojik iyilik haline de yansımaktadır. Yaşam kalitesinin iyileşmesi ve zamanın daha verimli geçirilmesi olumsuz düşüncelerin beyinden uzaklaşmasına da fayda sağlamaktadır. Yapılan çalışmalarda psikolojik sorunu olup spor yapan bireylerin ruhsal durumlarının psikolojik sorunu olup spor yapmayan bireylerden daha iyi olduğunu göstermektedir. Ayrıca sporun sosyalleştirici, bedene olan güvenin artması, benlik saygısını geliştirici rolü ve yaşam gücü gibi katkıları da düşünülünce fiziksel etmenlerin sıkıntıya toleranstaki etkileri daha net görülebilecektir (Karatosun, 2010).

2.9.2. Sıkıntıya Toleransta Psikolojik Etkenler

Kişinin sıkıntıyı tolere etmede sorunlar yaşamasında psikolojik etmenlerin de rolü bulunmaktadır. Bu psikolojik etmenler şu şekilde sıralanabilir (Linehan, 1993; Simons ve Gaher, 2005; Stipelman, 2008):

- Duyguların düzenlenmesinde sorun
- Mevcut bir patolojinin varlığı
- Kırılganlık ve incinebilirliğin yüksek olması
- Bozuk bilişsel işlevler ve otomatik düşünceler
- Negativist düşünce yönünün ağırlıkta olması
- Çocukluk deneyimleri ve aile ile ilişkilerin iç dünyada yarattığı olumsuzluklar

2.9.3. Sıkıntıya Toleransta Çevresel Etkenler

Madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin, bir müddet maddeden uzak kalmalarına rağmen tekrar madde kullanmalarının altında yatan ruhsal ve fiziksel etkenlerin haricinde, çevresiyle olan etkileşimi ve bunlara verdiği tepkide belirgin bir öneme sahiptir. İçerisinde bulunulan çevrenin maddelerle geliştirdiği ilişkiler ve maddelere atfettiği anlam, bireyin en küçük bir sorunda dahi duygu durumunu değiştirmek için madde kullanmasına sebep olabilmektedir. Yine toplum tarafından “bağımlı” olarak damgalanan birey o kimlikle özdeşleşme çabası olarak tekrar madde kullanmaya yönelebilmektedir. Göç ve benzeri durumlarla ortaya çıkan çatışma ve kaygıların bastırılmasında ve toplumla ilişki kurulmasında da madde kullanımına yönelinebilmektedir.

2.10. Sıkıntıya Toleransın Sonuçları

Sıkıntıya toleransın sonuçları iki şekilde açıklanabilir. Bunun nedeni düşük sıkıntıya toleransa sahip bireylerin bu durumdan dolayı karşılaştıkları sonuçlar ve yüksek sıkıntıya tolerans düzeyleri olan kişilerin bu durumdan oluşan sonuçlardır. Sıkıntıyı tolere etmede zorluk yaşayan bireylerin temel sorunu sıkıntının şiddetini fazla algılamalarıdır. Bu noktada kaçış yolu olarak oral hazlar ve dürtüsel eylemelere yönelmeleri olasıdır.

Sıkıntıya toleransın düşük olması sonucunda görülen tıknırcasına yemek yemek, yediklerini çıkarma, intihar denemeleri, kendine zarar verici (delici, yaralayıcı, yakıcı eylemler vb.) davranışlar bu durumu gösteren patolojilerdir (Sargın ve ark., 2012).

Anestis ve arkadaşları (2007) yapmış olduğu araştırmada aşırı yeme, depresyon, kaygı, dürtüsellik gibi geniş bir yelpazede sıkıntı toleransını düşük bulmuştur. Bunun yanında Huang, Szabo ve Han (2009) kişilerin duygusal sıkıntıyı tolere etme ile kaygılı düşüncelerinin somutluğu, bireyi kaygılandıran bir durumda endişenin oranı ve onların aşırı düzeyde olan endişesi arasındaki ilişkiyi araştırdıkları araştırmada beklenen gibi fazla endişe ile sıkıntı toleransının arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Akın, Akça ve Gülşen, 2014).

2.11. Sıkıntıya Toleransı Etkileyen Durumlar

2.11.1. Kişilik ve Sıkıntıya Tolerans

Kişilik, bir bireyin süreklilik gösteren düşünme, hissetme, davranma ve insanlarla olan iletişim ve ilişki kurma özelliklerinin bütün olan halidir. Kişilik, doğuştan getirilen bazı eğilimleri de içermekle beraber çoğunluk olarak bebeklikten itibaren bireyin çevresindeki insanlarla kurduğu ilişkiler ve bu ilişkiler sonucu yaşadıkları ile şekillenmektedir. Ruh bilimciler göre ise kişilik, bireyin kendine özgü ve ayırıcı davranış örüntülerinin bütünü olarak açıklanır. Batı dillerinde, kişilik kelimesine karşılık olarak kullanılan sözcükler (personality, personalité), Latince tiyatro oyuncularının rollerine uygun olarak yüzlerine taktıkları “maske” manasında kullanılan “persona” kelimesinden türetilmiştir. Yani kişiliğin bir yanı, insanın diğer bireylerle ilişkilerinde aldığı tavır, göstermiş olduğu davranış, yani bir anlamda taktığı maskedir. İnsan, çevresiyle devamlı olarak ilişki içindedir ve birçok kez kez duygularına, düşüncelerine, tutum ve davranışlarına, olduklarından daha farklı bir biçim de vermeye çalışırlar. Kişiliğin ne anlama geldiğini kısaca açıkladık. Bu yüzden bir kişinin sıkıntıya tolerans düzeyi de kişilik ile doğrudan ilişkilidir. Kişinin sahip olduğu kişilik özellikleri ve kişilik tipi sıkıntıya tolerans düzeyinin bir tür yordayıcısıdır. Örneğin; A tipi kişiliğe sahip olan bir birey kişilik özelliği gereği B tipi kişiliklere oranla sıkıntıya tolerans düzeyleri daha düşüktür (Şencan, 2015).

2.11.2. Psikolojik Sorunlar ve Sıkıntıya Tolerans

Psikolojik sorunlar ve sıkıntıyı tolere etme karşılıklı olabilen süreçlerdir. Yani şu şekilde bir durum söz konusudur. Kişi psikolojik bir sorun yaşadığı için sıkıntıya tolerans düzeyi düşük ya da azalan bir durum gösterebilir. Bunun yanında kişide psikolojik sorunun oluşum nedeni sıkıntıyı tolere edememe ve onu bir eksiklik olarak algılaması olabilir (Akın ve ark., 2014).

Linehan (1993)'ün, diyalektik davranışçı terapi ile sınırdaki kişilik bozukluğunun tedavisinin bir bölümü de sıkıntıya toleransının artırılmasını kapsamaktadır. Burada sıkıntıya tolerans kapasitesi, bireyin duygu durumunu düzene sokamamasında çok önemli bir rolü vardır. Bu modele göre sınırdaki kişilik bozukluğu olan bireylerin sıkıntıya toleransı azdır. Bundan dolayı dürtüsel davranışlar, sıkıntının hafifletilmesi için sık bir şekilde kullanılmaktadır. Sıkıntının ve olumsuz duyguların yaşamın bir parçası olarak kabul edilememesi, sıkıntı durumunun değerlendirilmesini olumsuz şekilde etkileyerek, hali hazırda kötü olan duygu durumu daha da kötüleştirilmektedir.

Bunun yanı sıra sıkıntıyı tolere etme başlangıç sürecinde sınırdaki kişilik bozukluğunda duyguların düzenlenmesi ve anlatımı alanında aktif şekilde kullanılmıştır. Kişilik bozukluğu olan bireylerin sıkıntıya dayanma ve tolere etme durumlarının zayıf olduğunu ve zayıf sıkıntı toleransı durumunun davranış sistemi ve sosyal çevre arasındaki ilişkilerden kaynaklandığı düşünülmekte sıkıntıyı hayatın bir parçası olarak kabul edememenin sıkıntıyı daha da şiddetlendirdiği, olumsuz duyguların şiddetinde ve algılanan yoğunluğunda artışa neden olabileceği düşünülmektedir (Akt.: Akça, 2016).

2.11.3. Madde Bağımlılığı ve Sıkıntıya Tolerans

Sıkıntı toleransını kişilerde önemli şekilde etkileyen faktörlerden birisi de kişilerin madde bağımlılığının olması durumudur. Bu nedenle sıkıntıyı tolere etme kavramı son zamanlarda madde kullanımı ve madde kullanımının tekrarlanması gibi konularda yoğun bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Bu durumun nedeni olarak bağımlı olan kişilerin strese ve sıkıntıya dayanma eşiklerinin diğer kişilere nazaran oldukça düşük olması ve yoksunluk döneminde bağımlı kişilerin aşırı dürtüsel davranış göstermesidir. Bunun yanı sıra madde alkol veya diğer uyuşturucu madde kullanımları gibi, olumsuz duyguların bir

anlık tesellisiyle sonuçlanan duygu merkezli mücadele yöntemi özellikle sıkıntı toleransı düşük seviyede olan kişiler için olabilmektedir (Sargın ve ark., 2012).

Sıkıntıyı tolere etme kavramı madde bağımlılığı konusunun yanında sigarayı bırakma ile ilgili yapılan çalışmalarda da kullanılmıştır (Brandon ve ark., 2003). Sigarayı bırakma girişiminde olan birçok sigara içicisi birkaç gün içerisinde yoksunluk belirtileri gösterir ve bu bireylerin çoğu sonunda tekrar sigaraya içmeye başlar ve sigarayı bırakmada sonuca varamazlar. Sigara ilk bırakıldığında stresli ve hoş olmayan birçok belirtiler meydana gelir. Bu rahatsız edici duyguların insanların sigarayı tekrar içmeye başlamasında önemli bir faktör olduğu saptanmıştır. Fiziksel ve psikolojik sıkıntıyı tolere etmek için bu eşik sıkıntı toleransı olarak bilinmektedir (Tosun, 2008).

2.12. Alan Dizini Çalışmaları

Madde bağımlılığı ve sıkıntıya tolerans değişkenlerinin birbirlerine olan etkilerini ve birbirleri üzerindeki oluşum süreçlerine yukarıdaki paragrafımızda değindik. Bunun yanında bağımlılık ve sıkıntıya tolerans konusu son yıllarda araştırmacıların aktif olarak çalıştığı bir konu olmuştur. Bu yapılan çalışmaların bazıları aşağıdaki gibidir;

Buckner ve arkadaşları (2007) yapmış oldukları çalışmada, alkol ve esrar kullanan bireylerde sıkıntıyı tolere etme, rahatsızlığa dayanma ve depresyonun etkileri üzerinde durmuştur. Bu çalışmada sıkıntıya ya da rahatsızlığa dayanıksızlığın, depresyondaki kişilerde alkol ya da madde kullanım davranışına neden olabilecek etmenler olabileceği üzerinde durulmuştur. Sonuçlarda sıkıntıyı tolere etmenin, depresyonun alkol ve esrar problemleri ile ilişkisinde arabulucu rolde olduğu söylenmiştir. Bunlara ek olarak sıkıntıya dayanmanın, alkol ve esrar sorunları, artan alkol miktarı ve artan esrar kullanım sıklığı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki içinde olduğu belirlenmiştir.

Bujarski ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada, sıkıntıya dayanmanın esrar kullanımına bağlı problemler üzerindeki rolü ve bu alanda cinsiyetler arasındaki fark durumu üzerinde çalışılmıştır. Bu çalışma sonuçlarında, sıkıntıyı tolere etme kapasitesi düşük bireylerin istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla esrar kullanımına bağlı sorun yaşadıkları saptanmıştır. Kadın kullanıcılar için başa çıkma güdülerinin, esrar kullanımında istatistiksel olarak erkeklerde olduğundan daha etkili olduğu saptanmıştır

(Bujarski ve ark., 2012). Başı çıkma güdülerinin esrar kullanımındaki etkisini belirten bu sonuç, daha önceki araştırmalarla da uygunluk göstermektedir. Erkeklerle oranla, kadınlarda olumsuz duygulanımın, nüks için istatistiksel olarak daha etkin bir risk etmeni olduğu saptanmıştır

Özdel ve Ekinci (2014) tarafından, 49 kişilik madde bağımlılarından oluşan bir örneklem grubu ve 44 kişilik sağlıklı kontrol grubuyla yapılan çalışmada, madde bağımlılarında sıkıntıya dayanma düzeyleri incelenmiştir. Araştırma sonucunda, madde kullanan kişilerin istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha az sıkıntıya dayanma kapasiteleri olduğunu göstermiştir. Sonuçlarda ayrıca madde bağımlılığı olan grubun sıkıntıya tolerans puanlarının, anksiyete bozukluğu tanısı almış bir örneklemin sıkıntıya tolerans puanlarından daha düşük olduğu da gösterilmiştir.

Udum (2018), yapmış olduğu araştırmada sıkıntıya tolerans ve esrar kullanım arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmanın sonucunda esrar kullanımı olan bireylerin sıkıntıya dayanma seviyelerinin esrar kullanımı olmayan bireylere oranla önemli ölçüde değiştiği ve esrar kullanan bireylerin sıkıntıya dayanma düzeylerinin daha az olduğu saptanmıştır.

Zvolensky ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan araştırmada, esrar kullanan bireylerde sıkıntıya dayanıksızlık, anksiyete duyarlılığı ve panik atakların, esrar kullanımında başa çıkma ve uyum sağlama faktörlerine göre olan ilişkisi üzerinde durulmuştur. Bu çalışma sonuçlarında, anksiyete duyarlılığı için başa çıkma ve uyum sağlama faktörleri ile sıkıntıya dayanma için ise yalnızca başa çıkma faktörü ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Bu çalışmaya, Üsküdar Üniversitesi NP Hastanesinde yatış yapmış ve yaş ortalaması $32,66 \pm 9,20$ olan 4 kadın (%8,0) ve 46 (%92,0) erkek olmak üzere toplam 50 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllük esasına uygun yapılmış ve katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü onam formu sunulmuştur (Ek-1).

3.2. Kullanılan Araç ve Gereçler

Sosyodemografik veri formu: araştırmacı tarafından geliştirilen ve katılımcıların yaş, cinsiyet madde kullanım bilgileri gibi soruların yer aldığı veri formudur. Veri formu Ek-2’de verilmiştir.

Madde Aşerme Ölçeği: Flannery ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiş, madde aşerme düzeyini ölçen 5 maddede ve 7’li Likert tipindeki ölçektir. Ölçekte yer alan maddeler 0-6 puan arasında puanlanmakta ve alınabilecek maksimum aşerme isteği puanı 30’dur. Madde Aşerme Ölçeği için 0,84’lük Cronbach Alfa katsayısı bulunmuştur (Evren ve ark., 2011a). Bu çalışmada 0,90’lık Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır. Kullanılan ölçek Ek-3’de verilmiştir.

Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği: Simons ve Gaher(2005) tarafından sıkıntıya tolerans şiddetinin ölçülmesi için geliştirilmiştir. Ölçekte 5’li Likert tipinde (1 = tamamen katılıyorum, 5 = tamamen katılmıyorum) 15 madde yer almaktadır. Yapılan faktör analizi sonucunda; bireylerin ne oranda sıkıntıya katlanabileceklerini ve sıkıntılı olmanın üstesinden ne derece geleceklerini ölçen dayanıklılık, olumsuz durumlarla karşı karşıya kalan bireylerin dikkatinin ne oranda çelindiğinin ve işlevselliğini ne oranda devam ettirip ettiremeyeceğini ölçen yoğunlaşma, sıkıntıyı kabullenmede sorun yaşama, kendi baş etme kapasitesinin yetersizlik düzeyini ölçen değerlendirme ve olumsuz duygulardan kaçınmak için yoğun çaba sarf etme veya bu duyguların şiddetini azaltmak için hızlı yöntemlere yönelmesini ölçen düzenleme alt boyutları olduğu görülmüştür. Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği için 0,84’lük Cronbach Alfa katsayısı bulunmuştur (Akın ve ark.,2014). Bu çalışmada 0,96’lık Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır. Kullanılan ölçek Ek-4’te verilmiştir.

3.3. İşlem

Üniversite ve hastane yönetiminden alınan etik kurul onay formundan sonra hastalarla görüşmeler yapılmıştır. Gönüllülük esasına uygun yürütülen çalışmada sosyodemografik veri formu, Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği’nin olduğu anket formu katılımcılara dağıtılmıştır. Bir anketin doldurulması ortalama olarak 10 dakika

sürmüştür. Katılımcıların tedavisinin bitmesinden 3 ay sonra ölçekler tekrar uygulanmış ve tedavi sonrası madde kullanıp kullanmadıkları sorgulanmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Katılımcı sayısının 50 olması ve yapılan normallik testi sonucunda normallik varsayımının karşılanmaması sonucunda parametrik olmayan testler tercih edilmiştir. Katılımcıların demografik bilgilerinin dağılımı için frekans analizi, ölçek toplam puanlarının dağılımı için betimleyici istatistiksel analiz, değişkenler arası ilişkilerin incelenmesi için Spearman Korelasyon analizi, kategorik değişkenler arası farklılık için Ki-Kare (χ^2) analizi, iki ölçüm arası (öncesi-sonrası) farklılığın incelenmesi için Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi, iki kategorili değişkenler arası farkın incelenmesi için Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla kategorili değişkenler arası farkın incelenmesi için Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Verilerin analiz edilmesinde SPSS.24 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı tercih edilmiştir. Elde edilen bulguların yorumlanmasında $p < 0,05$ ve $p < 0,01$ anlamlılık düzeyleri dikkate alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1. Demografik Verilerin Sayı ve Yüzde Dağılımı

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	4	8,0
	Erkek	46	92,0
Eğitim durumu	Ortaokul	7	14,0
	Lise	24	48,0
	Üniversite	19	38,0
Medeni durum	Evli	20	40,0
	Bekar	30	60,0
İlk kullanılan madde	Alkol	24	48,0
	Esrar	18	36,0
	Diğer (Extacy, Kokain, Eroin, LSD, Metamfetamin)	8	16,0
Mevcut madde	Alkol	14	28,0
	Esrar	14	28,0
	Sentetik kannabinoid/jameika/bonzai	5	10,0
	Kokain/taş	6	12,0
	Eroin	7	14,0
	Metamfetamin	4	8,0
Madde kullanım sıklığı	Ayda bir veya birkaç kez	5	10,0
	Haftada bir veya birkaç kez	16	32,0
	Her gün	29	58,0
Aile madde öyküsü	Var	9	18,0
	Yok	41	82,0
Kardeşte madde öyküsü	Var	4	8,0
	Yok	46	92,0
Cezaevi öyküsü	Var	6	12,0
	Yok	44	88,0
Kendine zarar verme	Var	11	22,0
	Yok	39	78,0
Toplam		50	100,0

Tablo 1 incelendiğinde, yapılan çalışmaya 4 kadın (%8,0) ve 46 erkek (%92,0) olmak üzere 50 kişi katılmıştır. Katılımcıların 7'si (%14,0) ortaokul mezunu, 24'ü (%48,0) lise mezunu ve 19'u (%38,0) üniversite mezunudur. Evli olan katılımcı sayısı 20 (%40,0) iken bekar katılımcı sayısı 30 (%60,0)'dur.

Katılımcılardan ilk kullandığı madde alkol olan 24 (%48,0) kişi, esrar olan 18 (%36,0) kişi ve extacy, kokain, eroin, LSD veya metamfetamin olan 8 (%16,0) kişi bulunmaktadır. Mevcut kullandığı ve bıraktığı madde alkol olan 14 (%24,0) kişi, esrar olan 14 (%28,0) kişi, sentetik kannabinoid/jameika/bonzai olan 5 (%10,0) kişi, kokain/taş olan 6 (%12,0) kişi, eroin olan 7 (%14,0) ve metamfetamin olan 4 (%8,0) kişi vardır. Katılımcıların kullanım sıklığına göre ayda bir veya birkaç kez kullanmış 5 (%10,0) kişi, haftada bir veya birkaç kez kullanmış 16 (%32,0) kişi ve her gün kullanmış 29 (%58,0) kişi yer almaktadır.

Ailesinde madde öyküsü olan 9 (%18,0) kişi ve olmayan 41 (%82,0) kişi bulunmaktadır. Diğer yandan kardeşinde madde öyküsü olan 4 (%8,0) kişi ve olmayan 46 (%92,0) kişi bulunmaktadır. Cezaevi öyküsü olan 6 (%12,0) kişi ve olmayan 44 (%88,0) kişi katılmıştır. Kendine zarar verme davranışı olan 11 (%22,0) kişi varken 39 (%78,0) kişide bu davranış bulunmamaktadır.

Tablo 2. Anket Açık Uçlu Soruları ve Ölçekleri için Betimleyici İstatistikleri

Ölçek/Değişkenler	min.	max.	\bar{x}	ss
Yaş	17	64	32,66	9,20
İlk madde kullanma yaşı	10	40	18,32	5,91
Madde Aşerme Ölçeği	0	30	16,54	9,35
Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği	19	65	45,04	14,36
Dayanıklılık alt boyutu	3	15	8,68	3,66
Yoğunlaşma alt boyutu	3	15	8,50	3,59
Değerlendirme alt boyutu	8	30	19,58	5,53
Düzenleme alt boyutu	3	13	8,28	2,70

Katılımcıların yaşı, ilk madde kullanma yaşları, Madde Aşerme Ölçeği, Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği ve alt boyutları için en küçük, en büyük değer, ortalama ve standart sapma gibi betimleyici istatistik değerleri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 3. Araştırma Ölçek ve Altboyutları için Korelasyon Analizi Sonuçları

	Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği	Dayanıklılık alt boyutu	Yoğunlaşma alt boyutu	Değerlendirme alt boyutu	Düzenleme alt boyutu
Madde Aşerme Ölçeği	-0,298*	-0,298*	-0,262	-0,319*	-0,181

*p<0,05

Tablo 3 incelendiğinde, yapılan korelasyon analizi sonucunda Madde Aşerme Ölçeği ile Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği arasında $r=-0,298$; dayanıklılık altboyutu ile $r=-0,298$ ve değerlendirme altboyutu ile $r=-0,319$ değerinde korelasyon katsayısı elde edilmiştir. Bu sonuca göre katılımcıların sıkıntıya tolere etme, dayanıklılık ve değerlendirme puanları arttıkça madde aşerme puanları düşecek ya da sıkıntıyı tolere etme, dayanıklılık ve değerlendirme puanları azaldıkça madde aşerme puanları yükselecektir.

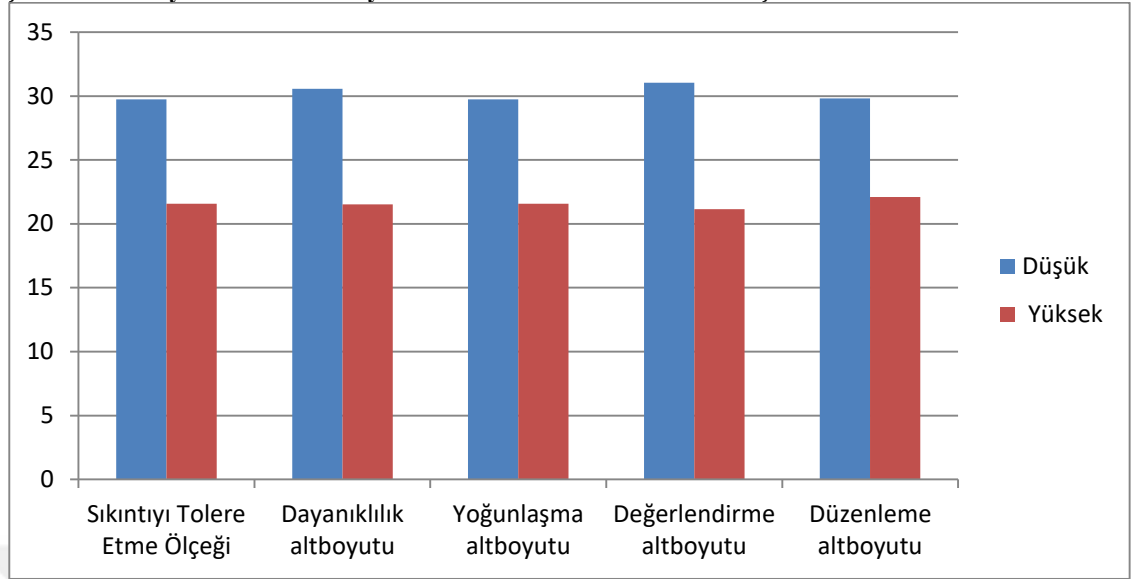
Tablo 4. Katılımcıların Tolerans Düzeylerine Göre Madde Aşerme Puanlarının Karşılaştırılması

Kategoriler	n	Medyan	Medyan toplamı	z	p
Sıkıntıyı tolere etme düzeyi düşük	24	29,75	714,00	-1,983	0,047*
Sıkıntıyı tolere etme düzeyi yüksek	26	21,58	561,00		
Dayanıklılık düzeyi düşük	22	30,57	672,50	-2,182	0,029*
Dayanıklılık düzeyi yüksek	28	21,52	602,50		
Yoğunlaşma düzeyi düşük	24	29,75	714,00	-1,983	0,047*
Yoğunlaşm düzeyi yüksek	26	21,58	561,00		
Değerlendirme düzeyi düşük	22	31,05	683,00	-2,387	0,017*
Değerlendirme düzeyi yüksek	28	21,14	592,00		
Düzenleme düzeyi düşük	22	29,82	656,00	-1,859	0,063
Düzenleme düzeyi yüksek	28	22,11	619,00		

*p<0,05

Tablo 4'te katılımcıların tolerans düzeylerine göre, Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği, dayanıklılık, yoğunlaşma ve değerlendirme boyutlu grupları için Madde Aşerme Ölçeği medyanları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Tablo geneli incelendiğinde sıkıntıyı tolere etme düzeyi düşük olan katılımcıların madde aşerme medyanları en yüksek bulunmuştur.

Şekil 1. Sıkıntıya Tolerans Düzeyine Göre Katılımcıların Madde Aşerme Puanları



Katılımcıların sıkıntıya tolere etme düzeylerine göre madde aşerme puan medyanları arasındaki farklılığı gösteren sütun grafiği Şekil 1’de verilmiştir. Sıkıntıya toleransı düşük olan katılımcıların madde aşerme puan medyanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıya Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması

Ölçek/Altboyut	Kategoriler	n	Medyan	χ^2	p
Madde Aşerme Ölçeği	Ortaokul	7	17,64	2,481	0,289
	Lise	24	27,44		
	Üniversite	19	25,95		
Sıkıntıya Tolere Etme Ölçeği	Ortaokul	7	18,71	2,318	0,314
	Lise	24	28,06		
	Üniversite	19	24,76		
Dayanıklılıkaltboyutu	Ortaokul	7	19,79	1,398	0,498
	Lise	24	27,00		
	Üniversite	19	25,71		
Yoğunlaşmaaltboyutu	Ortaokul	7	18,00	2,225	0,329
	Lise	24	26,96		
	Üniversite	19	26,42		

Ölçek/Altboyut	Kategoriler	n	Medyan	χ^2	p
Değerlendirme alt boyutu	Ortaokul	7	20,93	2,070	0,355
	Lise	24	28,46		
	Üniversite	19	23,45		
Düzenleme alt boyutu	Ortaokul	7	17,50	2,821	0,244
	Lise	24	27,79		
	Üniversite	19	25,55		

Tablo 5’te eğitim durumuna göre, katılımcıların Madde Aşırme Ölçeği, Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği ve alt boyut medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 6. Medeni Duruma Göre Katılımcıların Madde Aşırme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması

Ölçek/Altboyut	Kategoriler	n	Medyan	Medyan toplamı	z	p
Madde Aşırme Ölçeği	Evli	20	25,15	503,00	-0,139	0,890
	Bekar	30	25,73	772,00		
Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği	Evli	20	21,88	437,50	-1,439	0,150
	Bekar	30	27,92	837,50		
Dayanıklılık alt boyutu	Evli	20	21,10	422,00	-1,784	0,074
	Bekar	30	28,43	853,00		
Yoğunlaşma alt boyutu	Evli	20	20,40	408,00	-2,046	0,041*
	Bekar	30	28,90	867,00		
Değerlendirme alt boyutu	Evli	20	22,53	450,50	-1,183	0,237
	Bekar	30	27,48	824,50		
Düzenleme alt boyutu	Evli	20	23,13	462,50	-0,961	0,336
	Bekar	30	27,08	812,50		

* $p<0,05$

Tablo 6’da, medeni duruma göre katılımcıların Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği yoğunlaşma alt boyutu için istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($z=-2,046$; $p<0,05$). Evli olanların yoğunlaşma medyanlarının daha düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 7. İlk Kullanılan Maddeye Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması

Ölçek/Altboyut	Kategoriler	n	Medyan	χ^2	p
Madde Aşerme Ölçeği	Alkol	24	29,98	5,031	0,081
	Esrar	18	22,92		
	Diğer (Extacy, Kokain, Eroin, LSD, Metanfetamin)	8	17,88		
Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği	Alkol	24	21,90	6,829	0,033*
	Esrar	18	25,03		
	Diğer (Extacy, Kokain, Eroin, LSD, Metanfetamin)	8	37,38		
Dayanıklılık alt boyutu	Alkol	24	22,23	6,717	0,035*
	Esrar	18	24,67		
	Diğer (Extacy, Kokain, Eroin, LSD, Metanfetamin)	8	37,19		
Yoğunlaşma alt boyutu	Alkol	24	20,92	10,998	0,004**
	Esrar	18	25,00		
	Diğer (Extacy, Kokain, Eroin, LSD, Metanfetamin)	8	40,38		
Değerlendirme alt boyutu	Alkol	24	20,96	7,596	0,022*
	Esrar	18	26,36		
	Diğer (Extacy, Kokain, Eroin, LSD, Metanfetamin)	8	37,19		
Düzenleme alt boyutu	Alkol	24	26,27	2,196	0,334
	Esrar	18	22,11		
	Diğer (Extacy, Kokain, Eroin, LSD, Metanfetamin)	8	30,81		

*p<0,05; **p<0,01

Tablo 7’de, ilk kullanılan maddeye göre katılımcıların Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği ($\chi^2=6,829$; $p<0,05$), dayanıklılık altboyutu ($\chi^2=6,717$; $p<0,05$), yoğunlaşma altboyutu($\chi^2=10,998$; $p<0,01$) ve değerlendirme altboyutu($\chi^2=7,596$; $p<0,05$)medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. İlk kullandığı madde alkol olanların Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği ve altboyut medyanları daha düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 8. Mevcut Kullanılan ve Bırakılan Maddeye Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması

Ölçek/Altboyut	Kategoriler	n	Medyan	χ^2	p
Madde Aşerme Ölçeği	Alkol	14	28,46	2,791	0,732
	Esrar	14	25,75		
	Sentetik Kannabinoid/Jameika/Bonzai	5	26,10		
	Kokain/Taş	6	16,83		
	Eroin	7	26,71		
	Metamfetamin	4	24,38		
	Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği	Alkol	14		
Esrar		14	24,96		
Sentetik Kannabinoid/Jameika/Bonzai		5	22,10		
Kokain/Taş		6	17,83		
Eroin		7	34,93		
Metamfetamin		4	34,00		
Dayanıklılık alt boyutu		Alkol	14	22,75	6,195
	Esrar	14	25,89		
	Sentetik Kannabinoid/Jameika/Bonzai	5	25,90		
	Kokain/Taş	6	16,50		
	Eroin	7	33,71		
	Metamfetamin	4	32,38		
	Yoğunlaşma alt boyutu	Alkol	14	21,14	
Esrar		14	26,64		
Sentetik Kannabinoid/Jameika/Bonzai		5	26,90		
Kokain/Taş		6	16,50		
Eroin		7	32,50		
Metamfetamin		4	36,25		
Değerlendirme alt boyutu		Alkol	14	21,82	5,493
	Esrar	14	24,39		
	Sentetik Kannabinoid/Jameika/Bonzai	5	22,30		
	Kokain/Taş	6	23,08		
	Eroin	7	34,57		
	Metamfetamin	4	34,00		
	Düzenleme alt boyutu	Alkol	14	28,64	
Esrar		14	22,93		

	Sentetik Kannabinoid/Jameika/Bonzai	5	18,60		
	Kokain/Taş	6	16,25		
	Eroin	7	32,07		
	Alkol	14	28,64		

Tablo 8’de, mevcut kullanılan ve bırakılan maddeye göre, katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği, Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği ve altboyut medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 9. Madde Kullanım Sıklığına Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması

Ölçek/Altboyut	Kategoriler	n	Medyan	χ^2	p
Madde Aşerme Ölçeği	Ayda bir veya birkaç kez	5	9,30	14,464	0,001**
	Haftada bir veya birkaç kez	16	19,25		
	Her gün	29	31,74		
Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği	Ayda bir veya birkaç kez	5	33,00	2,319	0,314
	Haftada bir veya birkaç kez	16	27,34		
	Her gün	29	23,19		
Dayanıklılık alt boyutu	Ayda bir veya birkaç kez	5	32,60	2,170	0,338
	Haftada bir veya birkaç kez	16	27,25		
	Her gün	29	23,31		
Yoğunlaşma alt boyutu	Ayda bir veya birkaç kez	5	31,80	2,964	0,227
	Haftada bir veya birkaç kez	16	28,78		
	Her gün	29	22,60		
Değerlendirme alt boyutu	Ayda bir veya birkaç kez	5	36,60	4,049	0,132
	Haftada bir veya birkaç kez	16	26,88		
	Her gün	29	22,83		
Düzenleme alt boyutu	Ayda bir veya birkaç kez	5	30,10	1,616	0,446
	Haftada bir veya birkaç kez	16	27,91		
	Her gün	29	23,38		

** $p<0,01$

Tablo 9’da, madde kullanım sıklığına göre katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği medyanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=14,464$; $p<0,01$). Her gün madde

kullanmış katılımcıların medyanları en yüksekken, ayda bir veya birkaç kez kullanmış olanların en düşüktür.



Tablo 10. Anne-Babada Madde Kullanım Öyküsüne Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması

Ölçek/Altboyut	Kategoriler	n	Medyan	Medyan toplamı	z	p
Madde Aşerme Ölçeği	Var	9	27,56	248,00	-0,468	0,640
	Yok	41	25,05	1027,00		
Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği	Var	9	22,44	202,00	-0,696	0,486
	Yok	41	26,17	1073,00		
Dayanıklılık alt boyutu	Var	9	21,22	191,00	-0,995	0,320
	Yok	41	26,44	1084,00		
Yoğunlaşma alt boyutu	Var	9	23,56	212,00	-0,448	0,654
	Yok	41	25,93	1063,00		
Değerlendirme alt boyutu	Var	9	23,17	208,50	-0,532	0,594
	Yok	41	26,01	1066,50		
Düzenleme alt boyutu	Var	9	25,39	228,50	-0,026	0,979
	Yok	41	25,52	1046,50		

Tablo 10’da, anne-babada madde kullanım öyküsüne göre, katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği, Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği ve alt boyut medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 11. Kardeşte Madde Kullanım Öyküsüne Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması

Ölçek/Altboyut	Kategoriler	n	Medyan	Medyan toplamı	z	p
Madde Aşerme Ölçeği	Var	4	35,00	140,00	-1,360	0,174
	Yok	46	24,67	1135,00		
Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği	Var	4	12,63	50,50	-1,846	0,065
	Yok	46	26,62	1224,50		
Dayanıklılık alt boyutu	Var	4	16,63	66,50	-1,300	0,194
	Yok	46	26,27	1208,50		
Yoğunlaşma alt boyutu	Var	4	11,88	47,50	-1,874	0,054
	Yok	46	26,68	1227,50		
Değerlendirme alt boyutu	Var	4	12,38	49,50	-1,885	0,059
	Yok	46	26,64	1225,50		
Düzenleme alt boyutu	Var	4	17,63	70,50	-1,151	0,250
	Yok	46	26,18	1204,50		

Tablo 11’de, kardeşte madde kullanım öyküsüne göre, katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği, Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği ve alt boyut medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 12. Cezaevi Öyküsüne Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması

Ölçek/Altboyut	Kategoriler	n	Medyan	Medyan toplamı	z	p
Madde Aşerme Ölçeği	Var	6	26,75	160,50	-0,224	0,823
	Yok	44	25,33	1114,50		
Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği	Var	6	33,50	201,00	-1,437	0,151
	Yok	44	24,41	1074,00		
Dayanıklılık alt boyutu	Var	6	29,83	179,00	-0,795	0,427
	Yok	44	24,91	1096,00		
Yoğunlaşma alt boyutu	Var	6	30,17	181,00	-0,847	0,397
	Yok	44	24,86	1094,00		
Değerlendirme alt boyutu	Var	6	34,58	207,50	-1,634	0,102
	Yok	44	24,26	1067,50		
Düzenleme alt boyutu	Var	6	31,08	186,50	-1,022	0,307
	Yok	44	24,74	1088,50		

Tablo 12’de, cezaevi öyküsüne göre, katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği, Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği ve altboyut medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 13. Kendine Zarar Verme Davranışına Göre Katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması

Ölçek/Altboyut	Kategoriler	n	Medyan	Medyan toplamı	z	p
Madde Aşerme Ölçeği	Var	11	33,77	371,50	-2,134	0,033*
	Yok	39	23,17	903,50		
Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği	Var	11	30,18	332,00	-1,209	0,227
	Yok	39	24,18	943,00		
Dayanıklılık alt boyutu	Var	11	28,36	312,00	-0,755	0,450
	Yok	39	24,69	963,00		

Ölçek/Altboyut	Kategoriler	n	Medyan	Medyan toplamı	z	p
Yoğunlaşma alt boyutu	Var	11	28,32	311,50	-0,735	0,462
	Yok	39	24,71	963,50		
Değerlendirme alt boyutu	Var	11	31,05	341,50	-1,434	0,151
	Yok	39	23,94	933,50		
Düzenleme alt boyutu	Var	11	27,00	297,00	-0,395	0,693
	Yok	39	25,08	978,00		

*p<0,05

Tablo 13'te, kendine zarar verme davranışına göre katılımcıların Madde Aşerme Ölçeği medyanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($z=-2,134$; $p<0,05$). Kendine zarar verme davranışı olanların madde aşerme medyanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 14. Katılımcıların Tedavi Öncesi ve Sonrası Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması

		n	Medyan	Medyan toplamı	z	p
İlk Aşerme Puanı- Son Aşerme Puanı	Negatif sıra	39	23,03	898,00	-5,159	0,000**
	Pozitif sıra	4	12,00	48,00		
	Eşit	7				
İlk Tolerans Puanı- Son Tolerans Puanı	Negatif sıra	9	22,06	198,50	-3,171	0,002**
	Pozitif sıra	33	21,35	704,50		
	Eşit	8				

**p<0,01

Tablo 14'te, katılımcıların tedavi öncesi ve sonrası Madde Aşerme Ölçeği ($z=-5,159$; $p<0,01$) ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği ($z=-3,171$; $p<0,01$) puan medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Katılımcılardan 39'unun tedavi sonrası aşerme puan medyanları düşerken 4'ünün artmış ve 7'sinin aynı kalmıştır. Diğer taraftan 9 katılımcının sıkıntıyı tolere etme puanı azalırken 33 kişinin artmış ve 8 kişinin aynı kalmıştır. Tablo incelendiğinde katılımcıların genel olarak madde aşerme isteklerinin azaldığı ve sıkıntıyı tolere etme becerilerinin yükseldiği görülmektedir.

Tablo 15. Katılımcıların Tedavi Sonrası Madde Kullanmalarına Göre Sıkıntıyı Tolere Düzeylerinin Dağılımlarının İncelenmesi

		Tedavi sonrası kullanım		Toplam	χ^2	p
		Kullanım yok	Kullanım var			
Sıkıntıyı tolere etme	Düşük sıkıntıya tolerans	12	12	24	5,265	0,022*
		50,0%	50,0%	100,0%		
	Yüksek sıkıntıya tolerans	21	5	26		
		80,8%	19,2%	100,0%		
Toplam		33	17	50		
		66,0%	34,0%	100,0%		

*p<0,05

Tablo 15'te, sıkıntıyı tolere etme düzeyi düşük ve yüksek olan katılımcıların tedavi sonrası madde kullanıp kullanmama durumları dağılımları için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($\chi^2=5,265$; p<0,05).

Tablo 16. Maddeyi Tekrar Kullanıp Kullanmama Durumuna Göre Katılımcıların Tedavi Öncesi Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması

Ölçek/Altboyut	Kategoriler	n	Medyan	Medyan toplamı	z	p
Madde Aşerme Ölçeği	Kullanım yok	33	25,17	830,50	-0,226	0,822
	Kullanım var	17	26,15	444,50		
Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği	Kullanım yok	33	28,32	934,50	-1,909	0,056
	Kullanım var	17	20,03	340,50		

Tablo 16'da, maddeyi tekrar kullanan ve kullanmayan katılımcıların tedavi öncesi Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (p>0,05).

Tablo 17. Maddeyi Tekrar Kullanıp Kullanmama Durumuna Göre Katılımcıların Tedavi Sonrası Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması

Ölçek/Altboyut	Kategoriler	n	Medyan	Medyan toplamı	z	p
Madde Aşerme Ölçeği	Kullanım yok	33	24,79	818,00	-0,482	0,630
	Kullanım var	17	26,88	457,00		
Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği	Kullanım yok	33	27,76	916,00	-1,527	0,127
	Kullanım var	17	21,12	359,00		

Tablo 17’de, maddeyi tekrar kullanan ve kullanmayan katılımcıların tedavi sonrası Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 18. Tedavi Sonrası Madde Kullanmamış Katılımcıların Tedavi Öncesi ve Sonrası Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması

		n	Medyan	Medyan toplamı	z	p
İlk Aşerme Puanı- Son Aşerme Puanı	Negatif sıra	25	13,68	342,00	-4,246	0,000**
	Pozitif sıra	1	9,00	9,00		
	Eşit	7				
İlk Tolerans Puanı- Son Tolerans Puanı	Negatif sıra	8	14,31	114,50	-1,793	0,073
	Pozitif sıra	19	13,87	263,50		
	Eşit	6				

** $p<0,01$

Tablo 18’de, tedavi sonrasında madde kullanmamış katılımcıların tedavi öncesi ve sonrası madde aşerme ($z=-4,246$; $p<0,01$) medyanları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Tedavi sonrası aşerme puanı düşen katılımcıların sayısı 25 iken artanların sayısı 1 ve aynı kalanların sayısı 7’dir.

Tablo 19. Tedavi Sonrası Madde Kullanmış Katılımcıların Tedavi Öncesi ve Sonrası Madde Aşerme Ölçeği ve Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği Medyanlarının Karşılaştırılması

		n	Medyan	Medyan toplamı	z	p
İlk Aşerme Puanı- Son Aşerme Puanı	Negatif sıra	14	9,79	137,00	-2,887	0,004**
	Pozitif sıra	3	5,33	16,00		
	Eşit	0				
İlk Tolerans Puanı- Son Tolerans Puanı	Negatif sıra	1	6,00	6,00	-3,078	0,002**
	Pozitif sıra	14	8,14	114,00		
	Eşit	2				

**p<0,01

Tablo 19’da, tedavi sonrasında madde kullanmış katılımcıların tedavi öncesi ve sonrası madde aşerme ($z=-2,887$; $p<0,01$) ve sıkıntıyı tolere etme ($z=-3,079$; $p<0,01$) medyanları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Tedavi sonrası aşerme puanı düşen katılımcıların sayısı 14 iken artanların sayısı 3 ve aynı kalanların sayısı 0’dır. Tedavi sonrası sıkıntıyı tolere etme puanı düşen katılımcıların sayısı 1 iken artanların sayısı 14 ve aynı kalanların sayısı 2’dir.

5. TARTIŞMA

Madde kullanım bozukluğu fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri ile kişinin hayatını çok yönlü etkileyen bir olgudur. Madde kullanımını stresörlere bir tepki olarak oluşmaktadır. Bu nedenle madde kullanımını ile sıkıntıyı tolere etme yakın kavramlardır. Bu çalışmanın amacı madde kullanım bozukluğu olan kişilerde madde aşırme ve sıkıntıyı tolere etme arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

İlişkinin incelenmesi için yapılan korelasyon analizi sonucunda madde aşırme ile sıkıntıyı tolere etme ve altboyutları arasında olumsuz, orta şiddette ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre katılımcıların sıkıntıyı tolere etme, dayanıklılık ve değerlendirme puanları arttıkça madde aşırme puanları düşecek ya da sıkıntıya tolerans etme, dayanıklılık ve değerlendirme puanları azaldıkça madde aşırme puanları yükselecektir. Ancak yapılan korelasyon analizinde bir nedensellik yorumu yapılamamaktadır. Kişilerin madde aşırme puanlarının yüksek olmasının nedeni sıkıntıyı tolere edememeleri şeklinde bir yorum yapılamamaktadır. Ayrıca yapılan hipotez testi sonuçları da korelasyon analizi bulgularını destekler niteliktedir. Hipotez testi sonucunda sıkıntıyı tolere etme seviyesi düşük katılımcıların madde aşırme puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Alan dizin çalışmalarında bu yorumu destekler bilgiler bulunmaktadır. Ayrıca tedavi sonrası sıkıntıyı tolere seviyesi düşük olan katılımcıların %50'sinin tekrar madde kullanması ve tedavi sonrası sıkıntıyı tolere seviyesi yüksek katılımcıların %20'sinin tekrar madde kullanması ilgili değişkenler arası ilişkiyi göstermektedir.

Buckner ve arkadaşları (2007) çalışmalarında madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sıkıntıya tolerans, rahatsızlığa dayanma ve depresyonun etkilerin üzerinde durmuştur. Çalışma bulguları sıkıntıya tolere edememe ve rahatsızlığa dayanamamanın depresif kişilerde madde kullanımına neden olabilecek etmenler olduğu belirtilmiştir. Buna ek olarak sıkıntıya dayanmanın, alkol ve esrar sorunları, artan alkol miktarı ve artan esrar kullanım sıklığı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki içinde olduğu belirlenmiştir. Bujarski ve arkadaşları (2012) da sıkıntıyı tolere etme seviyesi düşük bireylerin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla madde kullanım bozukluğu yaşadıklarını saptamıştır.

Özdel ve Ekinci (2014) çalışmalarında madde kullanım bozukluğu olan katılımcılardan oluşan bir deney grubu ve sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubu arasındaki sıkıntıyı tolere etme düzeylerini karşılaştırmıştır. Elde edilen bulgulara göre madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların sıkıntıyı tolere etme düzeyleri anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür. Udum (2018), yapmış olduğu araştırmada sıkıntıya tolerans ve esrar kullanım arasındaki olan ilişkiyi incelemiştir. Araştırmanın sonucunda esrar kullanımı olan bireylerin sıkıntıya dayanma seviyelerinin esrar kullanımı olmayan bireylere oranla önemli ölçüde değiştiği ve esrar kullanan bireylerin sıkıntıya dayanma düzeylerinin daha az olduğu saptanmıştır.

Zvolensky ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan araştırmada, esrar kullanan bireylerde sıkıntıya dayanıksızlık, anksiyete duyarlılığı ve panik atakların, esrar kullanımında başa çıkma ve uyum sağlama faktörlerine göre olan ilişkisi üzerinde durulmuştur. Bu çalışma sonuçlarında, anksiyete duyarlılığı için başa çıkma ve uyum sağlama faktörleri ile sıkıntıya dayanma için ise yalnızca başa çıkma faktörü ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sargın ve arkadaşları (2012) madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sıkıntıya toleransın düşük olmasının yoksunluk belirtileri ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Yoksunluk belirtilerin yoğun ve sürekli olması kişileri sıkıntı ve stresi tolere etme, kontrol etme ve baş etmesinin önüne geçmektedir. Ayrıca madde kullanım bozukluğu olan kişilerde görülen aşırı dürtüsellik ve duygu merkezli mücadelenin olması sıkıntıya toleransın az olmasına neden olmaktadır.

Madde kullanımının beyinde yarattığı farklı süreçler de sıkıntıya toleransa etki etmektedir. Bağımlılık yapan maddelerin, akut farmakolojik etkilerinden biri de beyindeki GABA (Gama Amino Butirik Asid) aktivitelerini arttırmaktır. Beyin ve sinir sistemi arasındaki mesajlaşmadan sorumlu olan GABA'nın madde bırakılması veya kullanılmaması sonucu azalması kaygı ve korku duygularını artırıcı etki yapmaktadır. Bu nedenle madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sıkıntıya tolerans azalmakta ve tekrar madde kullanım için aşırı istek duymakta ve madde aşermesi olgusu ortaya çıkmaktadır (Brandon ve ark, 2003; Tosun, 2008). Bütün alanyazın bilgileri doğrultusunda çalışmada elde edilen bulguların alanyazın ile tutarlı ve benzer bulguların elde edildiğini göstermektedir.

Hipotez testleri sonucunda madde aşerme ve sıkıntıyı tolere etmede etkili olan demografik değişkenler incelenmiştir. Elde edilen bulgularda ilk kullandığı bağımlılık yapıcı madde alkol olan katılımcıların sıkıntıyı tolere etme puanlarının düşük olduğu görülmüştür. Alkolün diğer bağımlılık yapıcı maddeler (eroın, kokain, LSD vb.) Dışında üretim ve tüketiminin yasal olması bu maddeye erişimin de kolay olmasına neden olmaktadır. Bu kolaylık nedeniyle kişilerin sıkıntıyı tolere edememeleri noktasında alkol kullanmalarını olası kıldığı düşünölmektedir. Alan dizin çalışmalarını da alkol kullanımı ile sıkıntıyı tolere etme arasındaki ilişkiyi göstermektedir (Buckner ve ark., 2007; Howellve ark., 2010).

Her gün madde kullanan katılımcıların madde aşerme puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Madde kullanım bozukluğu olan kişilerde tolerans kavramını, madde kullanımına olan istek için önemli bir olgudur (Daughters ve ark., 2005). Sürekli madde kullanan bireylerde tolerans düşeceği için yoksunluk belirtisi hemen kendini göstermektedir. Yoksunluk belirtisinin ortaya çıkması maddeye olan aşerme ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle sürekli madde kullanan veya kullanmış olan kullanıcılar da madde aşerme isteği daha kuvvetli olmaktadır.

Katılımcıların tedavi öncesi ve sonrası durumlarının karşılaştırılması için ön test- son test uygulamasını yapılmıştır. Yapılan analizlerin sonucunda katılımcıların tedavi öncesi ve sonrası madde aşerme ve sıkıntıyı tolere etme medyanları anlamlı şekilde farklı bulunmuştur. Tedavi sonrasında katılımcıların madde aşerme medyanlarının düşük, sıkıntıyı tolere etme medyanlarının ise yüksek olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgular tedavinin etkinliğini göstermiş olmakla birlikte katılımcılardan %34'ünün tedavi sonrası tekrar madde kullanmış olması bu etkinliğin tamamen verimli olmadığını göstermektedir. Tedavi öncesi ve sonrası ölçek medyanları arasında farklılık bulunmakla birlikte tedavi sonrası madde kullanan ve kullanmayanların son test puanları arası anlamlı farklılık görölmemiştir.

Madde kullanım bozukluğunda tedavinin etkinliği karmaşık bir kavramdır. Bireysel farklılıklar madde kullanım bozukluğunda hedefleri ve tedavi sürecinin seyrini etkileyen önemli değişkendir. Madde kullanım bozukluklarının tedavisinde ilk amaç madde kullanımının bırakılması ve ikincisi ise maddeden uzak kalmaktır (Bilgiç, 2018). Madde

kullanım bozukluklarında relapların sıklıkla gözleendiği alan dizin çalışmalarında belirtilmiştir (Brown ve ark., 1996; Davidson, 1998; Xie ve ark., 2005).

Tedavi sonrası madde kullanımı olanların ve olmayanların madde aşırme ve sıkıntıyı tolere etme ölçekleri ön test ve son test puanlarının karşılaştırmalarında benzer sonuçlar elde edilmiştir. Tedavi sonrası madde kullanmamış olanların tedavi öncesi ve sonrası madde aşırme medyanları arasında farklılığın bulunması tedavinin etkinliğini gösterirken, tedavi sonucunda madde kullanmış olan 17 katılımcıdan 14'ünün aşırme puanının düşmüş olması, madde kullanmalarının etkisi ile açıklanabilir. Aynı sonuçların sıkıntıyı tolere etme medyanları için de görülmüş olması madde kullanmamış olan katılımcılarda tedavi etkinliği ile açıklanırken madde kullanmış olanlarda maddenin etkisi ile açıklanabilir.

5.1. Sonuç

Elde edilen bulgular ışığında madde aşırme ve sıkıntıyı tolere etme arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. İlk kullanılan maddenin alkol olduğu katılımcılarda sıkıntıyı tolere etme düzeyleri düşük bulunmuştur. Her gün madde kullanmış olan katılımcıların madde aşırme puanlarının daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Tedavi sonrası katılımcıların madde aşırme medyanlarında düşüş ve sıkıntıyı tolere etme medyanlarında yükseliş olduğu görülmüştür. Tedavi sonrası tekrar madde kullanan ve kullanmayanların son testteki madde aşırme ve sıkıntıyı tolere etme medyanları arasında anlamlı fark görülmemiştir. Son olarak tedavi sonrası madde kullanmamış olanların madde aşırme ön test-son test medyanlarında farklılık bulunmuş; madde kullanmış olanların madde aşırme ve sıkıntıyı tolere etme ölçeği ön test-son test medyanlarında farklılık bulunmuştur.

5.2. Kısıtlılıklar

Yapılan çalışma madde kullanım bozukluğu olan katılımcılarla yürütüldüğü için örneklem sayısı yeterince geniş tutulamamıştır. Ayrıca örneklemin NP Hastanesine yatış yapmış hastalarla yürütülmesi sonuçların evrene genellenmesi noktasında kısıtlılık oluşturmuştur.

5.3. Öneriler

Madde aşerme noktasında sıkıntıya toleransın yanında asıl madde kullanımına neden olacak faktörlerin incelenmesi, madde kullanım bozukluğunda aşerme sorununa çözüm için yardımcı olabilir. Bu noktada geçmiş deneyimler ve aile ile ilişkilerin incelenmesi madde aşerme olgusunun daha iyi anlaşılmasına olanak tanıyacaktır.



KAYNAKÇA

- AKÇA, F. (2016). Zihinsel yetersizliklerden etkilenmiş ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip ebeveynlerin sıkıntıyı tolere etme durumları depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karabük.
- AKIN, A., AKÇA, M., & GÜLŞEN, M. (2014). Sıkıntıyı tolere etme ölçeği türkçe formu: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 23(2), 619-630.
- AKVARDAR, Y., ARKAR, P. H., AKDEDE, B. B., GÜL, S., SARI, P. Ö., & Tunca, Z. (2005). Alkol Kullanım Bozukluklarında Kişilik Özellikleri. *Journal of Dependence*, 6, 53-59.
- BAYAR, R., & YAVUZ, M. (2008). Alkol Bağımlılığı. *İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri*, 6(2), 221-230.
- BİLGİÇ, B. (2018). Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Ergenlerde Tedavi Hizmetlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- BİRLİĞİ, A. P. (2013). Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-V). *Köroğlu E (çeviri ed.)*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- BROCKMAN, C. J. (2009). Urgency and distress tolerance predicting alcohol use, alcohol-related problems, and alcohol use as a coping mechanism. Unpublished master's thesis, University of Central Missouri.
- BROWN, P. J., STOUT, R. L., & MUELLER, T. (1996). Posttraumatic stress disorder and substance abuse relapse among women: A pilot study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 124.
- BROWN, R. A., LEJUEZ, C. W., KAHLER, C. W., STRONG, D. R., & ZVOLENSKY, M. J. (2005). Distress tolerance and early smoking lapse. *Clinical psychology review*, 25(6), 713-733.
- BUCKNER, J. D., KEOUGH, M. E., & SCHMİDT, N. B. (2007). Problematic alcohol and cannabis use among young adults: the roles of depression and discomfort and distress tolerance. *Addictive Behaviors*, 32(9), 1957-1963.
- BUCKNER, J. D., KEOUGH, M. E., & SCHMİDT, N. B. (2007). Problematic alcohol and cannabis use among young adults: The roles of depression and discomfort and distress tolerance. *Addictive behaviors*, 32(9), 1957-1963.
- BUJARSKİ, S. J., NORBERG, M.M., & COPELAND, J. (2012). The association between distress tolerance and cannabis use-related problems: the mediating and moderating roles of coping motives and gender. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1181-1184.

CAREY, K.B., & CORREIA, C.J. (1997). Drinking motives predict alcohol-related problems in college students. *J. Stud. Alcohol*, 58, 100-105.

CARPENTER, K.M., & HASIN, D.S. (1999). Drinking to cope with negative affect and DSM-IV alcohol use disorders: A test of three alternative explanations. *Journal of studies on alcohol*, 60, 694-704.

COOPER, M. L., RUSSELL, M., SKINNER, J. B., FRONE, M. R., & MUDAR, P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 139-152.

COŞKUNOL, H., & ALTINTOPRAK, E. (1999). Alkol Kullanımının Genetik Yönleri. *Klinik Psikiyatri*, 2(4), 222-229.

DALEY, A.J. (2002). Exercise Therapy And Mental Health İn Clinical Populations: Is Exercise Therapy A Worthwhile Intervention? *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 262-270.

DAUGHTERS, S. B., LEJUEZ, C. W., KAHLER, C. W., STRONG, D. R., & BROWN, R. A. (2005). Psychological distress tolerance and duration of most recent abstinence attempt among residential treatment-seeking substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(2), 208-221.

DAVIDSON, R. J. (1998). The treatment of substance abuse and dependence. Amsterdam: Elsevier.

ELMACI, F. (2006). Parçalanmış ve Bütünlüğünü Koruyan Aileye Sahip Ergenlerin Depresyon ve Uyum Düzeylerinde Sosyal Destegın Rolü. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(2), 405-423.

ERCAN, Ö. (2009). İlköğretim okulu öğrencilerinin aile özellikleri, öğrenilmiş çaresizlik düzeyleri ve stresle başa çıkma yolları. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

EVREN, C., GÜROL, D.T., & ÖGEL, K. (2011a) Reliability and validity of the Penn Alcohol Craving Scale (PACS) Revised Version for substance craving in male substance dependent inpatients. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 70-85.

FARREN, C. K., & TIPTON, K. F. (1999). Trait markers for alcoholism: clinical utility. *Alcohol and Alcoholism*, 34(5), 649-665.

FLANNERY, B.A., VOLPICELLI, J.R. & PETTINATI, H.M. (1999) Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcohol Clin Exp Res*, 23, 1289-1295.

GORDON, C. (1991). Governmental rationality: An introduction. *The Foucault effect: Studies in governmentality*, 1(52), 35-49.

GORSKI, T. (1986). Relapse prevention planning: A new recovery tool. *Alcohol Health and Research World*, 3, 6-11.

GÜLAÇ, G., KÖŞGER, F., & EŞSİZOĞLU, A. (2015). DSM-5' te Alkol ve Madde Kullanım Boz. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 448-460.

GÜMÜŞ, İ., KURT, M., ERMURAT, D., & FEYATORBAY, E. (2011). Lise Öğrencilerinin Madde Bağımlılığı Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları Düzeylerinin Belirlemesi (Erzurum Örneği). *Ekev Akademi Dergisi*, 15(45), 97-101.

HOWELL, A. N., LEYRO, T. M., HOGAN, J., BUCKNER, J. D., & ZVOLENSKY, M. J. (2010). Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive behaviors*, 35(12), 1144-1147.

KARATOSUN, H. (2010). Fiziksel Aktivite ve Ruh Sağlığı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Yaşam Dergisi*, 2(2), 9-13.

KEF, S. (1997). The Personel Networks and Social Supports Of Blind and Visually Impaired Adolescents. *Journal Of Visual Impairment and Blindness*, 91, 236-244.

KÖKNEL, Ö. (1983). Alkolden-eroine, kişilikten kaçış. İstanbul: Altın Yayıncılık.

LAZARUS, R. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46, 352-367.

LEYRO, T.M., ZVOLENSKY, M.J., & BERNSTEIN, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychol Bulluten*, 136, 576-600.

MADELEY, M. C. (2009). Distress tolerance and eating expectancies as moderators of the relationship between interpersonal stress and dis-inhibited eating. Unpublished master's thesis, University of Texas at Austin.

NEFF, K.D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-COMPASSION. *Self and identity*, 2(3), 223-250.

Olçay, G.N. (2016). Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

ÖGEL, K., TAMAR, D., EVREN, C., & ÇAKMAK, D. (2001). İstanbul'da Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yordayıcısı. *Klinik psikiyatri*, 3(4), 242-245.

ÖGEL, K., TANER, S., & EKE, C. (2006). Onuncu Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı: İstanbul Örneklem. *Journal of Dependence*, 7, 18-23.

ÖZDEL, K., & EKİNCİ, S. (2014). Distress tolerance in substance dependent patients. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 960-965.

ÖZTÜRK, Y.E., KIRLIOĞLU, M., & KIRAÇ, R. (2015). Alkol ve Madde Bağımlılarında Risk Faktörlerin. *Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 18(2), 86-95.

REYHANLIOĞLU, E. (2015). Türkiye'deki üniversite öğrencilerinin internete bağımlılık düzeyleri ile sıkıntıya dayanma başa çıkma stratejileri, kişilik özellikleri ve baz demografik değişkenler arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

ROHSENOW, D.J. (1982). Social anxiety, daily moods, and alcohol use over time among heavy social drinking men. *Addictive Behaviors*, 7(3), 311-315.

SAĞKAL, T., & GÜRKEN, A. (2010). İzmir ve Manisa' da Madde Bağımlılarına Uygulanan İki Farklı Klinik Tedavi Programının Öğrenilmiş Güçlülüğe Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(3), 109-116.

SAMHSA, (2005). Evaluating and Improving Methods Used in the National Survey on Drug Use and Health. Erişim Tarihi: 06.06.2018, <http://www.oas.samhsa.gov>.

SAMHSA, (2007). Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. Erişim Tarihi: 06.06.2018, <http://www.oas.samhsa.gov>.

SARGIN, E., ÖZDEL, K., UTKU, Ç., KURU, E., ALKAR, Ö., & TÜRKÇAPAR, H. (2012). Sıkıntıya dayanma ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(12), 152-161.

SIMONS, J. S., & GAHER, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.

STİPELMAN, B. A. (2008). A comprehensive assessment of distress tolerance as a predictor of early smoking lapse. Unpublished doctoral dissertation, Faculty of the Graduate School of the University of Maryland.

ŞENCAN, B. (2015). Bağlanma örüntüleri ve psikolojik iyilik hali arasındaki ilişkilerde duygusal şemalar, duygusal zorlanmaya tolerans ve kişilerarası beklentilerin rolü. Yüksek Lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

TABAK, S. (2010). Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Yetişkin Erkeklerle Normal Yetişkin Erkeklerin Tematik Algı Testi Bulguları Açısından Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

TOSUN, M. (2008). Madde bağımlılığın genel bakış. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 62, 201-220.

UDUM, S. (2018). Sıkıntıya dayanma ve esrar kullanım arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.

ÜNAL, M., & ÖZPOYRAZ, N. (1997). Alkol Kullanımı İle İlişkili Bozukluklar. Psikiyatri Temel Kitabı, cilt 1. (Ed: Güleç, C. ve Köroğlu, E.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

XİE, H., MCHUGO, G. J., FOX, M. B., & DRAKE, R. E. (2005). Special section on relapse prevention: Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatric services*, 56(10), 1282-1287.

YELTEPE, H. (2010). Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Yetişkinlerde Düzenli Egzersizin Depresyon Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

YELTEPE, H. (2010). Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Yetişkinlerde Düzenli Egzersizin Depresyon Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

YILDIRIM, B., ENGİN, E., & YILDIRIM, S.(2011). Alkol ve Madde Bağımlılarında Yalnızlık ve Etki Eden Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 25-30.

YILDIRIM, İ. (1997). Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Kullanan Üniversite Öğrencilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 147-155.

YILMAZ, N. (2015). Alkol ve Madde Bağımlılığı: Bireysel Toplumsal Sonuçları. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Sıkıntıya Toleransın Madde Kullanım Sürecine Etkisi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı vererseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI: Çalışmanın madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sıkıntıya tolerans düzeyinin madde kullanımına etkisidir. Amacı ise bu alanda yapılacak çalışmalara ve problemin çözümüne katkı sağlamak.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Anket veri toplama tekniği ile kağıt kalem çalışması.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR? Bu çalışmaya katılmanın olası yararları madde kullanımı sebepleri üzerinde farkındalık kazanarak, daha güçlü bir birey haline gelmek ve baş etme, sorun çözme becerilerinde artış edinmek.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz isim belirtilmeden verilerin yorumlanmasında kullanılacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

1. Ferruh GÜNEŞ

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hr irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>	Ferruh GüNEş	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>	T.dere.mh Fırat sk no.11 bayrampaşa İstanbul 0538 847 44 62	

Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu

1-) Yaşınız:

2-) Cinsiyetiniz:

a-) Kadın b-) Erkek

3-)Öğrenim Durumunuz?

a-) Sadece Okur-Yazar b-) İlkokul c-) Ortaokul

d-) Lise e-) Üniversite f-) Yüksek Lisans g-) Doktora

4-) Medeni Durumunuz:

a-) Evli b-) Bekar

5-) İlk kez bağımlılık yapıcı madde kullandığınız yaş ?.....

6-) İlk Kullanılan Bağımlılık Yapıcı Madde

Alkol () Esrar () Sentetik Kannabinoid / Jamaika, Bonzai () Extacy ()

Kokain/Taş () Eroin () Metamfetamin () Lsd ()

Uçucu Maddeler ()

7-) Şuan Kullanılan (veya bırakılan) Bağımlılık Yapıcı Madde (birden fazla var ise işaretleyiniz)

Alkol () Esrar () Sentetik Kannabinoid / Jamaika, Bonzai()

Extacy () Kokain/Taş () Eroin() Metamfetamin() LSD()

Uçucu Maddeler ()

8-) Şu anki madde kullanım sıklığı

Yılda bir veya birkaç kez ()

Ayda bir veya birkaç kez ()

Haftada bir veya birkaç kez ()

Her gün ()

9-) Anne veya Babada Kullanılan ya da Bırakılan Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı

Var () Yok ()

10-) Kardeşlerde Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı

Var () Yok ()

11-) Cezaevi öyküsü

Var () Yok ()

12-) Kendine Zarar Verme Davranışı (kendini kesme, vücutta sigara söndürme vb)

Var () Yok ()

Ek 3. Madde Aşerme Ölçeği

MADDE AŞERME ÖLÇEĞİ (MAÖ)	
Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun ve geçtiğimiz haftasüresince madde aşerme'nizi (madde kullanma isteğinizi) eniyi tanımlayansayıyı daireiçinealın.	
1. Geçtiğimiz haftaiçinde, madde kullanmak ile ilgili ya da madde kullanmanın sizi ne kadar iyihissettireceği ile ilgili ne sıklıkta düşündünüz?	<p>0.....Hiç (geçtiğimiz haftaiçinde 0 kez)</p> <p>1.....Nadiren (geçtiğimiz haftaiçinde 1 ila 2 kez)</p> <p>2.....Ara sıra (geçtiğimiz haftaiçinde 3 ila 4 kez)</p> <p>3.....Bazen (geçtiğimiz haftaiçinde 5 ila 10 kezveyagünde 1 ila 2 kez)</p> <p>4.....Sıklıkla (geçtiğimiz haftaiçinde 11 ila 20 kezveyagünde 2 ila 3 kez)</p> <p>5.....Çoğu zaman (geçtiğimiz haftaiçinde 20 ila 40 kezveyagünde 3 ila 6 kez)</p> <p>6.....Neredeyse her zaman (geçtiğimiz haftaiçinde 40 kez den fazlaveyagünde 6 kez den fazla)</p>
2. Geçtiğimiz haftaiçinde, enşiddetli noktada, madde aşerme'niz ne kadargüçlüydü?	<p>0.....Hiç değildi</p> <p>1.....Önemsenmeyecek düzeyde, yani çok hafif istek</p> <p>2.....Hafif istek</p> <p>3.....Orta düzeyde istek</p> <p>4.....Güçlü istek, fakat kolaylıkla kontrol edildi</p> <p>5.....Güçlü istek ve kontrol edilmesizor</p> <p>6.....Güçlü istek ve gerelde edilebili olsaydı madde kullanmış olurdu</p>
3. Geçtiğimiz haftaiçinde, madde kullanmak ile ilgili ya da madde kullanmanın sizi ne kadar iyihissettireceği ile ilgili düşünmeye ne kadar zaman harcadınız?	<p>0.....Hiç</p> <p>1.....20 dakikadan az</p> <p>2.....21-45 dakika</p> <p>3.....46-90 dakika</p> <p>4.....90 dakika -3 saat</p> <p>5.....3 ila 6 saatarası</p> <p>6.....6 saattendaha fazla</p>

4. Geçtiğimiz hafta içinde, eğer evinizde madde olduğun bilseydiniz madde kullanmayakarşıdirenmek ne kadar zor olurdu?

0.....Hiç zor olmazdı

1.....Çok hafif zor

2.....Hafif zor

3.....Orta zorlukta

4.....Çok zor

5.....Aşırı zor

6.....Karşı koyamazdım

5. Önceki sorulara cevaplarınızı yaklınızda tutarak, lütfen geçen hafta içinde genel ortalamamadaşermenizideğerlendirin.

0.....Hiç madde kullanmadüşüncemolmadıvehiç madde kullanma isteğim olmadı. 1.....Nadiren madde kullanmayla ilgili düşündümvenadiren madde kullanma isteğim oldu2.....Ara sıra madde kullanmayla ilgili düşündümvearasıra madde kullanma isteğim oldu3.....Bazen madde kullanmayla ilgili düşündümvebazen madde kullanma isteğim oldu4.....Sıklıkla madde kullanmayla ilgili düşündümvesıklıkla madde kullanma isteğim oldu

5.....Çoğu zaman madde kullanmayla ilgili düşündümveçoğu zaman madde kullanma isteği oldu

6.....Neredeyse her zaman madde kullanmayla ilgili düşündümveneredeyse her zaman madde kullanma isteğim oldu

Ek 4. Sıkıntıyı Tolere Etme Ölçeği

Sıkıntılı ve üzüntülü hissettiğiniz zamanları düşünün. Üzüntü ve sıkıntı hisleriniz hakkında sizi en iyi tanımladığınızı düşündüğünüz maddeyi işaretleyiniz.						
Her sorunun karşısında bulunan; (1) Tamamen Katlıyorum (2) Katlıyorum (3) Kararsızım (4) Katılmıyorum ve (5) Tamamen Katılmıyorum anlamına gelmektedir.						
1	Sıkıntılı ya da üzüntülü hissetmek benim için katlanılmaz bir durumdur.	1	2	3	4	5
2	Sıkıntılı ya da üzgün olduğumda düşünebildiğim tek şey ne kadar kötü hissettiğimdir.	1	2	3	4	5
3	Sıkıntıyla ya da üzgün olmakla başa çıkamam.	1	2	3	4	5
4	Sıkıntı hissim o kadar kuvvetli ki beni tamamen ele geçiriyor.	1	2	3	4	5
5	Sıkıntılı ya da üzgün hissetmekten daha kötü bir şey yoktur.	1	2	3	4	5
6	Çoğu insan gibi üzüntüyü ya da sıkıntıyı tolere edebilirim.	1	2	3	4	5
7	Sıkıntı ya da üzüntü hislerim kabul edilemez.	1	2	3	4	5
8	Sıkıntılı ya da üzgün hissetmekten kaçınmak için her şeyi yaparım.	1	2	3	4	5
9	Diğer insanlar sıkıntı ya da üzgün olma hissiyle benden daha iyi baş edebiliyor görünüyorlar.	1	2	3	4	5
10	Sıkıntılı ya da üzgün olmak benim için her zaman büyük bir çiledir.	1	2	3	4	5
11	Sıkıntılı ya da üzüntülü olduğumda kendimden utanıyorum.	1	2	3	4	5
12	Sıkıntılı ya da üzgün olma duygularım beni korkutuyor.	1	2	3	4	5
13	Sıkıntılı ya da üzgün olmayı durdurmak için her şeyi yaparım.	1	2	3	4	5
14	Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde bununla ilgili hemen bir şeyler yapmam gerekir.	1	2	3	4	5
15	Sıkıntılı ya da üzgün olduğumu hissettiğimde, sıkıntının ne kadar kötü hissettirdiğini düşünmekten kendimi alamıyorum.	1	2	3	4	5

Reverse maddeler= 6

MADDELERİN ALT ÖLÇEKLERE GÖRE DAĞILIMI

Dayanıklılık: 1,3,5

Yoğunlaşma: 2,4,15

Değerlendirme: 6,7,9,10,11,12

Düzenleme: 8,13,14