



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

**YAŞANAN TRAVMATİK OLAYA BAĞLI ALKOL/MADDE
KULLANIMI OLAN TUTUKLU/HÜKÜMLÜ BİREYLERDE
TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ İLE TRAVMA SONRASI
BİLİŞLERİN İNCELENMESİ**

İrfan ŞİMŞEK

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi HÜSEYİN ÜNÜBOL

İSTANBUL- 2018

T.C
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

**YAŞANAN TRAVMATİK OLAYA BAĞLI ALKOL/MADDE
KULLANIMI OLAN TUTUKLU/HÜKÜMLÜ BİREYLERDE
TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ İLE TRAVMA SONRASI
BİLİŞLERİN İNCELENMESİ**

İrfan ŞİMŞEK

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi HÜSEYİN ÜNÜBOL

İSTANBUL- 2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı :Sosyal Hizmet
Program :Yüksek Lisans
Öğrenci No :164205022
Öğrenci Adı Soyadı : İRFAN ŞİMŞEK

Yaşanan Travmatik Olaya Bağlı Alkol/Madde Kullanımı Olan Tutuklu/Hükümlü Bireylerde Travma Sonrası Stres Belirtileri İle Travma Sonrası Bilişlerin İncelenmesi isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 28.09.2018 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Doç.Dr. İsmail BARIŞ
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza


Danışman : Dr. Öğr.Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza


Üye : Doç.Dr. Yusuf GENÇ
(Sakarya Üniversitesi)

İmza


ONAY

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

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

Bağımlılığın dünyada ve ülkemizde hızla artmasıyla bağımlılığa neden olan etkenler üzerine derinlemesine çalışmaların yapılması ihtiyacı doğmuştur. Hayatın doğal süreci içinde travmatik deneyimlere açık olan insan oğlunun travma sonrası süreçlerle baş etme ve kendi kendini tedavi etme yöntemi olarak seçtiği alkol/madde kullanımı araştırmanın konusunu oluşturmuştur. Bu çalışma ile adli süreçlerden ötürü ceza infaz kurumuna gelen ve travmatik olaya bağlı alkol/madde kullanımı olduğunu ifade eden erkek tutuklu/hükümlü bireylerde; Travma Sonrası Stres Belirtileri, Travma Sonrası Olumsuz Bilişler ve Bağımlılığın alt boyutları incelenmiştir. Ayrıca travma sonrası stres belirtileri, travma sonrası bilişler ve alkol/madde kullanma isteği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı, travma sonrası stres bozukluğunun varlığı ve madde kaynaklı suç oranları araştırılmak istenmiştir. Araştırmanın örneklemini Metris 2 Nolu Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda tutuklu/hükümlü bulunan, alkol/madde detoksifikasyonu tamamlanmış ve yaşanan travmatik olaya bağlı alkol/madde kullandığını ifade eden araştırmaya gönüllü 25 birey oluşturmaktadır.

Araştırmada veri toplamak amacıyla katılımcılara Bağımlılık Profil İndeksi (**BAPİ-Kısa Form**) ,Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (**TSSTÖ**), Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (**TSSBÖ**), araştırmacı tarafında hazırlanan Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu uygulanmıştır. İstatistiksel değerlendirme SPSS 16.0 programı kullanılarak yapılmış ve yorumlanmıştır. Değişkenler arası ilişkiyi saptamak için Sperman Korelasyon Analizi ve diğer betimsel analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Sonuç olarak katılımcıların; travma sonrası stres belirtileri, travma sonrası olumsuz bilişleri ve alkol/madde kullanma isteği arasında pozitif güçlü bir korelasyon olduğu saptanmıştır.

Ayrıca travmaya bağlı alkol/madde kullanımını olan tutuklu/hükümlü bireylerin % 80'inde TSSB bulunduğu; % 20'sinin ağır % 70'nin orta-ağır düzeyde stres tepkisi gösterdiği, katılımcıların sırasıyla dünyayla ve benlik algısıyla ilgili yüksek oranda olumsuz bilişlere sahip olduğu, tutuklu/hükümlüler arasında en yaygın olarak kullanılan maddenin Esrar (% 68) ile bonzai (% 68) maddesi olduğu, ve % 80'nin madde etkisiyle veya maddeye ulaşmak için yasal olmayan bir girişimde bulunduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Travma, travma sonrası stres, travma sonrası olumsuz bilişler, alkol/madde kullanma isteği, madde kullanımına bağlı suç ,adli sosyal hizmet



ABSTRACT

The need for in-depth studies on the factors that cause addiction with the rapid increase of dependency in the world and our country is born. The aim of this study was to investigate the use of alcohol/ substance as a method of coping with post-traumatic and self-healing in the human son who is open to traumatic experiences in the natural process of life. This study examined the symptoms of post-traumatic stress, negative cognitions after trauma and the sub-dimensions of addiction in male arrested/convicts who came to the criminal execution institution due to forensic processes and who expressed the use of alcohol/substance related to traumatic events. In addition, it was aimed to investigate whether there was a significant relationship between post-traumatic stress symptoms, Post-Traumatic cognition and alcohol/substance use request, and the presence of post-traumatic stress disorder and the rates of substance-induced crime. The sample of the study consisted of 25 volunteer individuals who were detained/convicted in Metris Closed Prison and whose alcohol/substance detoxification was completed and who stated that they were using Alcohol/Substance related to living traumatic.

Addictive Profile Index (BAPI-Short Form), Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (TSSTÖ), Post Traumatic Cognitive Scale (TSSBÖ) and Semi-structured Interview Form prepared by investigator were applied in order to collect data in the study. Statistical evaluation was made and interpreted using SPSS 16.0 program. Sperman Correlation Analysis and other descriptive analysis methods were used to determine the relationship between the variables.

As a result, positive strong correlation was found between symptoms of post-traumatic stress, post-traumatic negative cognition, and alcohol/substance use. In addition, 80% of the arrested/convicted individuals with trauma-related alcohol/substance use had PTSD; 20% of participants showed severe stress reaction, 70% of the participants showed moderate stress reaction, participants have a high level of negative information about the world and the perception of self, cannabis (68%) and bonzai (68%), the most commonly used substance among arrested / convictions, and it was found that 80% of the participants made an illegal attempt to take drugs, either under the influence of the drug.

Keywords: Trauma, post-traumatic stress, negative cognition after trauma, alcohol/substance abuse, crime related to substance use, judicial social service

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım bu çalışmada, tüm akademik yoğunluğuna rağmen alanım dışında tez danışmanım olmayı kabul eden ve çalışmalarımı gönülden destekleyen **Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL**'a, araştırmanın başından sonuna kadar yardımlarını esirgemeyen, aynı birimde çalıştığımız **Uzman Psikolog Kevser Top**'a ve araştırmada travma gibi önemli bir konuda derin paylaşımlarla araştırmaya katkı sağlamak isteyen gönüllü tutuklu/hükümlülere teşekkürlerimi sunuyorum.

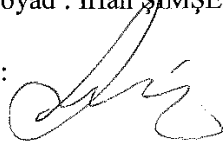
YEMİN METNİ

Bu çalışmanın planma aşamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, ve kendi tez çalışmam olduğunu, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, şahsıma ait olmayan bütün bilgi ve yorumlara atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Tarih: 28./09/2018

Ad Soyad : İrfan ŞİMŞEK

İmza:



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
ÖNSÖZ	v
YEMİN METNİ	vi
TABLolar LİSTESİ	x
KISALTMALAR	xi
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
İKİNCİ BÖLÜM	5
GENEL BİLGİLER	5
2.1. Travma ve Stres Kavramları ile ilgili Temel Bilgiler	5
2.1.1. Travma Kavramı	5
2.1.2. Stres Kavramı.....	7
2.1.3. Stresin Belirtileri	8
2.1.4. Stres Tepkisinin Aşamaları	9
2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	10
2.2.1. Travma Sonrası Stres Tepkileri	11
2.2.2. Travma Sonrası Olumsuz Bilişler	13
2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Ölçütleri.....	14
2.2.4. TSBB' nin Ortaya Çıkmasındaki Risk Faktörleri	16
2.2.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisi	17
2.3. Bağımlılıkla ilgili Temel Kavramlar	19
2.3.1. Madde Bağımlılığı Tanı Ölçütleri (DSM-4).....	21
2.3.2. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırması.....	22
2.3.3. Madde Bağımlılığın Risk Faktörleri ve Koruyucu Etkenleri	23
2.3.4. Bağımlılığın Psikolojik Etkenleri.....	25
2.3.5. Travma ve Alkol/Madde kullanımı Arasındaki İlişki.....	26
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	29

YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Modeli	29
3.2. Evren ve Örneklem	29
3.3. Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri.....	30
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.5. Veri Toplama Araçları.....	31
3.6. Verilerin Analizi.....	33
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	34
BULGULAR	34
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler	34
4.2. Korelasyon Analizleri.....	47
BEŞİNCİ BÖLÜM	48
TARTIŞMA	48
5.1. Tutuklu/Hükümlülerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması	48
5.2. Tutuklu/Hükümlülerin Bağımlılık Profiline Ait Bulguların Tartışılması	49
5.3. Tutuklu/Hükümlülerin Yaşamış Olduğu Travmatik Olaya Dair Bulguların Tartışılması.....	52
5.4. Tutuklu/hükümlülerin Travma Sonrası Olumsuz Bilişlerine Ait Bulguların Tartışılması.....	54
5.5. Tutuklu/Hükümlülerin Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçek ve Alt Boyut Puanlarına Ait Bulguların Tartışılması	56
5.6. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Alkol/madde Kullanımına Ait Bulguların Tartışılması.....	57
5.7. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Belirtileri ile Şiddetli Alkol/Madde Kullanma İsteği Korelasyonunun Toplam Puanlar Bazında Tartışılması.....	59
5.8. Katılımcıların Travma Sonrası Olumsuz Bilişler ile Şiddetli Alkol/Madde Kullanma İsteği Korelasyonunun Toplam Puanları Bazında Tartışılması	60
5.9. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Belirtileri ile Travma Sonrası Olumsuz Bilişler Korelasyonunun Toplam Puanlar Bazında Tartışılması	61
ALTINCI BÖLÜM	63
SONUÇ	63
ÖNERİLER	64

KAYNAKLAR	65
EKLER	80
ÖZ GEÇMİŞ	93



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Tutuklu-hükümlü bireylerin sosyo-demografik özellikleri	34
Tablo 2: Tutuklu/hükümlülerin başlarından geçen ya da tanık oldukları travmatik yaşam olaylarına göre dağılımları	35
Tablo 3: Tutuklu/hükümlülerin başlarından geçen ya da tanık oldukları travmatik olay sayısına göre dağılımları	37
Tablo 4 : Tutuklu/Hükümlü bireylerin yaşamış oldukları ya da şahit oldukları en travmatik yaşam olaylarına göre dağılımları	37
Tablo 5: Tutuklu/Hükümlülerin yaşadıkları ya da tanık oldukları “En Travmatik Yaşam Olayı”nın ne kadar zaman önce meydana geldiğine göre dağılımları.....	38
Tablo 6: En travmatik olay sırasında meydana gelen durumların dağılımları.....	39
Tablo 7: Tutuklu/Hükümlülerin yaşanan travmatik olay nedeniyle olumsuz etkilendikleri yaşam alanlarına göre dağılımları	40
Tablo 8: Tutuklu/Hükümlülerin travma sonrası stres belirtileri alt ölçeği toplam ve kaçınma, yeniden yaşama, aşırı uyarılmışlık alt boyutları puan ortalamaları	40
Tablo 9: Tutuklu/Hükümlülerin travma sonrası stres düzeylerinin dağılımları.....	41
Tablo 10: Tutuklu/Hükümlülerin TSBB tanısı alma durumları.....	42
Tablo 11: Tutuklu/Hükümlülerin yaşanan travmatik olay kaynaklı intihar girişimi ve travma sonrası profesyonel yardım alma durumlarına göre dağılımları.....	42
Tablo 12: Tutuklu/Hükümlülerin son bir yılda alkol/madde kullanma sıklığı dağılımı	43
Tablo 13: Tutuklu/Hükümlülerin şiddetli alkol/madde kullanma isteği dağılımı.....	45
Tablo 14: Tutuklu/Hükümlülerin madde kullanımını bırakmaya veya azaltmaya dair motivasyon dağılımı.....	45
Tablo 15: Tutuklu/Hükümlülerin madde kaynaklı yasal olmayan bir eylem ya da girişimde bulunma durumları	46
Tablo 16: Travma sonrası bilişler ölçeğinin toplam ve alt ölçek puanlarının toplam puan, ortalama ve standart sapma değerlerine göre dağılımı	46
Tablo 17: Travma sonrası stres belirtileri toplam puanı, travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı ve alko/madde kullanımına dair şiddetli istek alt ölçeği puanları arasında yapılan korelasyon analizi sonuçları	47

KISALTMALAR

ACE: Adverse Childhood Experiences

AMATEM: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

APA: American Psychology Association

BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMCDDA: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSBÖ: Travma Sonrası Bilişler Ölçeği

TSSTÖ: Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği

TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

İnsan yaşamını etkileyen savaş, göç, kaza, cinsel ve fiziksel istismar, ani beklenmedik ölümler ve ciddi hastalıklar gibi travmatik olayların birey ve toplum hayatı üzerinde önemli etkisi olduğu açıktır. Yaşanan travmatik olayla birlikte biyo-psiko-sosyal gelişimi sekteye uğrayan çocuk ve bireyin yaşadığı dünyayla baş etmesi güçleşmektedir. Travmanın olumsuz etkilerinden kurtulamayan çoğu birey yeni psikiyatrik sorunlarla baş etmek zorunda kalmakta ve ikincil travmalara daha açık hale gelmektedirler. Sıradan yaşam akışını bozan ve bireyin dünyayı, kendini algılamasında sağlıklı duygu ve bilişler ortaya çıkaran travmatik deneyimlerin ardından en sık görülen psikiyatrik bozukluk Travma Sonrası Stres Bozukluğudur. Madde ve alkol kullanımının stresle başa çıkmada bir yol olduğu, başa çıkma tutumlarının madde kullanma eğilimi ile anlamlı ilişkilere sahip olduğu daha önceki çalışmalarda bildirilmiştir (Platt ve Husband 1993)

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile ilgili birçok çalışmada travmaya eşlik eden birçok psikiyatrik bozukluk olduğu görülmektedir. Özellikle major depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, dikkat eksikliği/ hiperaktivite bozukluğu, borderline, antisosyal kişilik bozukluğu ve alkol/madde kullanımı çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda daha çok görülür (Merry,1994).

Yine yapılan diğer bir çalışmada örselenme öyküsü olan bireylerin, duygusal/fiziksel kötüye kullanım ve cinsel taciz sonucunda ortaya çıkan düşük benlik saygısını giderebilmek, çökkünlük ve bunaltı belirtilerini denetleyebilmek amacıyla madde kullanma eğiliminde oldukları belirtilmektedir (Riggs ve ark. 1990, Stewart ve Conrod 2003).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda sosyal hizmet mesleğinin çalışma alanlarını da kapsayan ve özellikle dezavantajlı gruplar içerisinde yer alan çocukluk çağı travma yaşantısı olan bireylerin travması olmayanlara göre daha fazla madde kullanımı eğiliminde

olduğu gözlenmektedir. Yatarak tedavi gören alkol bağımlılarının %49.4'ü (n=77) DSM-IV tanımlamasına göre travma öyküsü olan grup olarak değerlendirilirken, bekar ve aleksitimik olma oranları travma öyküsü olan grupta yüksek iken, düzenli alkol kullanma yaşı düşüktür. (E. Dalbudak, C. Evren, T. Çetin, M. Durkaya, R. Cetin, 2010)

Yapılan bir çok araştırmada madde kullanımı ile suç davranışı arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Dünyada ve ülkemizde hızla artan madde kullanımıyla birlikte biyopsikososyal işlevselliği bozulan bireyin rehabilite edilmesi ve koruyucu önleyici hizmetlerin artırılması ülke politikalarının gündemi haline gelmiştir. Toplumda damgalanan bağımlı bireyin tedavisi ve yeniden toplumla bütünleşmesi bu alanda çalışan uzmanların öncelikli görevleri arasında yer almaktadır.

Adli sosyal hizmet kapsamında sosyal hizmet uzmanı temel olarak adli süreçlerden ötürü ceza infaz kurumuna gelen tutuklu/hükümlü bireylerin rehabilitasyonu için gerekli psikososyal desteği sunmakla görevlidir. Psikososyal servis elemanı olarak farklı disiplinlerle (psikolog, aile hekimi, psikiyatrist, çeşitli STK'lar vb.) çalışan sosyal hizmet uzmanının suç kavramı, nedenleri ve suçun önlenmesine yönelik mesleki ve akademik araştırmalar yapması diğer görevleri arasında yer almaktadır. Mesleki deneyim ve gözlemler neticesinde travma sonrası stres, olumsuz bilişler, alkol/madde kullanımı ve suç arasında güçlü bir ilişki olduğu düşüncesinden yolarak çıkılarak araştırmanın hipotezi oluşturulmuştur. Bu amaç doğrultusunda çeşitli nedenlerden ötürü ceza infaz kurumuna gelen ve travmaya bağlı alkol/madde kullanımı olduğunu belirten tutuklu hükümlü bireylerde travma sonrası stres belirtileri, olumsuz bilişler, bağımlılığın alt boyutları ve madde kaynaklı suç oranları incelenmek istenmiştir.

Problem Cümlesi:

Travma kaynaklı Alkol/Madde kullanımı olan tutuklu/hükümlü bireylerde travma sonrası stres belirtileri, travma sonrası olumsuz bilişler ve şiddetli alkol/madde kullanma isteği arasında nasıl bir ilişki olduğunu incelemek araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

Hipotezler:

1. Travma Sonrası Stres Belirtileri Toplam Puanı ile Alkol/Madde Kullanma İsteği Alt Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2. Travma Sonrası Bilişler Toplam Puanı ile Alkol/Madde Kullanma İsteği Alt Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3. Travma Sonrası Stres Belirtileri Toplam Puanı ile Travma Sonrası Bilişler Toplam Puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırma ile temel olarak travma sonrası stres belirtileri, travma sonrası olumsuz şemalar ve alkol/madde kullanma isteği arasında nasıl bir ilişkisi olduğu incelenmek istenmiştir. Ayrıca araştırma ile travma sonrası stres belirtilerinin şiddeti, travma sonrası stres bozukluğunun varlığı, travma sonrası bireyin kendini ve dış dünyayı algılaması, en yaygın kullanılan madde türü, madde kullanımına bağlı suç ve intihar girişimlerine ait sorulara yanıtlar aranmıştır.

Ceza infaz kurumuna gelmesiyle birlikte detoksifikasyonu tamamlanan bireylerle alkol/madde kullanımına neden olan veya zemin hazırlayan psikolojik süreçleri derinlemesine inceleme fırsatı bulunmuştur. Yapılan araştırma ile oldukça maliyetli ve zor olan alkol/madde kullanımının tedavisinde öncelik verilecek alanların belirlenmesi ve travma odaklı bir bağımlılık müdahale programı geliştirilmesinin gerekliliği öngörülmektedir. Ayrıca araştırma ile madde kullanımına bağlı suç oranının yüksek olduğu ve azaltılması için ceza infaz kurumunda bağımlılara yönelik çalışmaların arttırılmasına dikkat çekilmektedir.

Ülkemizde travma sonrası stres belirtileri, olumsuz şemalar ile alkol madde kullanma isteğini doğrudan inceleyen herhangi bir çalışmanın bulunmaması ve Travma Sonrası Olumsuz Bilişler Ölçeğinin alkol/madde kullanımı olan tutuklu/hükümlü örnekleminde

uygulanmış olması çalışmayı önemli kılmaktadır. Araştırmanın adli sosyal hizmet ve bağımlılık literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir

Tanımlar:

Travma: DSM-5 Travmayı “gerçek ya da korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma” şeklinde tanımlamıştır (APA, 2013).

Travmatik Olay: Kişide yoğun stres, korku, çaresizlik gibi yoğun duygular yaratan deprem, sel, trafik ve iş kazaları, tecavüz, taciz, işkence, mahkumiyet, boşanma, aldatılma gibi zorlu yaşantıları ifade etmektedir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Deneyimlenen ya da şahit olunan travmatik bir olayın ardından ortaya çıkan, uzun süreli devam eden ve kişinin günlük yaşamını kesintiye uğratan bir takım belirtilerdir. Bu belirtiler; yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık belirtilerini içerir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994).

Travma Sonrası Stres Belirtileri: Travmatik anıların yineleyici ve istemsiz bir şekilde hatıra gelmesi, aşırı uyarılmışlık, duygusal küntlük ve travmatik yaşantıyı hatırlatan uyarılardan (düşüncelerden) kaçınma TSSB'nin belirtileri arasındadır. (APA, 2000)

Travma Sonrası Olumsuz Bilişler: Bireyin travma sonrasında kendisine ve dış dünyaya yönelik geliştirdiği olumsuz şemalarını ifade etmektedir (ben suçluyum, yetersizim, dünya tehlikeli bir yer vb).

Bağımlılık Davranışı (Addictive behavior) Bir kişinin herhangi bir etkinlik, madde, nesne veya davranışa hayatının diğer faaliyetlerini dışlayacak ya da kendisine ve başkalarına fiziksel, zihinsel veya sosyal olarak zarar verecek şekilde bağımlı olması halidir. Bu meyanda madde kötüye kullanımı ile seyreden kompulsif davranışlara ek olarak madde kötüye kullanımı ile seyretmeyen kompulsif davranışlar da (patolojik kumar alışkanlığı, alışveriş, yeme, seks, iş, spor, oyun, internet, sosyal medya gibi) bağımlılık sınıflandırmasında yerini almıştır. (Çoban,2017).

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Travma ve Stres Kavramları ile ilgili Temel Bilgiler

2.1.1. Travma Kavramı

Travma kavramı bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olayı adlandırmak için kullanılmaktadır (Jones, 2007). Yaşamda izi silinemeyen ağır olaylar büyük korkuların, çaresizlik ve güçsüzlük duygusunun ortaya çıkmasına neden olur ve travmayı yaşamış kişilerin duygularını, düşüncelerini ve ruhsal durumlarını uzun süre etkisi altına alır. Bu tür olaylar “travmatik durum” veya “travma” olarak adlandırılır (Özen,2017).

Fiziksel saldırı, cinsel istismar, şiddet, trafik kazaları ve endüstriyel kazalar, savaş, terör olayları, başkalarının yaralanmasına veya ölümüne şahit olmak, yaşamı tehdit eden hastalıklar ve depresyon, tsunami, sel, kasırga gibi doğal afetler en yaygın olarak görülen travmatik yaşam olaylarıdır (Kessler ve ark. 1995).

Tedeschi ve Calhoun'nun öne sürdüğü başka ve benzer kriterlere göre de bir olayı travmatik olarak nitelendirmek için olayın ani ve beklenmedik olması, kontrol edilebilirliğinin az olması, sıradan bir yaşam olayı olmaması, kalıcı-kronik sorunlar yaratma düzeyi, olaya dair başkalarını suçlamanın varlığı gereklidir (Tedeschi ve Calhoun'dan akt. Bayraktar,2011).

Travma kavramı ilk olarak DSM-3 'te TSSB ile birlikte tanımlanmıştır (APA, 1980). Trunbull (1998) 1970 öncesi dönemde travmatik olay sonrasında oluşan psikiyatrik tablolarının kişinin psikolojik ve biyolojik yapısıyla ilgili olduğunu, TSS tanı kategorisinin tanımlanması ile birincil etiyolojik sebebin kişi merkezli olmaktan çıktığını ve travma merkezli hale geldiğini belirtmiştir.

Aşağıdaki tabloda DSM'ler boyunca değişen travma kavramı tanımları yer almaktadır

DSM' lere göre travma kavramı tanımları

	Travma Tanımı
DSM-1	“Ciddi bir fiziksel eksikliğe veya çok yüksek emosyonel strese sebep olan bir olay”
DSM-2	“Ezici/kahredici çevresel bir olay”
DSM-3	“Hemen herkeste belirgin düzeyde belirgin sıkıntı yaratacak bir olay”
DSM-4	“Bir ölüm veya ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı”
DSM-5	“Gerçek ya da korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma”

Travmalar;

Çoğunlukla beklenmedik bir şekilde, aniden gelişen, kişinin başa çıkma stratejilerini zorlayan, dehşet, kaygı ve panik yaratan, yaşamdaki uyumunu (kısa ve uzun dönemde) etkileyen, kişinin anlamlandırma süreçlerini, olağan davranış sistemini alt üst eden olaylardır. Travmalar yaşama, vücudun bütünlüğüne, en sevdiğimiz ve inanç sistemlerimize yönelik tehdit içerir. Travmaları fiziksel tehdit ve psikolojik tehdit olarak ikiye ayırmak mümkündür (DEPAR, 2017).

Bayraktar (2012), psikolojik travmaya yol açan olayların doğrudan ve dolaylı olarak yaşanan olaylar olmak üzere iki şekilde sınıflandırıldığını belirtmiştir. Doğrudan yaşanan olaylar; doğal afetler, savaşlar, çatışmalar, savaş tutsağı olmak, göçler, terör saldırıları,

kazalar, saldırıya uğrama, işkence, eziyet görme, ölümcül hastalıklar, özürlü olma durumu, yaşanan mobbing, boşanma vb.

Dolaylı olarak yaşanan olaylarda ise kişi doğrudan travmatik olay ile karşı karşıya gelmez, dolaylı olarak olayın etkisinde kalır. Doğrudan yaşanan travmatik olaylara maruz kalmış kişileri, ölü ya da yaralıları, saldırıya uğramış kişileri görmek, bir yakının ölümünü ya da ölümcül hastalığını öğrenme, çevresel ve toplumsal baskılar bu kısımda sayılabilir.

Travmatik yaşantının varlığı kadar travmayı yaşayanın olayı nasıl anlamlandırdığıyla paralel olarak travmatik olayın tanımını da değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin boşanma olgusu kimi birey için yeni bir başlangıç ve sorunların bitimini ifade ederken kimisi içinse travmatik olay olarak değerlendirilebilir.

2.1.2. Stres Kavramı

Türk Dil Kurumu'na (1992) göre stres; ameliyat şoku, travma, soğuk, heyecan gibi etkenlerin organizmada, iç organlarda ve metabolizmada meydana getirdiği bozuklukların tümü olarak ifade edilmektedir.

Psikoloji sözlüğünde (2011) stres; psikolojik, mesleki, ekonomik ya da sosyal bir durumla, olayla ya da deneyimle baş etmenin zor olduğu durumlarda oluşan kaygı verici ya da tehdit edici his olarak tanımlanmaktadır. Bir durumla uygun şekilde baş etmenin bireyin psikolojik kaynaklarından daha büyük olarak değerlendirildiği zamanlarda ortaya çıkmaktadır.

Selye, stresi çeşitli yüklenme faktörlerine karşı organizmanın gösterdiği ve spesifik olmayan tepki olarak adlandırmış ve bu tepkiyi de "Genel Uyum Sendromu" olarak tanımlamıştır. Genel uyum sendromu kuramına göre, birey bir stres kaynağı ile karşılaştığında, sempatik sinir sisteminin etkin hale gelmesi nedeniyle beden "savaş ya da kaç tepkisi" gösterir (Erdoğan, 1999). Lazarus ve Folkman'a (1984) göre stres, 'birey ve çevresi arasında oluşan, bireyin kaynaklarının zorlandığı veya aşıldığı ve iyilik durumunun tehlikeye girdiği şeklinde bir ilişki' olarak tanımlanmaktadır.

Cüceloğlu (1992) ise stresi; bireyin fiziksel ve sosyal çevreden gelen uyumsuz koşullar nedeniyle bedensel ve psikolojik sınırların ötesinde harcadığı çaba olarak tanımlamaktadır. Foy ve arkadaşları(1987) travmatik olayları en şiddetli ve üst düzey kaynaklar olduğunu, gündelik stres kaynaklarının ise farklı alanlarda karşı karşıya kalılabilecek beklendik ve sıradan olduğunu belirtmektedirler. Travmaları bu sıradan stres kaynaklarının dışında kalan, beklenmedik, olasılığı ve kontrol edilebilirliği düşük olan yaşantılar olarak tanımlamaktadır.

2.1.3. Stresin Belirtileri

Her bireyde strese verilen tepkiler farklı olmakla birlikte benzer durumda benzer tepkilerde sergilenebilmektedir. Stresin cinsi, düzeyi, bireyin stresi algısı ve baş etme becerisiyle orantılı olarak çeşitli tepkiler vermektedir.

Organizmanın tehdit karşıısında olduğu stres durumunda bireylerde duygusal, sosyal, fiziksel, zihinsel düzeyde bir dizi olay meydana gelir. Bunlar; duygusal stres belirtileri, sosyal stres belirtileri, fiziksel stres belirtileri ve zihinsel stres belirtileri olmak üzere dört ana başlık altında ele alınmaktadır.

Duygusal stres belirtileri; yoğun kaygı ve endişe, ruhsal durumun hızlı ve sürekli değişmesi, özgüven azalması veya güvensizlik hissi, saldırganlık veya düşmanlık, öfke patlamaları, heyecan duyamama ve duygusal olarak tükendiğini hissetme şeklinde sıralanmaktadır.

Sosyal stres belirtileri; bireylere karşı güvensizlik, başkalarını suçlamak, olması gerekenden fazla savunmacı tutum, bireylerde hata arama, sözle rencide etme, randevulara gitmeme veya iptal etme şeklinde ifade edilmektedir.

Fiziksel stres belirtileri; çarpıntı, baş ağrısı, düzensiz uyku, sırt ve bel ağrıları, kabızlık, çene kasılması ve diş gıcırdatması, bağırsak düzensizlikleri, iştahta değişiklik, nefes darlığı, sese karşı duyarlılık, mide rahatsızlıkları ve aşırı terleme şeklinde örneklendirilmektedir.

Zihinsel stres belirtileri ise, unutkanlık, hafızada zayıflık, zihin karışıklığı, konsantrasyon güçlüğü, mizah anlayışı kaybı ve düşük verimlilik olarak tanımlanmaktadır (Braham, 2002).

Travmatik yaşantılardan sonra organizmanın hayatta kalabilmesi için stres tepkileri göstermesi olağan bir durumken, bu tepkilerin kronik ve işlevsiz hale gelmesi birçok ruhsal sorunu da beraberinde getirmektedir.

2.1.4. Stres Tepkisinin Aşamaları

1936'da Hans Selye yaptığı bir seri deneyden sonra stresi "Genel Uyum Sendromu" adını verdiği bir süreç olarak tanımlamış ve stres karşısında bedenin üç belirgin aşamada (alarm, direnç, tükenme) tepki gösterdiğini açıklamıştır (Bınar'dan akt. Mutlu, 2017).

Alarm Aşaması: Bu aşama stresle karşı karşıya kalınan ilk dönemdir. Stres ortaya çıktığında bunu beyin kabuğu bölgeleri algılar ve hipotalamusa gönderir. Hipotalamus stresi algıladıktan sonra adreno kortikotrop adı verilen hormonu salgılar. Bu hormon en önemli stres hormonudur (Walker, 2008). Şok dönemi olarak bilinen bu aşamada vücut tehlikeyi tanır "ya savaş ya kaç" tepkisi verecektir. Organizma hayatta kalabilmek ve stresle mücadele için; kan basıncı artar, kalp atışı ve soluk alıp verme hızlanır, kaslar gerilir, daha iyi görebilmek için göz bebekleri küçülür, stoktaki glikojen şeklindeki şeker glukoza dönüşür, adrenalin ve noradrenalin salgısı artar, kaslara oksijen taşımak üzere alyuvarlar organizmaya dağılır, hazım enerjisi kaslar kullansın diye yavaşlar, saçlar ve vücut kılları dikilir (Pertev, 2006).

Direnç Aşaması: Bu aşama alarm tepkisine karşı organizmanın verdiği tepkiyi ifade eder. İlk tepki vücut strese karşı direnir ikinci tepki olarak vücut artık stres etkilerine uyum sağlar. Bu süreç sağlıklı şekilde atlatılırsa organizma eski işlevine döner aksi durumda organizma için tükenme aşaması başlar.

Tükenme Aşaması: Bu aşama vücudun stresle baş etme kapasitesinin tükenmesi anlamına gelmektedir. Bireyde davranışsal ve ruhsal bozukluklar meydana gelir. Tükenme

aşamasının belirtileri; kronik baş ağrıları ve yorgunluk duygusu, uyuyamama ve uyanma zorluğu, aşırı yeme, kas ağrıları, göğüs ağrıları, kabus görme, hazımsızlık, aşırı alkol tüketimi, bitkinlik, baş dönmesi, bulantı, yüksek kan basıncı, sinirli hareketler, paniğe kapılma, olaylar karşısında aşırı duyarlılık ve kalp çarpıntısı gibi belirtilerdir (Tutar,2000).

Selye, yıkımı adaptasyon hastalığı olarak tanımlamıştır. Sonucunda bedensel tükenme ve ölüm meydana gelir. Eğer beden savunması stresörlere karşı iyi çalışıyorsa genel uyum iyi sağlanıyor denilmektedir (Batlaş ve Oksay, 1999; Baltaş, 2000; Selye, 1997; Cox,1991).

2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Tanım:

Travmatik bir deneyimden sonra organizmanın hayatta kalabilmek için gösterdiği stres tepkilerinin uzamasıyla çoğunlukla TSSB gelişir. DSM-5 Travma sonrası stres bozukluğunu; travma deneyiminin hemen ardından ortaya çıkan ve bir aydan daha uzun süren, istek dışı anımsamalar, travmatik olayı anımsatan iç ve dış uyaranlara karşı yoğun ya da uzun süreli sıkıntı yaşama, tekrarlayan sıkıntı veren rüyalar, olaya ilişkin uyaranlardan kaçınma, travmatik deneyimle ilgili olumsuz biliş ve duygular geliştirme ve tepki gösterme biçimlerinde değişiklikler olma durumlarının gözlemlenmesi ve bu durumların madde kullanımı, psikoz bozukluğu ve sağlık durumu ile açıklamayan durumlar olarak tanımlamaktadır (DSM-5, 2013).

Travmatik olay sonrasında; kişi yaşadığı olayları uykuda ve uyanırken tekrar tekrar yaşayabilir, kişinin yaşadığı ruhsal sıkıntılar zamanla kronik bir duruma dönüşebilir. Olayın üzerinden ne kadar süre geçmiş olursa olsun, travmanın bu etkileri tekrar tekrar yaşanabilmektedir (Herman 2011). Ehlers ve Clark (2000) travmatik bir yaşantıya maruz kalan bireylerin çoğunluğunun travma sonrası stres tepkisi gösterebileceğini ancak bu kişilerin önemli bir oranının herhangi bir müdahale olmaksızın zaman içinde bu belirtilerden kurtulabileceğini belirtmektedir.

Bazı bireylerde travmadan hemen sonra TSSB tepkisi gözlenmezken, yıllar sonra bu bireyler TSSB geliştirebilmektedir. Özgen ve Aydın (1999) TSSB'si olan hastaların yaklaşık % 30'nun tam olarak düzeldiğini, % 60'ının orta-hafif düzeyde belirtilerle sürdürdüğünü ve % 10'nun ise belirtilerinin değişmediğini ya da daha da kötüye gittiğini ve olası stresörle karşılaşma durumunda belirtilerin yeniden yaşanmasının sık karşılaşılan bir durum olduğunu belirtmişlerdir.

2.2.1. Travma Sonrası Stres Tepkileri:

Aker (2012) insan beyninin travmatik olay ve ilişkili özelliklerini, var olan bilişsel şemalarıyla bütünleştirme ve travmatik olayın ardından başlangıçta ortaya çıkan şaşkınlık tepkisini sindirme eğiliminde olduğunu belirtir. Bu sindirme mücadelesinde travmatik yaşantıyla ilgili kâbuslar, görüntüler, istenmeyen düşünceler şeklinde yeniden bilinç düzeyine çıkar. kişi şemaları ve travmatik anıya ait bilgiyi bütünleştirmeye çalışırken travma sonrası stres tepkileri ortaya çıkar.

Yaşanan travmatik olaya karşı organizmanın verdiği tepkiler çeşitli şekillerde ortaya çıkmaktadır. Travma sonrası kişilerde benzer tepkiler oluşabilmekle beraber aynı travmatik olaya verilen tepkiler farklılaşabilmektedir. Genel olarak travma anı ve sonrasında aşağıdaki duygusal, fiziksel, zihinsel ve davranışsal boyutta stres tepkileri gözlenmektedir.

Duygusal: yoğun şekilde korku, öfke, suçluluk, çaresizlik, utanma, donukluk, üzüntü, karamsarlık vb. duygular hissetme.

Fiziksel: göğüs kafesinde daralma, boğazda sıkışma, kalp bölgesinde çarpıntı, titreme, baş dönmesi, bulantı, kusma, ağız kuruluğu, iştahsızlık, aşırı yorgunluk, bazı bölgelerini hissetmeme vb.

Zihinsel: yoğun düşünceler, düşünce de dağınıklık, benlik ve dış dünyaya dair olumsuz şemalar, unutkanlık, olayları yeniden yaşantılama, trans hali, bulunduğu zaman yeri ve zamanı hatırlayamama, rahatsız edici ve tekrarlanan rüyalar vb.

Davranışsal: ani ve beklenmedik yoğun öfke patlamaları yaşama, dikkat dağınıklığı, aşırı sinirli olma, kendine zarar verme davranışı, yoğun alkol madde kullanımı, kaçınma davranışı vb.

Travma Sonrası Stres Belirtileri DSM- 5 ile 4 ana grupta kümelenmektedir. Bunlar travmatik olayı tekrar deneyimleme, kaçınma, biliş ve duyguda olumsuz değişimler ve aşırı uyarılma belirtileridir.(DEPAR, 2017).

Tekrar Deneyimleme:

- Travmanın spontan gelen anıları,
- Tekrarlayan rüya ve kabuslar,
- Flasbackler
- Diğer yoğun psikolojik stres durumları

Kaçınma:

- Stres yaratan anılar, düşünceler, duygulardan kaçınma için yoğun çaba sarfetme
- Olayı hatırlatan etkinlik, durum ve kişilerden uzaklaşma
- Kişilerden uzaklaşma ya da yabancılık hissi

Biliş ve Duygu Durumda Olumsuz Değişimler:

- Sayısız duygular
- İnatçı ve çarpıtılmış suçluluk ve başkalarını suçlama
- Başkalarından uzaklaşma
- Aktivitelere ilgisizlik
- Olayın önemli detaylarını hatırlayamama

Uyarılma

- Uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede güçlük
- Sürekli tetikte olma hali
- Çabuk irkilme
- Çabuk sinirlenme ya da öfke patlamaları yaşama
- Dikkati toplamada güçlükler

Travma sonrası verilen akut stres tepkileri normal tepkiler olarak kabul edilmektedir fakat tepkilerin 1 aydan fazla sürmesi ve kronik hale gelmesi kişinin TSSB geliştirmesine neden olabilmektedir.

2.2.2. Travma Sonrası Olumsuz Bilişler

Beck (1967) bilişsel şemaları “olumlu ya da olumsuz; uyumlu ya da uyumsuz olabilen, çocuklukta ya da yaşamın daha sonraki aşamalarında şekillenen yapı” olarak tanımlamaktadır. Young tarafından ortaya konan “erken dönem uyumsuz şemalar” ile şemaların kökeninde yatan erken dönem olumsuz yaşantılar önem kazandı özellikle çocukluk çağı travmasıyla ilişkisi olan birçok psikolojik rahatsızlık araştırma konusu haline geldi. Jeffrey Young’a (1990, 2003) göre, erken dönem uyumsuz şemalar, anıları, duyguları, bilişleri ve beden duyularını içeren, kişinin kendine ve ilişkilerine yönelik yaşam boyu geçerli, yaygın, kapsamlı bilişsel örüntüler olarak tanımlanmaktadır.

Travmatik olaylar kişinin kendine, dünyaya ve geleceğe dair algılarını olumsuz etkilemekte ve temel güven duygusunu zedelemektedir. Kişi için artık, dünya tehlikeli ve gelecek karanlıktır. Kişi otonomisini kaybedebilir, kendini; yalnız, güçsüz, çaresiz, cezalandırılmış, insani ve ilahi koruma sistemlerinin dışına itilmiş, yetersiz, aşağılanmış olarak algılayabilir. Bununla birlikte değersizlik, utanç ve suçluluk duygusu içinde olan kişi; kendine ve başkalarına karşı kuşku ve öfke hissedebilir. Ayrıca yaşadığı travmatik olayı hatırlatan durumlardan kaçmak isteyen kişi, sosyal olarak geri çekildiği için giderek

yalnızlaşabilir. (Woods and Wineman 2004; Herman 2011; Oflaz 2008; Ray 2008; Tel 2002; Townsend 2015).

Janoff-Bulman (1985) TSSB'nin oluşumunda travmatik olayın kendisi kadar travmayı yaşayan kişinin bu olaya dair düşünce, değerlendirme, yargılama ve inanç sistemine ait bilişlerinin de önemli olduğunu belirtmiştir. Foa ve Kozak (1986), yoğun korku duygusuna yol açabilen travmatik deneyimlerin aşırı uyaran yüklemesi sebebiyle, travmaya maruz kalan kişinin bu korkuyu genellediğini ve dış dünyayı tehlike dolu olarak algıladığını belirtmişlerdir (Foa & Kozak'dan akt. Karaoğlu, 2016). Bergner (2009) travmanın; dünyanın güvenilir, kontrol edilebilir ve yordanabilir bir yer olduğuna ilişkin inancı tersine çevirdiğini ve insanı yeni bir dünya algısına soktuğunu ifade eder.

Owens ve arkadaşlarının(2001) çocukluk çağı cinsel travma mağdurlarıyla yapmış olduğu çalışmada olaylar üzerinde herhangi bir kontrolü olmadığını ve çevreyi emniyetsiz olarak hisseden travma mağdurlarının TSSB belirtilerinin değişime daha dirençli olduğu saptanmıştır.

Ehlers ve arkadaşlarının(2000) siyasi mahkumlarla yapmış olduğu çalışmada ise hayata ve kişiliğe ilişkin olumsuz algıların TSSB'nin kronikleşmesinde ekili olduğu ve zihinsel yenilgi, yabancılaşma ve kalıcı biçimde değişime uğradığı düşüncesinin TSSB ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Ölçütleri

DSM-4 tanı kriterleri ile DSM-5 tanı kriterleri karşılaştırıldığında cinsel saldırı kriterleri net olarak eklenmiştir. Kaçma tepkisi yanında savaşa tepkisinin de görülebileceği eklenmiştir. Davranışsal semptomlara ağırlık verilmiştir. DSM-5 ile TSSB, anksiyete grubunda çıkarılmış olup; Travma ve Tetikleyici Etkenle (stresör) İlişkili Bozukluklar ana başlığı altında yerini almıştır.

DSM-5'e göre TSBB Tanı Kriterleri (APA,2013)

Kriter A (biri gerekli): Kişi aşağıdaki şekillerde: ölüm, ölüm tehdidi, fiili veya tehdit edilmiş ciddi yaralanmalar veya gerçek veya tehdit altındaki cinsel şiddete maruz kalmıştı:

- Doğrudan maruz kalma
- Travmaya şahit olmak
- Görelî ya da yakın bir arkadaşının travmaya maruz kaldığını öğrenmek
- Genellikle profesyonel görevler sırasında (örneğin ilk müdahaleciler, sağlık görevlileri) travma ile ilgili ayrıntılara dolaylı maruziyet

Kriter B (bir tane gereklidir): Travmatik olay aşağıdaki şekilde sürekli olarak yeniden yaşanmaktadır:

- İstenmeyen üzücü anılar
- Kabuslar
- Flashbacks
- Travmatik anımsatıcılara maruz kaldıktan sonra duygusal sıkıntı
- Travmatik anımsatıcılara maruz kaldıktan sonra fiziksel tepkiler

Kriter C (bir tane gereklidir): Travma sonrası travma ile ilgili uyarılardan kaçınmak:

- Travma ile ilgili düşünceler veya duygular
- Travma ile ilgili hatırlatmalar

Kriter D (iki tane gereklidir): Travmadan sonra başlayan ya da kötüleşen olumsuz düşünceler ya da duygular :

- Travmanın temel özelliklerini hatırlayamama
- Kendisi veya dünya hakkında aşırı olumsuz düşünceler ve varsayımlar
- Travmayla ilgili kendini veya başkalarını suçlama, çarpık bilişler
- Olumsuz etki
- Faaliyetlerde azalan ilgi
- İzole hissetmek
- Olumlu duygular yaşayamama

Kriter E (iki tane gereklidir): Travma sonrası başlayan travma ile ilgili uyarılma ve tepki gösterme:

- Sinirlilik veya saldırganlık
- Riskli veya yıkıcı davranış
- Her an tetikte olma
- Abartılı tepkiler verme
- Konsantrasyon zorluğu
- Uyku bozukluğu

Ölçüt F (gerekli): Belirtiler 1 aydan uzun süre devam eder.

Kriter G (gerekli): Semptomlar, sıkıntı ya da işlevsel bozukluk (ör. Sosyal, mesleki) oluşturur.

Kriter H (gerekli): Semptomlar, ilaç, madde kullanımı veya diğer hastalıklardan kaynaklanmaz

2.2.4. TSBB' nin Ortaya Çıkmasındaki Risk Faktörleri

DSM-4 TSSB'nin gelişmesine neden olabilecek travmaları; askeri bir çatışma veya saldırıya uğrama, işkence, savaşta esir düşme, toplama kamplarında bulunma, dopal ya da insan kaynaklı felaketlerle karşılaşma, yaşamı tehdit eden bir hasalık ve ciddi trafik kazaları olarak tanımlamaktadır. Araştırmalar her bireyin farklı özelliklere sahip oluşu, travma sonrası destek ağları, travmanın meydana geldiği yaş, kişinin önceki bilişsel şemaları, psikiyatrik hastalığa yatkınlık gibi faktörlerin TSSB geliştirmede önemli etkenler olduğunu vurgulamaktadır.

Kessler ve ark. (1995), DSM-III-R kriterlerini baz alarak, 15-54 yaş arası 5877 kişi ile yaptığı çalışmada, TSSB'nin hayat boyu prevalansını %7.8 olarak bulgulamıştır. Bu prevalans, kadınlarda ve boşanmış olanlarda daha yüksek görülmüştür. Yine bu çalışmaya göre, 3 kişiden birinin TSSB'nin bir bölümünün göstergelerini taşıdığı bulgulanmıştır (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995).

Özgen ve arkadaşları (1999) TSSB ortaya çıkmasında çocukluk çağında psikolojik travmaya maruz kalma, destek ağlarının yetersizliği, psikiyatrik hastalığa yatkın olma, anksiyete ve depresyon gibi hastalık geçmişi bulunma ve 10 yaşına gelmeden önce anne babanın ayrılmış olma faktörlerinin ekili olduğunu düşünmektedir.

Brewin ve arkadaşlarının(2000) yapmış olduğu meta analiz çalışmasında, travmaya maruz kalmış kişilerde TSBB gelişimine neden olan 14 risk faktörü saptanmıştır. Bunlar ;geçmişteki travmalar, çocukluk çağı olumsuz yaşantılar, travma yaşı, travma sonrası sosyal destek eksikliği, ailenin psikiyatrik öyküsü, düşük zeka seviyesi, kadın olmak, travma yaşı, yaşam stresi, çocuklukta ihmal, istismar ve düşük sosyo-ekonomik düzey ve azınlık olarak belirlenmiştir.

2.2.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisi

Travma Sonrası Stres hastalığının tedavisinde hem ilaçların hem de psikolojik tedavilerin etkili olduğu kanıtlanmıştır. Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatri Akademisi TSSB tedavisinde psiko eğitim ve travma odaklı terapiyi birincil olarak önermektedir. (Tanır Y.'den akt. 2016)

İlaç tedavileri:

TSBB'nin tedavisindeki ilaçların temel amacı travma sonrası stres belirtilerini ortadan kaldırmak ve belirtilerin kronik hale gelmesini engelleyerek hastanın yaşama adaptasyonunu sağlamaktır.

TSSB'de ilaç tedavisi hedefleri şu şekilde sıralanabilir:

- Araya giren (intruzif) belirtilerin şiddet ve sıklığının azaltılması
- Gelen uyarınları travmanın tekrarlanması olarak yorumlama eğiliminin azaltılması,
- Travmayı hatırlatan uyarınlara koşullu aşırı uyarılmışlık yanıtının azaltılması,

- Kaçınmanın azaltılması,
- Depresif duygudurum ve küntleşmenin düzeltilmesi,
- Psikotik ve disosiyatif belirtilerin azaltılması,
- Kendine ve başkalarına karşı impulsif saldırganlığın azaltılması (Davidson'dan akt. Gökalp,1997).

Genel olarak TSBB'li hastalarda kişiye özel tedavilerde, serotonin gerilim inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar, antipsikotikler, duygu durum düzenleyici ve diğer antidepresan ilaçlar kullanılmaktadır.

Psikoterapi Müdahaleleri

Yetişkinlerde görülen TSSB'ye yönelik psikososyal müdahalelerde destekleyici, psikodinamik, bilişsel davranışçı terapi (BDT), maruz bırakma, göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) gibi farklı yaklaşımlar ve modeller kullanılmaktadır (Foa 2000, Foy ve ark. 2001) .

Bilişsel Davranışçı Terapiler

Bilişsel Davranışçı Terapiler arasında travma tedavisinde özellikle Alıştırma (exposure) terapisi ve Sistemik Duyarsızlaştırma (desensitization) teknikleri başarılı olmaktadır. İki teknikte de kişinin travma ile ilgili imgeler ve durumlarla sistematik ve kontrollü bir şekilde yüzleşmesini sağlayarak kişinin duyarsızlaştırılması ve travmatik etkilerin aşamalı olarak azaltılması amaçlanır. (Arıkan K.)

TSSB'nin Tedavisinde EMDR

Shapiro (1999) tarafından tesadüfen bulunan EMDR terapisi bilişsel, davranışçı ve danışan merkezli yaklaşımların öğelerini bir araya getiren bir terapi yöntemidir. Travma Tedavisinde kısa süreli ve etkili yöntemlerden bir olan EMDR(Göz Hareketleriyle

Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme yöntemi) ile travmatik olayın olumsuz etkilerinin duyarsızlaştırılması ve anının yeniden işlenerek olumlu bir bilgi ağına dönüştürülmesi amaçlanmaktadır.

EMDR'ın temel mantığını kişinin travmatik olay sonrasında bilgi işleme süreci için gerekli olan uyarıcı/ engelleyici dengenin zarar gördüğü temeline dayanır. Yaşanan travmanın beynin bir yerinin daha fazla uyardığını bu durumun da nöron patolojisine neden olduğu düşünülmektedir. Bu patoloji, bilgiyi kaygıya neden olan bir formda dondurur, adaptif şekilde depolanamayan bilgi zorlayıcı düşünceler, geçmişini yeniden yaşama, kabuslar görme şeklinde TSSB gibi patolojileri belirlemeye neden olur (Shapiro,1999). EMDR terapisi ile uygulanan göz hareketleri ve diğer bilateral uyaranlar (iki yönlü ses ya da dokunma uyararı) ile bilgi işleme yeniden başlar.

Bilgi işleme, işlevsel olmayan verileri donma durumundan çıkarıp uyum sağlayıcı bir çözüme doğru götürür. Bozukluktan işlevsel olana doğru hareket eder, daha yüksek uyum sağlama gerçekleştiğinde düzelme artar (Shapiro ve Maxfield, 2002).Yapılan birçok kontrollü çalışmada EMDR'ın etkinliği kanıtlanmış ve kısa süreli terapiler arasında yerini almıştır. Bisson ve Andrew (2007) Travma Sonrası Stres Bozukluğu tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi ile EMDR'ın diğer terapilerden daha etkili olduğunu bildirmiştir.

23. Bağımlılıkla ilgili Temel Kavramlar

Bağımlılık oldukça geniş anlamlara sahip bir kavramdır. Uzbay (2009) bağımlılığı bir varlığa, şahsa ya da bir nesneye karşı hissedilen karşı konulmaz arzu veya bir başka istenç güdümü etkisinde olma durumu olarak tanımlamaktadır. Bağımlılığın beyin faaliyetleri ile ilişkili normalin dışında seyir gösteren bir davranış olduğunu vurgular.

Diğer bir tanıma göre Madde bağımlılığı, ilaç niteliğine sahip bir maddenin beyni etkilemesinden kaynaklanan, maddenin keyif verici etkilerini duyumsamak veya yokluğundan kaynaklanan huzursuzluktan sakınmak için, devamlı veya periyodik olarak madde alma arzusu ve bazı davranış bozukluklarıyla karakterize bir beyin hastalığı olarak

tanımlanabilir (Uzby, 2003). Bağımlılık, zararlı sonuçlarına rağmen, dürtüsel olarak madde veya sanal alıştırıcı arayışı ve kullanımı ile karakterize, nüksedici kronik bir beyin hastalığı olarak tanımlanır. Kişi maddeyi aldığında kendisini çok zinde hissederek ve beyin burada yanılır (Tarhan, 2011).

Ulusal Uyuşturucu Madde Kullanımı Enstitüsü madde bağımlılığını bir beyin hastalığı olarak kabul etmekte ve bunun nedeninin ise madde kullanımının beyinin yapısını ve işleyişini değıştirmesine bağlamaktadır. Bazı maddelerin yapısının beyinde bulunan nörotransmitter olarak adlandırılan yapılarla benzerlik gösterdiği ve bu maddelerin reseptörleri aldatarak sinir hücrelerini aktive ettiği ve beyine anormal mesajlar gönderdiği belirtilmiştir (NIDA, 2011). Bağımlılıkta önemli rol oynayan depomin maddesi, kullanılan madde ile artmakta ve kişi için hazzı dönüşen bu durum yeniden tekrarlanarak devam etmektedir.

Genel çerçevede bağımlılık bir nesneye, kişiye, ya da bir varlığa duyulan önlenemez istek; veya bir başka iradenin güdümü altına girme durumu olarak ifade edilebilir ve bireyin zihinsel aktivitesi ile ilişkili patolojik bir davranışı yansıtır. Bedensel ve ruhsal sıhhatlerine ya da sosyal hayatlarına zarar vermesine rağmen, bireylerin belirli bir olayı yinelemeye yönelik durdurulamayan bir istek duymaları ve bunu devam ettirmeleridir (Uzby'dan akt. Köksal, 2016).

Bağımlılık Türleri

Bağımlılığın kullanılan maddeye bağlanma derecesine göre türleri vardır:

Psikolojik Bağımlılık:

Ziyalar (1999)¹⁶ a göre psikolojik bağımlılık, sıkıntı ve huzursuzluktan kurtulmak için devamlı ve tekrarlayan aralıklarla maddenin aranmasıdır ve bütün bağımlılık olgularında bulunan temel öğedir. Alındığında doyum, rahatlama ve zevk meydana gelir. Madde, yalnızca psikolojik bağımlılık oluşturmuş; ancak fiziksel bağımlılık yapmamışsa, kesilmesi yoksunluk sendromuna neden olmaz.

Fizyolojik Bağımlılık:

Maddenin alınmaması ya da az alınması durumunda ortaya çıkan yoksunluk belirtileri, şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, ter, iştahsızlık, ishal, uykusuzluk, taşkınlık, kasılma, sara nöbeti gibi belirtilerdir. Maddenin kesilmesi ya da azaltılması yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmuyorsa, fizyolojik bağımlılıktan söz edilemez. Yoksunluk belirtilerinin şiddeti fizyolojik bağımlılığın kuvvetiyle doğru orantılı olarak artar (Köknel, 1998).

231. Madde Bağımlılığı Tanı Ölçütleri (DSM-4)

Aynı 12 aylık dönemde herhangi bir zamanda meydana gelen, aşağıdakilerin üçünün (veya daha fazlasının) ortaya koyduğu gibi, klinik olarak anlamlı bir bozukluğa veya sıkıntıya yol açan, uyumsuz bir madde kullanımını paterni:

(1) aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı şekilde tolerans geliştirme;

(a) İstenen etkiyi sağlamak için önemli ölçüde artmış miktarlarda madde kullanma gereksinimi

(b) Aynı miktardaki maddenin sürekli kullanılmasına rağmen belirgin olarak azalan etki.

(c) Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu

(d) Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı madde ya da benzeri alınır.

(2)) aşağıdakilerden biri ile ortaya çıkan geri çekilme:

(a) kullanılan maddeye özgü yoksunluk sendromu

(b) yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için aynı madde ya da benzeri madde kullanımı

(3) Madde genellikle daha çok miktarlarda veya daha uzun bir süre boyunca alınır.

(4) Madde kullanımını azaltmak ya da kontrol etmek için ısrarlı bir istek ya da başarısız çabalar vardır.

(5) Maddeyi elde etmek için gerekli aktivitelere çok fazla zaman harcanır (örn. çoklu sayıda doktora gitme veya uzun süre araba sürmek), maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcamak.

(6) Madde kullanımından ötürü önemli sosyal, mesleki veya boş zaman aktivitelerde azalma ya da sonlanma.

(7) Madde neden olduğu sürekli olarak var olan ya da yineleyici olarak ortaya çıkan fiziksel ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine rağmen madde kullanımının sürdürülmesi

DSM-5’de daha önceden kabul edilmiş “Madde İstismarı ve Bağımlılığı” kavramı genişletilerek “Madde Kullanımı ve Bağımlılık Bozuklukları” (Substance Use and Addictive Disorders) şeklinde değiştirildi. DSM 5 te İlk defa bağımlılıkla ilgili davranışlar da tanı kriterlerine girmiş oldu. (Davranışsal Bağımlılıklar kavramı) (Çoban,2017).

232. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırması

Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları DSM-V tanı ölçütleri doğrultusunda madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları olarak 10 ayrı maddede incelenmektedir:

1) Alkol

2) Kafein

- 3) Kenevir (esrar)
- 4) Halüsinojenler (LSD, meskalin, fensiklidin vb.)
- 5) Uçucular (tiner, benzin, gazolin, bali vb.)
- 6) Opiyatlar (morfin, eroin, kodein, metadon vb.)
- 7) Dinginleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler (diazepam, klorazepat vb.)
- 8) Uyarıcılar (amfetamin, ekstazi, kokain vb.)
- 9) Tütün
- 10) Diğer bilinmeyen maddeler

233. Madde Bağımlılığın Risk Faktörleri ve Koruyucu Etkenleri

Alkol madde kullanımının nedenleriyle ilgili yapılan araştırmalar genetik, psikolojik, sosyal ve biyolojik etkenlerin önemine dikkat çekmektedir. Komplike bir kavram olarak karşımıza çıkan bağımlılığın tek bir faktörle açıklanamaması araştırmaları daha çok bağımlılığın gelişmesindeki risk faktörleri ve koruyucu etkenler üzerinde yoğunlaşmasını sağlamıştır. Başkurt (2003) bağımlılığın nedenlerinin doğru tespiti için bireysel, çevresel ve kullanılan maddenin özelliklerinin göz önünde bulundurulmasının yanında esas olanın bireyi maddeyi kullanmaya iten sebeplerin bilinmesinin önemine vurgu yapar.

Öztürk (2015) madde kullanıcısı olma riskinin biyolojik, psikolojik, davranışsal ve sosyal etkenlerin birlikte rol oynadığı birden çok risk etmeni ile koruyucu etmenlerin ilişkisi üzerine kurulu olduğunu ifade etmektedir. Bağımlı olma nedenleri incelenirken genetik yatkınlık kadar öğrenme kuramlarının da göz önünde tutulması ve maddelerin beyin üzerindeki etkileri kadar davranışsal modeller ve sosyal risk etkenlerinin de göz önünde tutulması gerektiğini ifade etmektedir.

Alikaşifoğlu (2005) madde kullanımının yaygın olarak geliştiği adolesan ve genç erişkinlik dönemindeki risk ve koruyucu faktörlerini şöyle sırlamaktadır;

Madde Kullanımı Risk Faktörleri	
Aile <ul style="list-style-type: none">-Aile Kaotik aile yapısı ve süpervizyonun olmayışı-Ebeveynlerin aşırı serbest tutumu-Ebeveynlerin aşırı otoriter oluşu-Ebeveynlerin madde kullanması- Evde maddelerin bulundurulması-Fiziksel ve/veya cinsel istismar	Arkadaş <ul style="list-style-type: none">-Arkadaş gruplarınca kabul edilme gereksinimi-Arkadaş gruplarına ait olma-Arkadaşların madde kullanımı, antisosyal davranışları-Arkadaşların baskısı-Madde kullanan gruplarla ilgilenme ve birlikte olmaya eğilim-Sosyal izolasyon ve/veya can sıkıntısı-Arkadaşlarla bağlarının olmaması
Okul <ul style="list-style-type: none">-Okulla bağların kaybedilmesi-Gelecekle ilgili hedeflerin olmaması-Okul başarısının düşük olması	Toplumsal <ul style="list-style-type: none">-Maddeye kolay ulaşma-Kaotik toplumsal yapı-Fakirlik-Suç işleme ve madde kullanma oranı yüksek bir çevrede yaşama-Gözlemlenen erişkin davranışları-Çevrenin madde kullanımına tolerans göstermesi-Medya Sosyal kurumlarla bağların olmaması
Bireysel faktörler <ul style="list-style-type: none">-Duygusal veya davranışsal sorunlar-Kendini daha iyi hissetme isteği-Asilik, özgürlük arayışı Kendini tehlikeye atma ve risk alma eğilimi- Daha büyük görünme isteği-Benlik saygısını artırma isteği-Akademik veya sportif performansı artırma isteği-Eğlence dünyasında veya medyada görünen hoş giden kişilere benzeme isteği	

Koruyucu Faktörler	
<p>Kişisel</p> <ul style="list-style-type: none"> -Yüksek IQ -Benlik saygısı -Optimizm -Etkin baş etme becerileri -Aile öyküsünün olmaması -Normlara ve toplumsal değerlere bağlılık <p>Arkadaş</p> <ul style="list-style-type: none"> -Madde kullanmayan arkadaşlar -Geleneksel toplumsal değer yargılarına önem veren arkadaş grupları 	<p>Aile</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sıcak ve destekleyici ebeveyn ergen ilişkisi -Tutarlı disiplin ve süpervizyon -Madde kullanımı konusunda tutarlı mesajlar ve uygun rol modelleri -Okul Başarıyı yakalama şansı sunan eğitim sistemi -Okula bağlı olma Gelecekle ilgili hedefleri olma <p>Toplum</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sağlık ve sosyal destek servislerinin yeterliliği -Madde kullanımına tolerans göstermeyen güvenli yakın çevre -Sosyal kurumlara bağlılık

Çakmak ve Evren (2006) dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, davranış bozukluğu, heyecan arayışı ve çocuklarda erken yaşta başlayan alkol-madde kullanımının gelecekte bağımlı olmak riskini arttırdığını belirtmişlerdi

234. Bağımlılığın Psikolojik Etkenleri

Khantzian (1985)" in "kendini tedavi hipotezi" der ki; insan acı hissettiren duyguları azaltmak için alkol ve maddeyi kötüye kullanmaya başlar. Khantzian (2003) alkol maddeyi bireyin keyfi alacağı bir araç olarak değil kişilerin yaşamış olduğu psikolojik ve biyolojik sorunlarının çözümünde bir destek aracı olarak gördüklerini belirtmektedir. Bu düşüncenin pekiştirilmesi ile alkol madde kullanımı bağımlılığa dönüşebilmektedir.

Köknel" e (1998) göre bağımlılar, genellikle öz güveni zayıf ve aynı zamanda kaygılı kişilerdir. Hayatın getirdiği güçlüklerden korkar ve onlardan kaçma eğilimindedirler. Alkol

ve maddelerin, kişide kaygıyı azaltma veya en azında erteleme özelliği bunların zorluklardan korkup kaçmak isteyen kişilerce bir nevi “destekleme aracı” görülmesine ve kullanımına yol açmaktadır.

Madde kullanım bozukluklarının psikososyal boyutta; düşük benlik saygısı, kişiler arası sosyal ilişkilerde içe çekilme veya bağımlı ilişkiler ortaya koyma davranışı, duygularını aktaramama, anksiyete ve depresyon gibi durumlarla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Tanhan, 2014).

Ögel (2010) alkol bağımlılarının önemli bir kısmının yaşadığı anksiyeteyi bastırmak için alkol kullandığını, bunların çoğunun panik atak ve sosyal fobisi olan kişilerden oluştuğunu, ayrıca opiyat bağımlılarında % 90 oranında depresyon, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu başta olmak üzere başka bir psikiyatrik rahatsızlığın eşlik ettiğini belirtmiştir.

235. Travma ve Alkol/Madde kullanımı Arasındaki İlişki

İlk olarak Vietnam savaşı sonrası askerlerde meydana gelen travma sonrası stres belirtileri ile madde kullanımı arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Başta çocukluk çağı olumsuz yaşantıları olmak üzere travmatik yaşantıları olan bireylerde alkol/madde kullanımı ve yayınlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda araştırmaya rastlamak mümkündür

Stewart ve arkadaşları(1996) TSSB ve alkol kullanım bozuklukları birlikteliği arasındaki ilişkiyi açıklamak için üç mekanizma üzerinde durmaktadır. Bunlardan Birincisi, alkol/madde kullanımı bireyi travmanın tetikleyici etkilerine hassas hale getirerek TSSB gelişme riskini arttırır, İkincisi, TSSB olguları sıkıntı veren belirtilerinden kurtulmak için alkol/madde kullanırlar. Bundan dolayı TSSB, alkol/madde kullanım bozuklukları için nedensel bir risk etkeni olabilir. Üçüncü olarak TSSB'nin alkol/madde kullanım bozuklukları ile ilişkisi nedensel olmayabilir. Ortak biyolojik, genetik veya çevresel etkenler bu durumu açıklayabilir (Stewart ve ark. 1996)

TSSB sıklıkla Duygudurum Bozuklukları, Psikoaktif Madde Kötüye Kullanımı/Bağımlılığı, Kişilik Bozuklukları, Somatoform Bozukluklar, Dissosiyatif Bozukluklar, Yeme Bozuklukları, Cinsel İşlev Bozuklukları ve Psicotik Bozukluklar ile birliktelik gösterebilmektedir (Akçay, 2013).

Breslau ve Davis',n 1992 de genç yetişkinler üzerinde yapmış oldukları travma sonrası stres bozukluğu araştırmasında travma sonrası kaçınma davranışının hastanın yaşamını sınırladığını, mesleğini uygulamasını güçleştirdiğini belirtmişlerdir. Duygulanımda kısıtlılık ve sosyal izolasyonun alkol ve diğer madde kötüye kullanımı ile intihar davranışına yol açabileceğini ifade etmişlerdir (Breslau ve ark.1992).

Travmatik yaşantı öyküsü olan kokain bağımlıları ile yapılan bir araştırmada, vakaların %20.5'ine TSSB tanısı konmuştur (Kaya, 2000). TSSB tanısı konan Vietnam gazilerinde komorbid tanı oranının ¾ kadar olduğu, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığının %75 oranında olduğu bildirilmiştir (Köroğlu,2007). Savaş esirleri ile yapılan bir araştırmada yaşam boyu TSSB'nin, panik bozukluk, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı ve sosyal fobi riskini arttırdığına yönelik bulgular yer almaktadır (Engdahl ve diğ., 1998).

Tok ve Özyurt(2015)'un 208 üniversite öğrencisi ile yapmış olduğu araştırmada fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve ihmali içeren çocukluk çağı travmalarının, gelecekte kişinin alkol kullanım riskini anlamlı biçimde yükselttiğini ve riskli alkol kullanımı ile çocukluk çağı travması ($\beta=0,41$, $p<0,001$) ve kontrol odağı ($\beta=0,45$, $p<0,001$) değişkenleri arasındaki ilişki $p<0,001$ düzeyini saptamışlardır. McCauley ve arkadaşları (1997)"nın araştırmasına bakıldığında alkol/madde bağımlılığında çocukluk çağı kötüye kullanımına genel popülasyona göre daha sık rastlanmakta ve yaygınlık oranı %30-%59 arasında olduğu bildirilmektedir.

Taşkent (2010)'in Alkol/madde bağımlılığı olan ve olmayan bireylerde çocukluk çağı travması ve diğer değişkenleri araştırdığı çalışmada bağımlılığı olan bireylerde ÇÇTÖ" nün tüm alt ölçek puanları alkol/madde bağımlılığı olmayan karşılaştırma grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

ACE Study (Adverse Childhood Experiences, Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimleri) araştırmasında, ilk 18 yılda yaşanan taciz (duygusal, cinsel, fiziksel), ihmal (fiziksel, duygusal) ve ailesel zorluklar (boşanma, madde kullanımı, ev içi şiddet vs.) yaşanıp yaşanmadığı ve kişilerin herhangi fiziksel ve psikolojik bir hastalığı olup olmadığı araştırılmıştır. 17337 kişi ile yapılan çalışmada; çocukluk çağında maruz kalınan travmatik deneyim sayısı ile yetişkinlikte görülen riskli davranışlar ve hastalıklar arasında kademeli bir ilişki bulunmuştur. Çocukluk çağında 4 veya daha fazla kategoride travmatik deneyim yaşamış kişiler karşılaştırılmıştır. Travmatik deneyim yaşayanlar, 4 ila 12 kat daha fazla alkolizm, uyuşturucu kullanımı, depresyon , intihar girişimi riskine sahiptir.

Araştırma sonuçlarına göre travmatik deneyimlerin sayısı arttıkça hastalık yüzdeleri yükselmiştir. Pek çok hastalığın ortaya çıkma oranı dramatik şekilde artmıştır. Alkolizm, kronik hastalıklar, kalp ve akciğer rahatsızlıkları, cinsel şiddet, intihar vb (Felitti ve ark. 1998).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Çalışma travmaya bağlı alkol/madde kullanımı olan tutuklu/hükümlü bireylerde; travma sonrası stres, travma sonrası biliş ve alkol/madde kullanma isteğini incelemek amacıyla yapılmış kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak tasarlanan araştırmanın verileri Ceza İnfaz Kurumumunda bulunan tutuklu/hükümlüler arasından toplandı. Araştırmanın evrenini 900 kişilik kapasiteye sahip Metris 2 Nolu Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda bulunan erkek tutuklu/hükümlü bireyler oluşturdu.

Alkol/madde kullanımının çok çeşitli nedenleri olduğu bilinmektedir. Araştırmanın örnekleme çalışmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin ve belli özelliklere sahip olan bir veya daha fazla özel durumlarda derinlemesine araştırma imkanı sunan seçkisiz olmayan amaçsal örneklem yöntemi ile belirlendi. Örneklem çalışmanın amacı doğrultusunda travma sonrası stres ve madde kullanımı arasında ilişkisi olduğu düşünülen kriterlere göre seçildi. İlk olarak cezaevi psikosyal servis uzmanları (psikolog, sosyal hizmet uzmanı) tarafından tutuklu/hükümlülere doldurulan Araştırma-Değerlendirme Formu neticesinde, son bir yıldır alkol/madde kullanımı olduğu tespit edilen yaklaşık 160 tutuklu/hükümlüye ulaşıldı. Görüşmeyi kabul eden 120 kişi ile yapılan ön görüşmede travma yaşantısı olmayan 84 bağımlı birey örnekleme dahil edilmedi. Alkol/madde kullanımı olan tutuklu hükümlüler arasından travma yaşantısı ve stres belirtileri gösteren 36 kişi ile yüz yüze görüşme planlandı. Yapılan bireysel görüşmede çalışmanın amacı anlatılarak çalışmaya gönüllü kişilerden, alkol/madde kullanımının en önemli gerekçelerini

belirtmeleri istendi. Yaşanan travmatik olaydan ötürü alkol/madde kullandığını ifade eden ve travma sonrası stres belirtileri gösteren 28 kişinin dışındaki tutuklu/hükümlüler örnekleme dahil edilmeyerek elendi. 28 kişiden 2'sinde yoğun stres belirtisi ve 1 kişide intihar düşünceleri olduğundan çalışmaya dahil edilmedi. Diğer dahil etme kriterlerini sağlayan gönüllü 25 kişi araştırmanın örnekleme olarak belirlendi.

3.3. Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri

- DSM-IV Madde bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılama
- Travmatik yaşantıya sahip olma
- Travma Sonrası Stres Tepkileri gösterme
- Alkol/Madde kullanımının en önemli nedeni olarak “Yaşanan Travmatik olay” seçeneğini işaretleme
- Alkol/Madde detoksifikasyonu tamamlanmış olma
- Çalışma için gönüllü olma

Dışlama kriterleri

- Psikotik belirtiler gösterme
- Ciddi bilişsel bozukluğu bulunma
- İntihar ile kendine zarar verme düşüncesi bulunma

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Doğrudan travma ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi saptayan araçların olmayışı

-Katılımcıların travma kaynaklı alkol/madde kullanımını olduğunun belirlenmesinde sadece kişilerin madde kullanma gerekçesi sorusuna verdikleri yanıtın ve çalışmanın amacı doğrultusunda belirlenen dahil etme kriterlerinin(travma,stres belirtileri vb.) baz alınması

- Konuyla ilişkin akademik çalışmaların az oluşundan kaynaklı literatürca yeteri kadar desteklenememesi

- Cezaevi koşulları ve travma gibi hassas bir konuda çalışma yapmanın zorluğu

- Yasal izin süresinde dâhil edilme kriterlerini sağlayan 25 kişilik örneklemin seçilmesi araştırmanın sınırlılıklarını ifade etmektedir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla katılımcılara;

3.5.1. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği

Foa ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen Travma Sonrası Bilişler Ölçeği; TSSB nin ortaya çıkmasında ve kronik hale gelmesinde etkili olduğu düşünülen olumsuz bilişleri saptamak için hazırlanmış bir öz bildirim aracıdır.7'likert olarak hazırlanmış ölçek 36 sorudan oluşmaktadır. Toplam üç alt ölçeği bulunan araç ile travma sonrası kişinin “kendisiyle ilgili olumsuz bilişler”, “dünyayla ilgili olumsuz bilişler” ve “kendini suçlama” ya yönelik olumsuz bilişleri saptanabilmektedir. Ölçek ilk olarak akut ve kronik travma sonrası stres belirtileri bulunan hastalar ve üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Güvenirlik çalışmaları Cronbach Alpha Güvenirlik analizi tekniği ile yapılmış ve güvenirliliğinin yüksek olduğu saptanmıştır.

TSBÖ kullanıldığı bir çalışmada tüm ölçekler için yüksek tutarlılık katsayıları elde edilmiş ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Şiddeti ile Travma Sonrası Bilişler arasında yüksek korelasyon tespit edilmiştir (Beck ve ark. 2004). Ölçeğin orjinal formu 6 psikolog tarafından Türkçeye çevrilmiş olup Abant İzzet Baysal Üniversitesi Kampüsünde yatılı

kalan 94 üniversite öğrencisine uygulanmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlama ve Üniversite öğrencileri üzerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yetkiner D. (2010) tarafından 318'si kız 128'i erkek olmak üzere toplam 446 üniversite öğrencisi ile yapılmıştır.

3.5.2. Travma Sonrası Tanı Ölçeği (TSSTÖ)

Travma Sonrası Tanı Ölçeği, 1997 yılında Foa ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve travmatik yaşantı sonrasında gelişen travma sonrası stres bozukluğunu saptamak için tasarlanmıştır. Işıklı (2006) tarafında Türkçe uyarlanması yapılan ölçek yardımı ile TSSB tanısı alabilecek kişileri saptamak ve bunun yanında stres belirtilerinin şiddeti ölçülebilmektedir. 50 maddeden oluşan ölçek 4 ana bölümden oluşmaktadır. Ölçek İlk bölümde yaşanan travmatik olayları belirlemeyi amaçlamakta, ikinci bölümde yaşanan travmatik olaylar içerisinde kişiyi en çok etkileyen yaşantıyı saptamaktadır. Üçüncü bölümde “Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği” olarak adlandırılan ve 17 maddeden oluşan sorular ile yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık semptomları sorulanmaktadır. 0-51 puan arasında ranjı bulunan alt ölçekte yüksek puan almış olmak stres belirti düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu alt Ölçeği Mertan A. (2009) kadın danışma merkezinde çalışan kadınlar, Bayraktar S. (2011) trafik kazası geçirmiş kişilerde stres belirtilerini ve ilişkili değişkenleri ölçmek için kullanmıştır. Maddeler DSM-4'te (1994) bulunan tanı kriterlerine göre belirlenmiştir. Ölçeğin son bölümünde ise travmatik olayın kişinin gündelik yaşamının hani alanlarını etkilediğine dair sorular bulunmaktadır.

3.5.3 Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ-Kısa Form)

BAPİ'den kısaltılarak oluşturulan ölçek, yetişkinlerde bağımlılık riskini ölçmeye yarayan 22 sorudan oluşmaktadır. Ögel ve arkadaşlarının (2015) cezaevinde bulunan 1087 kişi ile yapmış oldukları çalışma neticesinde geliştirmiş oldukları ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup, iç tutarlılık analizi sonucunda Cronbach Alpha katsayısı 0.89 olarak saptanmıştır. BAPİ ile BAPİ-Kısa form arasında 0.96 korelasyon bulunmuştur.

Bağımlılığın çeşitli boyutlarını değerlendirebilen Alt ölçekler ile alkol/madde kullanımı olan bireyin Tanı, Yaşam Üzerine Etkileri, Şiddetli İstek ve Motivasyonu ölçülebilmektedir.

Madde kullanım özellikleri alt ölçeğinde kullanılan maddenin türü, kullanım sıklığı ve çoklu madde kullanımını ölçmeye yarayan sorular yer almaktadır. Bağımlılık tanı Alt Ölçeğinde DSM VE ICD 'de bulunan tanı kriterleri yer almaktadır. Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi alt ölçeğinde madde kullanımının kişinin yaşamına ait hangi alanları(aile, iş, eğitim, ekonomik ve yasal sorunlarla karşılaşma vb) etkilediği sorgulanmaktadır. Şiddetli Madde Kullanma İsteği alt ölçeğinde kişinin son bir hafta içindeki alkol/madde kullanma isteği, Motivasyon Alt Ölçeği ile madde kullanımını bırakmaya yönelik motivasyonu değerlendirilmektedir.

3.5.4. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Sosyo-Demografik form ile katılımcıların yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum, düzenli bir işte çalışma durumlarına yönelik sorular yer almaktadır. Yarı yapılandırılmış form ile alkol/madde kullanım nedeni, travma kaynaklı intihar girişimi, daha önceki tedavi girişimleri ve madde suç ilişkisini sorgulamaya yönelik sorular yer almaktadır.

3.6. Verilerin Analizi

İstatistiksel değerlendirme SPSS16.0 programı kullanılarak yapılmış ve yorumlanmıştır. Tanımlayıcı istatistik ve ilişki arayıcı model olarak tasarlanan çalışmada; TSSB, TSBÖ ve Alkol/Madde kullanma isteği Alt Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi saptamak için Sperman Korelasyon analizi ve diğer betimsel analiz yöntemleri kullanılmıştır..Anlamlılık $p < 0.01$ düzeyinde kabul edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 1: Tutuklu-hükümlü bireylerin sosyo-demografik özellikleri

Medeni Durum	Sayı	%
Hiç evlenmemiş	17	68,0
Evli	6	24,0
Boşanmış/Dul	2	8,0
Total	25	100,0
Yaş	Sayı	%
21-25 yaş	10	40,0
26-30 yaş	8	32,0
31-35 yaş	3	12,0
36-40 yaş	3	12,0
41 ve üzeri	1	4,0
Total	25	100,0
Öğrenim Durumu	Sayı	%
Okur-yazar değil	4	16,0
İlkokul mezunu	11	44,0
Ortaokul mezunu	6	24,0
Lise mezunu	4	16,0
Total	25	100,0
Düzenli bir işi olan	Sayı	%
Evet	9	36,0
Hayır	16	64,0
Total	25	100,0

Tamamı erkeklerden oluşan 25 kişilik örneklemin yaş ortalaması 27,96 (ss=5,59) ve yaş dağılımı 21 ile 41 yaş arasında değişim göstermektedir. Katılımcıların yarısından

fazlasının (%68.0) bekarıdır. Öğrenim durumlarını sırasıyla (% 44.0) ilkokul, (%24.0) ortaokul (%16.0) lise mezunu ve (%16.0) okur-yazar değildir. Ayrıca tutuklu-hükümlü bireylerin %36'sı cezaevine gelmeden önce düzenli bir işe sahipken % 64'ü ise düzenli bir işte çalışmamaktadır.

Tablo 2: Tutuklu/hükümlülerin başlarından geçen ya da tanık oldukları travmatik yaşam olaylarına göre dağılımları

Travmatik Yaşam Olayları	Sayı	%
1.Ciddi bir kaza, yangın veya patlama olayı		
Yaşayan	5	20,0
Yaşamayan	20	80,0
2.Doğal Afet (deprem, sel, vb)		
Yaşayan	2	8,0
Yaşamayan	23	92,0
3.Aile fertlerinden ya da tanınan bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma		
Yaşayan	11	44,0
Yaşamayan	14	56,0
4.Tanımadığı biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma		
Yaşayan	9	36,0
Yaşamayan	16	64,0
5. Aile fertlerinden ya da tanınan bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma		
Yaşayan	7	28,0
Yaşamayan	18	72,0
6. Tanımadığı biri tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma		
Yaşayan	4	16,0
Yaşamayan	21	84,0
7.Askerî bir çarpışma ya da savaş altında bulunma		
Yaşayan	2	8,0
Yaşamayan	23	92,0

8.18 yaşından önce kendinden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas		
Yaşayan	6	24,0
Yaşamayan	19	76,0
9.Hapsedilme		
Yaşayan	6	24,0
Yaşamayan	19	76,0
10.İşkenceye maruz kalma		
Yaşayan	9	36,0
Yaşamayan	16	64,0
11.Hayatı tehdit eden ciddi bir hastalık		
Yaşayan	1	4,0
Yaşamayan	24	96,0
12.Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü		
Yaşayan	12	48,0
Yaşamayan	13	52,0
13.Bunların dışında yaşanan travmatik olay		
Yaşayan	6	64,0
Yaşamayan	9	36,0

Tabloda görüldüğü üzere tutuklu/hükümlü bireylerin en sık yaşamış oldukları ya da şahit oldukları travmatik olaylar sırasıyla % 48'i sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü, % 44'ü "Aile üyelerinden biri ya da tanıdığımız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma", % 36'sı "Tanımadığımız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma" ve diğer % 36'sı 'işkenceye maruz kalma' , % 28'i ise "Aile fertlerinden ya da tanınan bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma" olarak belirtmiştir.

Katılımcılar arasında başlarından en az geçen travma 1 kişinin belirtmiş olduğu ‘Hayatı tehdit eden bir hastalık’ ve 4 kişinin belirtmiş olduğu travma “Doğal afet ve Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma”dır.

Tablo 3: Tutuklu/hükümlülerin başlarından geçen ya da tanık oldukları travmatik olay sayısına göre dağılımları

Yaşanan Travmatik Olay Sayısı	n	%
1 Travmatik olay yaşayan	5	20,0
3 Travmatik olay yaşayan	4	16,0
4 Travmatik olay yaşayan	8	32,0
5 Travmatik olay yaşayan	4	16,0
6 Travmatik olay yaşayan	2	8,0
7 Travmatik olay yaşayan	1	4,0
11 Travmatik olay yaşayan	1	4,0
Total	25	100,0

Tutuklu hükümlülerin başlarından geçen travmatik olay sayısı incelendiğinde 25 katılımcının ortalama 3,96 travmatik olaya maruz kaldığı ve en az 1 travmatik olay yaşayan 5 kişi ve en fazla 11 travmatik olay yaşayan 1 kişi bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 4 :Tutuklu/Hükümlü bireylerin yaşamış oldukları ya da şahit oldukları en travmatik yaşam olaylarına göre dağılımları

Yaşanan En Travmatik Yaşam Olayı	n	%
1.Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı	1	4,0
2. Aile fertlerinden ya da tanınan bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	1	4,0

4. Tanımadığı biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	1	4,0
5. Aile fertlerinden ya da tanınan bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	2	8,0
6. Tanımadığı biri tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	2	8,0
10. İşkenceye maruz kalma	1	4.0
12. Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	6	24.0
13. Bunların dışında bir travmatik olay	11	44.0

Tutuklu/hükümlülerin başlarından geçen yada tanık oldukları “en travmatik yaşam olay” dağılımlarına bakıldığında sırasıyla %44’nün bunların dışında bir travmatik olay olarak belirttikleri “ aldatılma, boşanma, yuvaya bırakılma, anne-babanın ayrılması, üvey anne babayla büyüme, fiziksel bir engelin bulunması” , %24’ nün “Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü”, % 8 ‘nin “ **Aile fertlerinden ya da tanınan bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma**” ve diğer % 8 ‘lik katılımcı ise “Tanımadığı biri tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma” olarak belirtmiştir.

Tablo 5: Tutuklu/Hükümlülerin yaşadıkları ya da tanık oldukları “En Travmatik Yaşam Olayı”nın ne kadar zaman önce meydana geldiğine göre dağılımları

Bu travmatik olay ne zaman önce meydana geldi?	n	%
1 aydan daha az	1	4,0
3-6 ay arası	3	12.0
6 ay- 3 yıl arası	2	8.0
3-5 yıl arası	4	16.0

5 yıldan daha fazla	15	60.0
Total	25	100.0

Tutuklu hükümlülerin %60'ı yaşadıkları ya da tanık oldukları “en travmatik olay”ın 5 yıldan daha öncesinde meydana geldiğini bildirmiştir. 1 katılımcı ise yaşamış olduğu en travmatik olayı 1 aydan daha az süre önce yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 6: En travmatik olay sırasında meydana gelen durumların dağılımları

Bu travmatik olay sırasında:	Sayı	%
Fiziksel bir yara aldınız mı ?		
Evet	10	40,0
Hayır	15	60,0
Başka biri fiziksel bir yara aldı mı ?		
Evet	11	44.0
Hayır	14	56.0
Hayatınızın tehlikede olduğunu düşündünüz mü?		
Evet	12	48.0
Hayır	13	52.0
Başka birinin hayatının tehlikede olduğunu düşündünüz mü?		
Evet	11	44.0
Hayır	14	56.0
Kendinizi çaresiz hissettiniz mi?		
Evet	25	100.0
Hayır	0	0
Büyük bir korku duyusu yaşadınız mı?		
Evet	22	88.0
Hayır	23	12.0

Tutuklu/hükümlülerin yaşamış oldukları en travmatik yaşam olayı sırasında meydana gelen durumlar incelendiğinde, tamamı olay sırasında çaresizlik ve %88 'i büyük bir korku yaşadığını bildirmiştir. En az yaşanan durum ise fiziksel bir yara almış olmalarıdır.

Tablo 7: Tutuklu/Hükümlülerin yaşanan travmatik olay nedeniyle olumsuz etkilendikleri yaşam alanlarına göre dağılımları

Olumsuz etkilenen yaşam alanları	Sayı	%
İş hayatı	19	76.0
Evin günlük işleri	17	68.0
Arkadaş ilişkileri	21	84.0
Boş zaman etkinlikleri	22	88.0
Eğitim faaliyetleri	12	48,0
Ailevi ilişkiler	19	76,0
Cinsel yaşam	9	36,0
Genel anlamda hayattan memnuniyeti	24	96.0
Hayatın her alanda genel işleyişi	21	84,0

Tutuklu-Hükümlülerin travmatik olay kaynaklı olumsuz etkilendikleri işlevsellik alanları incelendiğinde tamamına yakını (%96.0) travmanın genel anlamda hayattan memnuniyetini ve % 84'ü hayatın her alanında genel işleyişini olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Travmatik olayın en az etkilediği alanı ise (%36) cinsel yaşam olarak bildirmişlerdir.

Tablo 8: Tutuklu/Hükümlülerin travma sonrası stres belirtileri alt ölçeği toplam ve kaçınma, yeniden yaşama, aşırı uyarılmışlık alt boyutları puan ortalamaları

	n	Toplam	Ortalama	Standart Sapma
Travma Sonrası Stres Belirtileri	25	750,00	30,0000	7,37677
Toplam Puan				
Travma Sonrası Stres Belirtileri	25	226,00	9,0400	2,77609

Kaçınma Alt Boyutu Toplam Puan				
Travma Sonrası Stres Belirtileri Yeniden Yaşama Alt Boyutu Toplam Puan	25	230,00	9,2000	2,62996
Travma Sonrası Stres Belirtileri Aşırı Uyarılmışlık Alt Boyutu Toplam Puan	25	294,00	11,7600	4,3901

Örnekleme grubunun Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği Toplam Puan ortalaması ($x=30,00$, ss.7.37), Travma sonrası Stres Belirtileri Kaçınma Alt Boyutu Puanları ortalaması ($x=9.04$, ss.2,77), Travma sonrası Stres Belirtileri Yeniden Yaşama Alt Boyutu Puanları ortalaması ($x=9.20$, ss.2.62), Travma sonrası Stres Belirtileri Aşırı Uyarılmışlık Alt Boyutu Puanları ortalaması ($x= 11,76$, ss.4.39) olarak bulunmuştur. Tutuklu Hükümlüler arasında en yüksek ortalamaya sahip travma sonrası stres tepkisi Aşırı Uyarılmışlık tepkisi olarak saptanmıştır.

Tablo 9: Tutuklu/Hükümlülerin travma sonrası stres düzeylerinin dağılımları

Travma Sonrası Stres Tepki Düzeyi	n	%
Hafif düzey stres belirtisi	1	4,0
Orta düzey stres belirtisi	1	4.0
Orta-ağır düzey stres belirtisi	18	72.0
Ağır düzey stres belirtisi	5	20.0

Tutuklu hükümlü katılımcı bireylerden % 20'si ağır düzeyde stres belirtisi göstermekte % 72'si ise orta-ağır düzeyde stres tepkisi göstermektedir.% 4'ü ise orta ve hafif düzeyde stres tepkisi göstermektedir.

Tablo 10: Tutuklu/Hükümlülerin TSBB tanısı alma durumları

TSSB Varlığı	Sayı	%
TSSB Var	20	80,0
TSSB Yok	5	20,0

Araştırmaya katılan 20 kişide (% 80) TSSB gözlenirken 5 kişide (% 20) TSSB gözlenmemiştir.

Tablo 11: Tutuklu/Hükümlülerin yaşanan travmatik olay kaynaklı intihar girişimi ve travma sonrası profesyonel yardım alma durumlarına göre dağılımları

Yaşamış olduğunuz travmatik olaydan ötürü	n	%
intihar girişiminiz oldu mu?		
Evet	15	60,0
Hayır	10	40,0
Herhangi bir psikolojik ya da psikiyatrik yardım aldınız mı?		
Evet	2	8.0
Hayır	23	92.0

Tutuklu hükümlülerin yuzde **60'** ı yaşanan travmatik olaydan ötürü yaşam boyu intihar girişiminde bulunmuş ve bunlardan sadece **% 8'** i travmatik olayla ilgili profesyonel yardım almıştır.

Tablo 12: Tutuklu/Hükümlülerin son bir yılda alkol/madde kullanma sıklığı dağılımı

Alkol Kullanım Sıklığı

Kullanılan Madde Türü	Hiç veya ayda 3 kezden fazla		haftada 1-5 kez		hemen hemen her gün	
	n	%	n	%	n	%
Alkol	9	36,0	10	40,0	6	24,0

Tutuklu hükümlü katılımcılarımın % 24' ü ceza infaz kurumuna gelmeden son bir yıl içinde hemen hemen her gün Alkol kullandığını ifade etmiştir.

Madde Kullanım Sıklığı

Kullanılan Madde türü	Hiçbir zaman		En az bir kez kullandım		Üçten fazla kez kullandım	
	n	%	n	%	n	%
Esrar(marihuana,joint,gubar vb) kullandınız mı? Ne sıklıkta	3	12.0	5	20.0	17	68.0
Bonzai, jamaikan (sentetik kannabinoid)	7	28.0	1	4.0	17	68.0
Ecstasy (ekstazi) kullandınız mı ?	4	16.0	7	28.0	14	56.0

Eroin kullandınız mı? Ne sıklıkta	13	52.0	4	16.0	8	32.0
Kokain kullandınız mı? Ne sıklıkta	19	76.0	1	4.0	5	20.0
Taş (krak kokain) kullandınız mı? Ne sıklıkta	12	48.0	5	20.0	8	32.0
Rohipnol,rivotril (roş) gibi haplar kullandınız mı? Ne sıklıkta	20	80.0	3	12.0	2	8.0
Akineton,tantum,xanax vb gibi çeşitli haplar kullandınız mı ? Ne sıklıkta	21	84.0	2	8.0	2	8.0
Metamfetamin,ice gibi amfetamin türevleri kullandınız mı? Ne sıklıkta	17	68.0	5	20.0	3	12.0
Uçucu maddeler (tiner ,bali,gaz vb) kullandınız mı? Ne sıklıkta	22	88.0	0	0.0	3	12.0
LSD,GHB gibi maddeler kullandınız mı? Ne sıklıkta	25	100.0	0	0.0	0.0	0.0

Son bir yılda 3 ten fazla kullanılan maddelerin sıklık dağılımına bakıldığında esrar ve bonzai kullanımı öne çıkmaktadır. Esrar (% 68) ile bonzai (% 68) kullanımı ilk sırada, ekstazi (% 56) kullanımı ikinci sırada, Eroin (%32) ve Krak Kokain (%32) kullanımı üçüncü sırada yer almaktadır. Araştırmada hiçbir zaman kullanılmayan madde türü olarak belirtilmiştir.

Son bir yılda En az bir kez kullanılan madde türü dağılımına bakıldığında ilk sırada ecstasy (% 28), ikinci olarak Esrar (% 20) ,Taş (krak) kokain (% 20) ve Metamfetamin, ice (% 20) gibi amfetamin türevleri gelmektedir. Katılımcılardan tamamı Son bir yılda LSD, GHB gibi maddelerden hiç birini kullanmamıştır.

Tablo 13: Tutuklu/Hükümlülerin şiddetli alkol/madde kullanma isteği dağılımı

Son bir hafta içinde Alkol/Madde kullanmak için kuvvetli bir istek,arzu dürtü hissediyor musun? Ne sıklıkta	n	%
Hiçbir zaman	0	0.0
Bazen	8	32.0
Neredeyse her zaman	17	68.0
Toplam	25	100.0

Katılımcıların % 68'i son bir haftada neredeyse her zaman , % 32'si bazen alkol/madde kullanmak için kuvvetli bir istek hissetmektedir. alkol/madde kullanmak için kuvvetli isteği olmayan katılımcı bulunmamaktadır.

Tablo 14: Tutuklu/Hükümlülerin madde kullanımını bırakmaya veya azaltmaya dair motivasyon dağılımı

Son bir hafta içinde Alkol veya uyuşturucuyu bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz?	n	%
Hiçbir zaman	2	8.0
Bazen	13	52.0
Neredeyse her zaman	10	40.0
Toplam	25	100.0

Katılımcıların % 40' ı Son bir hafta içinde alkol veya uyuşturucuyu bırakmayı veya azaltmayı neredeyse her zaman ,% 52 si bazen düşünmekte, % 8 'i ise hiçbir zaman düşünmemektedir.

Tablo 15: Tutuklu/Hükümlülerin madde kaynaklı yasal olmayan bir eylem ya da girişimde bulunma durumları

Alkol/Madde kullanımı veya temini için yasal olmayan herhangi bir eylem ya da girişimde bulduğunuz mu ? (örneğin hırsızlık, gasp, yaralama, torbacılık vb)		
	n	%
Evet	20	80,0
Hayır	5	20.0
Total	25	100.0

Tutuklu/Hükümlülerin % 80'ni alkol/madde kullanımı veya temini için yasal olmayan herhangi bir eylemde bulunduğunu ifade etmiştir.

Tablo 16: Travma sonrası bilişler ölçeğinin toplam ve alt ölçek puanlarının toplam puan, ortalama ve standart sapma değerlerine göre dağılımı

Travma Sonrası	n	Toplam Puanı	Ort. + ss
Benlik Hakkında Olumsuz Bilişler	25	144	5.79± 1.03
Dünya Hakkında Olumsuz Bilişler	25	154	6.16± 0.94
Kendini Suçlama	25	114	4.57± 1.94
Travma Sonrası Olumsuz Bilişler Toplam Puan	25	412	16.53±3.41

Yaşanan travmatik olaydan sonra Katılımcılar arasında en yüksek olumsuz bilişler “Dünyaya Hakkında” ve “Benlik Hakkında” olumsuz bilişler olarak saptanmıştır. Travma sonrası diğer olumsuz bilişler ise kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişlerini kapsamaktadır.

42. Korelasyon Analizleri

Tablo 17: Travma sonrası stres belirtileri toplam puanı, travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı ve alko/madde kullanımına dair şiddetli istek alt ölçeği puanları arasında yapılan korelasyon analizi sonuçları

	Travma Sonrası Stres Belirtileri Toplam Puan	Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Toplam Puan	Alkol/Madde kullanımına dair şiddetli istek Alt Ölçeği
Travma Sonrası Stres Belirtileri Toplam Puan	1	,627**	,625**
Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Toplam Puan	,627**	1	,713**
Alkol/Madde kullanımına dair şiddetli istek Alt Ölçeği	,625**	,713**	1

****.** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo:17’ de görüldüğü gibi, Travma sonrası stres belirtileri ile Alkol/Madde kullanma isteği arasında güçlü pozitif yönde korelasyon saptanmıştır ($r= 0.625$, $p<0.01$). Aynı tabloda Travma Sonrası Bilişler toplam puanı ile Alkol/Madde kullanma isteği arasında güçlü pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r= 0.713$, $p<0.01$). Yapılan analize göre Travma Sonrası Stres Belirtileri toplam puanı ile Travma Sonrası Olumsuz Bilişler Toplam puanı arasında da güçlü pozitif ve doğrusal bir ilişki oldu görülmektedir ($r=0.627$, $p< 0.01$). Literatürle uyumlu olarak araştırmalar, Travma Sonrası stres bozukluğunun sürmesi ve kronikleşmesinde bilişlerin önemli rol oynadığını göstermektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Araştırma ile Metris 2 Nolu Kapalı Ceza İnfaz kurumunda tutuklu/hükümlü bulunan ve travmaya bağlı alkol/madde kullanımını ile diğer dahil edilme kriterlerini sağlayan gönüllü 25 bireyin travma sonrası stres belirtisi, travma sonrası olumsuz şemaları ve alkol/madde kullanma isteği arasında nasıl bir ilişki olduğu araştırılmak istenmiştir. Ayrıca katılımcıların alkol/madde kullanımını tetikleyen stres belirtilerinin şiddeti, TSSB varlığı, madde kullanım sıklığı, travma sonrası bireyin kendini ve dış dünyayı algılaması ve bunlarla ilişkili diğer değişkenler araştırılmıştır. Bu bölümde araştırma sorularının bulgularına ve elde edilen bulguların mevcut araştırmalar ışığında karşılaştırılması ve yorumlanmasına yer verilmiştir.

5.1. Tutuklu/Hükümlülerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan tutuklu/hükümlülerin sosyo-demografik özellikleri değerlendirildiğinde katılımcıların tamamının erkek olduğu, yaş ortalamasının 27,96 olduğu saptanmıştır. TUBİM tarafından Türkiye’de 2011 yılında 25 ilde yapılan en kapsamlı madde kullanma yaygınlığı araştırmasında tedaviye başvuran hastaların yarısından fazlasının (%52,20), 20-29 yaş grubu arasında olduğu, tedavi gören kişilerin yaş ortalaması ise 27,31 olarak bulunmuştur. Yine aynı araştırmada tedavi gören kişilerin %64,81 oranında ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Bizim araştırmamızda ise 25 tutuklu/hükümlünün %44’ü ilköğretim mezunu, %24’ü ortaokul mezunu olduğunu belirtmiştir.

Amerika Madde Kötüye Kullanımı ve Zihinsel Sağlık Servisi (SAMHSA)’nin 2003 yılı raporuna göre madde bağımlılarının sadece %20.8 i tam zamanlı bir işte çalışabilmektedir

(Wong and Silverman, 2007). EMCDD 2011 Ulusal Raporuna göre bağımlıların %49,31'inin işsiz olduğu, sadece %31,93'ünün düzenli bir işi olduğu saptanmıştır. Bizim araştırmamızda ise literatürle uyumlu olarak katılımcıların % 64'ü cezaevine gelmeden önce düzenli bir işi olmadığını, % 36 'sı ise düzenli bir işte çalıştığını ifade etmiştir. Bu bağlamda bağımlı bireyin madde kullanımına bağlı yaşadığı yoksunluk belirtileri, yeniden madde arayışı, uyum ve iletişim sorunları gibi nedenlerden ötürü düzenli bir işte çalışmadığı ya da mevcut işini kaybettiği düşünülmektedir.

5.2. Tutuklu/Hükümlülerin Bağımlılık Profiline Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda tutuklu/hükümlü katılımcılarımızın % 24' ü ceza infaz kurumuna gelmeden son bir yıl içinde hemen hemen her gün Alkol kullandığını ifade etmiştir. Katılımcıların son bir yılda 3 ten fazla kullanılan maddelerinin sıklık sıralamasına bakıldığında ise literatürle uyumlu olarak esrar kullanımının% 68 ile öne çıktığı ve buna son yıllarda kullanımı yaygın olarak artan bonzai maddesinin eşlik ettiği görülmektedir. Katılımcılardan tamamı Son bir yılda LSD, GHB gibi maddelerden hiç birini kullanmamıştır.

2018 Dünya Uyuşturucu Raporuna göre 2016 yılında dünya nüfusunun yaklaşık % 5,6'sı 15-64 yaşlarında en az bir kez uyuşturucu/uyarıcı madde kullandığını ve geçen yıl 15-16 yaş arası 13,8 milyon gencin esrar kullandığı tahmin edilmektedir. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi 2014 Dünya Raporuna göre esrar dünya genelinde, Avrupa ve Türkiye'de en fazla kullanılan uyuşturucu maddesi olarak belirlenmiştir. 2017 Türkiye Uyuşturucu Raporuna göre; Türkiye'de gerçekleşen uyuşturucu olaylarının %49,2'si esrar olayı olduğunu ve 2016 yılında bir önceki yıla göre %11,3'lük bir artış yaşandığını açıklamıştır. 2016 yılı ecstasy olay sayısında ise bir önceki yıla göre %4,9 oranında artış yaşandığı belirtilmiştir (TUBİM, 2017). Madde kullanımı nedeniyle tedavi ve denetimli serbestlik tedbirine tabi tutulmuş 382 kişi ile yapılan bir araştırmada, katılımcılar arasında en sık kullanılan maddenin sırasıyla esrar ve bir sentetik kannabinoid olan bonzai maddesi olduğu tespit edilmiştir (Kahraman, 2015).

Araştırmada tutuklu/hükümlülerin alkol/madde kullanımını bırakma ya da azaltmaya yönelik geçmişte herhangi bir tedavi görüp görmedikleri sorgulandığında % 64'nün tedavi geçmişi olmadığı %36'sının ise AMATEM başta olmak üzere çeşitli hastanelerden profesyonel yardım aldıklarını belirtmişlerdir. EMCDD 2011 Türkiye Ulusal Raporunda haklarında detaylı veri toplanan ve yatarak tedavi gören 2.117 bağımlı hastanın %46,62'si daha önce tedavi görmüşken, %51,20'si ilk kez tedavi görmüştür. Ögel ve arkadaşlarının iki bağımlılık kliniği ve bir cezaevinde yapmış olduğu çalışmada katılımcıların daha önce herhangi bir psikiyatrik/psikolojik destek alıp almadıkları sorgulanmış, araştırma bulgularında 345 Alkol ve/veya madde kullanıcılarından % 29,3' nün psikiyatrik/psikolojik destek aldığı 70,7'sinin daha önce herhangi bir destek almadığı saptanmıştır (Ögel ve ark. 2012).

Araştırmada tutuklu/hükümlülerin % 80'ni alkol/madde kullanımı veya temini için yasal olmayan herhangi bir eylemde bulunduğunu ifade etmiştir. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 191'inci maddesine göre "kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmamak ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak" bir suç olarak belirlenmiştir. 2017 Türkiye Uyuşturucu Raporuna göre ceza infaz kurumlarında 2016 yılı itibariyle uyuşturucu madde bağlantılı suçlardan dolayı 37.367 hükümlü/tutuklu bulunmaktadır. 2016 yılında uyuşturucu madde bağlantılı suçlardan dolayı ceza infaz kurumlarında bulunan hükümlü-tutuklu sayısında bir önceki yıla göre %12,3 oranında bir artış görülmektedir. 2016 yılında Türkiye'de uyuşturucu madde bağlantılı suçlardan dolayı ceza infaz kurumlarında bulunan hükümlü ve tutuklular (37.367), aynı dönemde ceza infaz kurumlarında bulunan toplam hükümlü ve tutukluların (200.339) %18,65'ini oluşturmaktadır (TUBİM, 2017).

Bennet, Holloway ve Farrington (2008)'ın hem yetişkinleri hem de çocuk-ergenleri içeren yaklaşık 30 makaleyi inceledikleri bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, madde kullanımı olanların kullanmayan bireylere göre 3-4 kat daha fazla suç (soygun, hırsızlık, hayat kadınlığı gibi) işlediğini göstermiştir (Bennett T. ve ark. 2008). Haggård-Grann ve arkadaşları (2006) adli psikiyatri kliniğinde, alkol ve madde kullanımının suç davranışını nasıl tetiklediğini araştırdıkları bir çalışmada, alkolün suç

davranışına sürüklenme etkisinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Özellikle alkol aldıktan sonraki ilk 24 saatin, suç davranışına sürüklenme açısından daha riskli olduğu vurgulanmaktadır (Haggard-Grann U ve ark. 2006).

Tutuklu/hükümlülerin son bir hafta içinde alkol/madde kullanma isteği sorgulandığında katılımcıların % 68 i son bir haftada neredeyse her zaman , % 32'si bazen alkol/madde kullanmak için kuvvetli bir istek hissettiğini ifade etmişlerdir. Alkol/Madde kullanma isteği olmayan tutuklu/hükümlü bulunmamaktadır. Cezaevinin yasal ve fiziki koşullarından ötürü tutuklu/hükümlülerin alkol/madde kullanımı mümkün olamamaktadır. Bu durumun bağımlı bireyin alkol ya da madde kullanmak için hissettiği yoğun şiddeti ölçmede bir sınırlılık olduğu düşünülmektedir. Aşerme veya craving olarak ifade edilen madde kullanımına dair yoğun istek, tedavi sürecini zorlaştırmakta ve sıklıkla madde kullanımı kuvvetli istek ile yenilenmektedir. Katılımcıların detoksifikasyon sürecini tamamlamasına rağmen yarısından fazlasının haftanın çoğunluğunda madde kullanımına dair kuvvetli istek duyduğu bu nedenle cezaevinden çıktıktan sonra maddeye ulaşması halinde yeniden madde kullanacağı düşünülmektedir.

Walton ve arkadaşlarının (1994) yapmış olduğu bir çalışmada alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların detoksifikasyondan sonraki birkaç ay içinde % 50-60 veya daha fazlasının tekrar içmeye başladıkları saptanmıştır. Literatür ve kendi araştırmamızdan yola çıkarak fizyolojik olarak maddeden arınmanın ya da maddeden uzak kalmanın aşermeyi ve relapsı tamamen ortadan kaldırmadığını bu nedenle detoksifikasyon sürecinden sonra alkol madde kullanma isteğine neden olan tetikleyiciler üzerinde yoğunlaşılması gerektiği düşünülmektedir.

Tutuklu/hükümlülerin % 40' ı son bir hafta içinde alkol veya uyuşturucuyu bırakmayı veya azaltmayı neredeyse her zaman düşündüğünü ,% 52 si bazen , % 8 'i ise hiçbir zaman düşünmediğini ifade etmiştir. Bağımlılık tedavisinde en önemli aşamalardan biri kişinin madde kullanımını bırakmaya ya da azaltmaya dair motive olmasıdır. Son yıllarda önemli bir yeri olan motivasyonel görüşmeyi Miller; danışanların ambivalansı keşfedip çözümlenmelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini sağlamak için kullanılan danışan

merkezli direktif yaklaşımı olarak tanımlamaktadır (Miller WR, 2002). Çoğunlukla bağımlı birey bağımlı olduğunu inkar etme, aldığı hazdan mahrum kalacağını ya da acı çekeceğini düşünme, geçmişteki başarısız bırakma girişimleri, karamsarlık, kendine güvenle ilgili problemler ve vb. durumlardan ötürü maddeyi bırakmaya dair yeteri kadar motive olamamaktadır. Palmer J A. ve arkadaşlarının(1995) yapmış olduğu bir çalışmada çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal öyküsü olan madde kullananlarda, tedaviyi tamamlama oranları daha düşük ve bu hastalarda fiziksel veya cinsel kötüye kullanımı öyküsü olanların tedaviden ayrılma oranları daha fazla bulunmuştur.

5.3. Tutuklu/Hükümlülerin Yaşamış Olduğu Travmatik Olaya Dair Bulguların Tartışılması

Tutuklu hükümlülerin başlarından geçen travmatik olay sayısı incelendiğinde 25 katılımcının ortalama 3,96 travmatik olaya maruz kaldığı ve en az 1 travmatik olay yaşayan 5 kişi ve en fazla 11 travmatik olay yaşayan 1 kişi bulunduğu saptanmıştır. Marmar ve arkadaşları (1999) travmatik olaylara maruziyet arttıkça kişinin ruhsal ve fiziksel dayanaklığının azaldığını belirtmişlerdir.

Araştırmada tutuklu/hükümlünün % 48'i başlarından en sık geçen ya da tanık oldukları travmatik yaşam olayını “Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü” olarak ifade etmişlerdir. Rubbert (2011) kayıp travmasını; kişini istemediği halde temel ve çok önemli bir duygusal ve ruhsal bağın kaybindan dolayı çekilen acı ve çaresizlik olarak tanımlamaktadır. Ayrıca sevilen birinin ölümü kadar, ölen kişinin ölüm şekli (kaza, intihar, çatışma), travmaya maruz kalanın ölen kişiyle yakınlığı ve bağlılık derecesi, yaşı, ölüm haberinin nasıl ulaştığı, sosyal destek ağlarının varlığı gibi önemli noktalar travmatik olay sürecini belirlemektedir. Konuyla ilgili 18 Kadın Danışma Merkezinde çalışan kadınlar üzerinde yapılan yerel bir çalışmada kadınların en çok etkilendiği travmatik yaşam olayı; %36,7 ile sevilen ya da yakın birinin ani ölümü olarak belirtilmiştir(Mertan, 2009).

Tutuklu/hükümlülerin % 44'ü aile üyelerinden biri ya da tanıdığı bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kaldığını % 36'sı ‘Tanımadığı biri tarafından cinsel

olmayan bir saldırıya maruz kaldığını, % 36'sı ise işkenceye maruz kaldığını ifade etmiştir. Dünya Sağlık Örgütü şiddeti; kasıtlı bir şekilde baskı veya güç kullanarak, tehdit ederek veya etmeden, kişinin kendisine veya başka bir kişiye karşı yaptığı veya bir gruba ve topluma karşı yapılan yaralanma, ölüm veya psikolojik zarar ile sonuçlanan davranışların tümü olarak tanımlamaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda şiddet ana hatları ile; fiziksel, sözel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet olarak sınıflandırılmaktadır

Araştırmaya katılan 25 tutuklu/hükümlüden %28'si ailesi ya da tanıdığı biri tarafından cinsel bir saldırıya uğradığını %16'sı ise tanımadığı biri tarafından cinsel saldırıya uğradığını ifade etmiştir. Cinsel istismarın büyük bölümünün ailede ya da aileye yakın biri tarafından gerçekleştiği bilinmektedir. Priebe'nin 2009 yılında yapmış olduğu bir çalışmada cinsel istismar oranlarının kız çocuklarında % 58, erkek çocuklarında % 15 olduğu, çoğunlukla kız çocuklarının istismara uğradığını belirtmiştir. Dünya Sağlık Örgütü tüm dünyada kadınların % 20'sinin, erkeklerin ise % 5-10'unun çocukluğunda cinsel istismara uğradığını belirtmektedir (WHO, 2014).

Ülkemizde özellikle ensest ve diğer cinsel istismar vakaları; kurbanın hissettiği suçluluk, utanma duygusu, kendisine ve ailesine karşı zarar gelmesinden çekinme, toplumsal dışlanma, aile bireylerinin kendisi yüzünden boşanma korkusu vb nedenlerden ötürü çoğunlukla gizlenmektedir. Başka bir çalışmada Bagley ve Pritchard (2000) ensest olguların % 82'si kız çocukları % 4'ünü erkek çocukları olduğunu ve % 49'u öz babaları tarafından % 73'ü üvey babaları tarafından tacize uğradıklarını saptamıştır. Adli Tıp Kurumu Çorum Adli Şube Müdürlüğü'nde düzenlenen 1290 adli raporun % 0.85'i çocuk cinsel istismarıdır. Olguların % 63.3'ünün 15 ve 16 yaşlarda olduğu belirlenmiştir (Özer, Bütün, Yücel-Beyaztaş ve Engin, 2007).

Tutuklu/hükümlülerin başlarından geçen ya da tanık oldukları "en travmatik yaşam olayı" dağılımlarına bakıldığında, sırasıyla %44'ü "aldatılma, boşanma, yuvaya bırakılma, anne-babanın ayrılması, üvey anne babayla büyüme, fiziksel bir engele sahip olma" yı, %24' ü "Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü", % 8 'i "Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma" ve diğer % 8 'lik dilim

ise “Tanımadığı biri tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma” yı en travmatik olay olarak belirtmiştir. Katılımcılar arasında başlarından en az geçen travma 1 kişinin belirtmiş olduğu ‘Hayatı tehdit eden bir hastalık’ olarak ifade edilmiştir.

Tutuklu hükümlülerin % 60’ı yaşanan travmatik olaydan ötürü yaşam boyu intihar girişiminde bulunduğunu ifade etmiştir. Dube ve arkadaşlarının(2001) çocukluk çağı kötüye kullanımı ve yaşam boyu intihar riskini incelediklerini çalışmada öz kıyım girişimi ile çocukluk çağı cinsel ve fiziksel kötüye kullanım arasında güçlü bir ilişki bulunmuş ve olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının öz kıyım girişim riskini dramatik bir şekilde arttırdığını belirtmişlerdir. Sayıl ve arkadaşları(2000); anne ya da babanın ölümü, kişiler arası ilişkilerde güçlükler, terk edilme, iş kaybı, reddedilme, mahkûmiyet, ölümcül bir hastalığa yakalanma gibi stres yüklü olayların intiharda önde gelen zorlayıcılar olduğunu belirtmişlerdir. Dilbaz ve Aytakin’in(2003) alkol bağımlılarında intihar düşüncesi, davranışı ve niyeti üzerine yaptığı çalışmada ise çocukluk çağında fiziksel şiddetin, aile geçimsizliğin ve geçim zorluğunun alkol bağımlısı bireylerde intihar riskini arttırdığı ortaya çıkmıştır.

Literatürle uyumlu olan bulgulardan yola çıkarak travmanın, yaşam dinamiklerini derinden etkilediğini ve yaşamsal faaliyetlerini sürdürmekte zorlanan bireyin öz kıyım girişiminde bulunmasında travmanın ciddi bir risk faktörü olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca araştırmada alkol/madde kullanımının yaşanan travmayla baş etme yöntemi olarak sürdürüldüğü ve bazı danışanlarda intihar girişiminin yüksek dozlarda alınan maddeyle gerçekleştiği gözlemlendi.

5.4. Tutuklu/hükümlülerin Travma Sonrası Olumsuz Bilişlerine Ait Bulguların Tartışılması

Tutuklu/hükümlüleri en çok etkileyen travmatik olay sonrası geliştirdikleri bilişleri ölçmek için Travma Sonrası Bilişler ölçeği uygulandı. Ölçekten 412 ile yüksek puan alan 25 kişilik örnekleme tutuklu/hükümlülerin travma sonrası kendisine ve dünyaya yönelik olumsuz bilişleri olduğu saptandı. Foa ve arkadaşlarının(1999) geliştirdiği Travma Sonrası Bilişler Ölçeğinden alınan yüksek puanlar travmatik yaşantıya dair hatalı bilişlerin

yoğunluğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 36-252 arasındadır. Ayrıca ölçek TSSB olgularını ayırt etmede ve hatalı bilişlerin belirlenmesinde kullanılabilirliktedir.

Tutuklu/hükümlüler arasında en yüksek Olumsuz Bilişler Alt Ölçek Toplam puanlarına incelendiğinde katılımcıların 154 toplam puanı ile **Dünyayla ilgili Olumsuz Bilişleri** olduğu saptandı. Bu bilişler ‘İnsanlara güven duyulamayacağı, kimden zarar geleceği bilinemeyeceği, çok dikkatli olunması gerektiği, dünyanın tehlikeli bir yer olduğuna dair bilişleri kapsamaktadır. Tutuklu/hükümlülerin ikinci olarak travma sonrası geliştirdikleri olumsuz bilişleri 144 toplam puanı ile **Kişinin Kendisine Yönelik Olumsuz** bilişler olarak saptandı.. Bu bilişler ‘Güçsüz biriyim, kendime güvenemiyorum, öfkemi kontrol edemem, yetersizim, değersizim, yalnızım’ gibi benlikle ilgili olumsuz bilişleri ifade etmektedir. Tutuklu/hükümlülerin üçüncü olarak travma sonrası geliştirdikleri olumsuz bilişleri **Kendini Suçlamaya yönelik Olumsuz Bilişler** olarak saptandı. Özellikle cinsel travmaya maruz kalanlarda kendini suçlama eğiliminin diğer travmaya maruz kalanlardan daha fazla olduğu bilinmektedir.

Dunmore ve arkadaşlarının (1999) yapmış olduğu çalışmada TSSB’si olan travma mağdurlarında TSSB’si olmayan mağdurlara göre kendine, diğer insanlara ve dünyaya ilişkin olumsuz inançlarda genel bir artış olduğu gözlenmiştir. Bizim araştırmamızda örneklemin% 80’inde TSSB’ varlığı ve katılımcıların dünyaya, kendilerine yönelik olumsuz bilişlerinin yüksek oluşu literatürle uyumludur.

Russel ve arkadaşlarının(2004) travma mağdurlarıyla; TSSB belirtileri ile travma sonrası bilişlerin sosyotropi ve otonomi ile ilişkisine bakılan ve Travma Sonrası Bilişler Ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmada, TSSB belirtileri ile kişinin kendisine ve dünyaya ilişkin olumsuz inançları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

5.5. Tutuklu/Hükümlülerin Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçek ve Alt Boyut Puanlarına Ait Bulguların Tartışılması

Tutuklu/hükümlülerin Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği Toplam Puan ortalaması ($x=30,00$, ss.7.37 min-max: 0-51,) olarak saptandı. Travma sonrası Stres Belirtileri Kaçınma Alt Boyutu Puanları ortalaması ($x=9.04$, ss.2,77), Travma sonrası Stres Belirtileri Yeniden Yaşama Alt Boyutu Puanları ortalaması ($x=9.20$, ss.2.62), Travma sonrası Stres Belirtileri Aşırı Uyarılmışlık Alt Boyutu Puanları ortalaması ($x= 11,76$, ss.4.39) olarak bulunmuştur. Tutuklu Hükümlüler arasında en yüksek ortalamaya sahip travma sonrası stres tepkisi Aşırı Uyarılmışlık tepkileri olarak saptanmıştır.

Tutuklu/hükümlüler arasında travma sonrası stres tepki düzeyleri incelendiğinde katılımcıların % 72'si orta-ağır düzeyde stres tepkisi, % 20 'si ağır düzeyde stres tepkisi ve % 4 ü ise orta ve hafif düzeyde stres tepkisi göstermiştir. Bu bulgular benzer diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında; Dürü (2006) farklı tür travmatik deneyimleri ele aldığı çalışmasında travma sonrası büyüme toplam puan ortalamasını 58.04 (ss.22.63, max:105) ve travma sonrası stres belirtileri puan ortalamasını 17.35 (ss.11.33, min-max: 0-51) olarak bulmuştur. Van depremini yaşayan 1059 Üniversite öğrencisinin Travma Sonrası Stres, Travma Sonrası Büyüme ve Umutsuzluk Düzeylerinin incelendiği bir çalışmada travma sonrası stres puan ortalaması 23,12, standart sapması 15,03 olarak hesaplanmıştır(Kardaş ve Tanhan, 2017).

Yılmaz (2006)'ın arama kurtarma çalışanlarında yaptığı çalışmada travma sonrası gelişim ortalamasını 47.35 (ss.23.72, min-max: 0-105), travma sonrası stres belirtileri ortalamasını da 62.45 (ss.23.92, min-max: 36-144) olarak bulmuştur. Birol (2004), motorlu taşıt kazası geçirmiş kişilerde Olayın Etkisi Ölçeği'ni kullandığı çalışmasında yeniden yaşama belirti düzeyi puan ortalamasını 1.97 (ss.70), kaçınma belirti düzeyi puan ortalamasını 2.08 (ss.56), genel stres düzeyi ortalamasını 2.16 (ss.54) bulmuştur. 1999 Marmara depremini yaşayan öğretmenlerle yapılan bir araştırmada (Şahin, Batıgün ve

Yılmaz, 2001), travma sonrası stres belirtileri ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ($x=137.00$; $SS=32.06$) olarak bulunmuştur.

Bayraktar (2011)'in trafik kazası geçirmiş kişilerde travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası gelişim ile ilişkili değişkenleri incelediği çalışmada Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği toplam puanları ortalaması ($X=14.13$, ss.11,31), Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği Kaçınma Alt Boyutu puanları ortalaması ($X=3.40$, ss.3.40), Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği Yeniden Yaşama Alt Boyutu puanları ortalaması ($X=4.66$, ss.3.90), Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği Aşırı Uyarılmışlık Alt Boyutu puanları ortalaması ($X=6.06$, ss.5.56) olarak bulunmuştur.

Mevcut çalışmalar değerlendirildiğinde bizim örneklemin travma sonrası stres belirtileri toplam puanı ve stres düzeyi ortalamasının üzerinde olarak saptanmıştır. Örneklem seçiminde tek tip travmanın belirlenmemesi, tutuklu/hükümlülerin ortalama 4 travmaya maruz kalmış olması, seçilen örneklem profili, bağımlı bireyin ceza infaz kurumuna gelmesiyle maddeye ulaşamaması ve dolayısıyla travma ve stres belirtileriyle yeniden yüzleşmesi ve son olarak örneklemin ceza infaz kurumu gibi yalıtılmış bir ortamda gerçekleşmesinden kaynaklı travma sonrası stres belirti ve düzeyinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

5.6. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Alkol/madde Kullanımına Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan 20(% 80) tutuklu/hükümlüde TSSB gözlenirken 5 kişide (% 20) TSSB gözlenmemiştir. Jacobsen ve arkadaşlarının(2001) yapmış olduğu çalışmada Alkol kullanım bozukluğu ve diğer madde kullanım bozukluklarının TSSB olan hastalarda daha sık görüldüğü ve TSSB ve alkol madde kullanım bozukluğu olan bireyler arasında hangi rahatsızlığın daha önce başladığını inceleyen çalışmalarda TSSB'nin çoğu zaman ilk olarak başladığı saptanmıştır.

TSSB ve alkol/madde kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran mevcut literatür tarandığında; TSSB ve madde kullanım bozuklukları arasındaki ilişki ilk olarak Vietnam gazileriyle yapılan çalışmada ortaya çıkmıştır (Mcfall ve ark. 1992). Dragon ve Lis-Turlejska (2007), alkol bağımlılığı ile TSSB arasındaki ilişkiyi araştırmış ve alkol bağımlılığı olan hastalarda şimdiki TSSB prevalansını %25 olarak saptamışlardır. Kessler ve arkadaşları (1995) yaptıkları epidemiyolojik bir çalışmada, TSSB olan olguların alkol/madde kullanım bozukluğu geliştirme olasılıklarının, TSSB olmayanlara göre 2 ila 3 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Evren ve arkadaşları (2006)'nın, yatarak tedavi gören alkol bağımlılığı tanısı almış erkek hastalar ile yaptıkları bir çalışmada, yaşam boyu TSSB oranını %26.8 olarak saptamışlardır. Dom ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada ise, 119 alkol kullanım bozukluğu olan hastanın 97'sinde geçmişe ait travma öyküsü olduğu belirtilmiştir.

Najavits ve arkadaşları(1998) ayaktan ya da yatarak tedavi gören alkol/madde bağımlılarında saptanan yaşam boyu TSSB oranı %30 ila %60 arasında, şimdiki TSSB oranı ise %20 ila %60 arasında değiştiğini belirtmişlerdir. Deykin ve Buka(1997)'nin alkol dışında ki maddelere bağımlı olan ergenlerle yaptığı bir çalışmada ise saptanan yaşam boyu TSSB oranı genel toplumda ergenler için bildirilen oranlara göre 5 kat daha fazla bulunmuştur.

Karabağ savaşına katılan 204 Azeri asker arasında çatışma sonrası TSSB ile alkol kullanımı bozuklukları arasındaki ilişkilerin incelendiği bir araştırmada TSSB olgularının %43.49'unda (n=20), kontrol grubunun ise %13.63'ünde (n=12) alkol kullanım bozukluğu (Alkol bağımlılığı veya alkol kötüye kullanımı) saptanmıştır. TSSB olgularında alkol kullanım bozukluğu birlikteliği daha yüksek olup, oranlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=14.8$ $p<0.001$) (S.Mehdiyev E. ve ark., 2009). Kural (2006)'ın 132 alkol/madde bağımlısıyla gerçekleştirdiği çalışmada, TSSB tanısı alanlarla almayanlar karşılaştırılmış ve TSSB tanısı olan grupta olmayanlara göre çocukluk ağı travma öyküsünün daha fazla olduğu gözlenmiştir.

5.7. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Belirtileri ile Şiddetli Alkol/Madde Kullanma İsteği Korelasyonunun Toplam Puanlar Bazında Tartışılması

Araştırmamızda yapılan korelasyon analizi sonucunda travma sonrası stres belirtileri ile alkol/madde kullanma isteği arasında güçlü pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r= 0.625$, $p<0.01$). Bu tablodan tutuklu/hükümlülerin travma sonrası stres tepkileri arttıkça alkol/madde kullanma isteğinde de ciddi bir artış olacağını söyleyebiliriz. Bu hipotezi doğrulayan literatür tarandığında yerel bazda yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanılmamış olup; Lopez-Castro ve arkadaşları(2015)'nin eşzamanlı TSSB ve madde kötüye kullanımı tanısı olan kişilerle yapmış oldukları çalışmada TSSB semptomlarının madde kötüye kullanımını şiddetlendirdiğini ve yüksek oranda relapsa neden olduğu saptanmıştır. Son uzunlamasına ve prospektif çalışmalar, travmanın travmatik semptomlara yanıt olarak kendi kendine ilaçlamada sıklıkla kullanılan hipotezine daha fazla destek sağlayan madde kötüye kullanımı sorunlarına öncülük etme konusunda güçlü kanıtlar sağlamıştır(Hien ve ark., 2015). Haller ve Chassin(2014) travma mağdurlarının kendi kendine ilaç yolu hipotezi ile, travma sonrası semptomları yönetmek için madde kullandıklarını ve bu durumun da madde kullanım bozukluklarını geliştirme riskine neden olduğunu belirtmişlerdir.

Khoury L. ve arkadaşlarının(2010) 587 kişi ile yaptığı bir araştırmada çocukluk çağı, madde kullanımı ve TSSB semptomları arasındaki ilişki incelenmiş ve araştırmalar bulgularında erken travmatik yaşantı, kendi kendine tedavi etme ya da düzensiz biyolojik stres yanıtı ile ilişkili duygu durum belirtilerini azaltma girişimleri nedeniyle madde kullanım bozukluklarının (SUD'lar) riskini artırabileceği ve madde kullanımı, özellikle kokain düzeyi, çocukluk çağı fiziksel, cinsel ve duygusal istismar düzeylerinin yanı sıra mevcut TSSB belirtileri ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır.

5.8. Katılımcıların Travma Sonrası Olumsuz Bilişler ile Şiddetli Alkol/Madde Kullanma İsteği Korelasyonunun Toplam Puanları Bazında Tartışılması

Yapılan Korelasyon analizi sonucunda Travma Sonrası Bilişler toplam puanı ile Şiddetli Alkol/Madde kullanma isteği toplam puanı arasında güçlü pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. ($r= 0.713$, $p<0.01$). Bu tablodan yola çıkarak tutuklu/hükümlülerde travma sonrası olumsuz bilişler arttıkça alkol/madde kullanma isteğinde de bir artış olacağını söyleyebiliriz. Literatür incelendiğinde madde kullanımı olan bireylerin, travma sonrası olumsuz bilişlerini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Literatür çoğunlukla TSSB belirtileriyle şemaların ilişkisini inceleyen araştırmalar üzerin yoğunlaşmıştır.

Young ve arkadaşları (2003), çeşitli Eksen I ve Eksen II bozukluklarının altında benlik temsillerini ve diğerlerine ilişkin temsilleri içeren erken dönem uyumsuz şemaların yattığını öne sürmektedir. Ball (1998)'un, şemaların klinik problemlerin gelişiminde altta yatan faktör olduğunu belirterek erken dönem uyumsuz şemalar ile madde bağımlılığının ilgili olduğunu ileri sürmesinden bu yana, madde bağımlılığı veya kötüye kullanımı ile erken dönem uyumsuz şemalar ilişkisi birçok çalışmayla gösterilmeye çalışılmıştır. Roper ve arkadaşlarının (2010) alkol bağımlıları ile gerçekleştirdiği bir çalışmada kendini feda, yüksek standartlar / aşırı eleştiricilik ve hak görme şema boyutları dışında diğer tüm şemalarda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek puanlar elde edilmiştir.

TSSB'ye komorbid madde kötüye kullanımı olan ve sadece TSSB olan iki grup kadın travma mağdurunun karşılaştırıldığı çalışmada her iki tanı grubunda da mağdurların yüksek düzeylerde bilişsel çarpıtmalarının olduğu bulunmuştur (Najavits ve ark, 2004). Amatem kliniğinde yatan 61 Madde bağımlısı olan ve olmayan benzer iki grubun erken dönem uyum bozucu şemaların incelendiği bir araştırmada, karşılaştırma grubuna kıyasla terk edilme, başarısızlık, kusurluluk, karamsarlık, bağımlılık, sosyal izolasyon/güvensizlik, dayanıksızlık ve cezalandırılma şema boyutlarında daha yüksek puanlar almışlardır (Alevsacılar S. ve Tosun A. 2017).

Madde bağımlılığı tedavisinde eşzamanlı olarak erken dönem uyumsuz şemaların üzerinde durulmasının tedavi sonucunu olumlu yönde etkileyeceği belirtilmiştir (Ball,2007).

5.9. Katılımcıların Travma Sonrası Stres Belirtileri ile Travma Sonrası Olumsuz Bilişler Korelasyonunun Toplam Puanlar Bazında Tartışılması

Travma Sonrası stres Belirtileri ile Travma Sonrası Olumsuz Bilişler arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi yapılan korelasyon analizi ile literatürle uyumlu olarak anlamlı bulunmuştur. Tutuklu/hükümlülerin Travma Sonrası Stres Belirtileri toplam puanı ile Travma Sonrası Olumsuz Bilişler Toplam puanı arasında ($r=0.627$, $p<0.01$) güçlü pozitif ve doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır. İlgili literatür incelendiğinde;

Solomon ve arkadaşları (1997) tren-otobüs kazasından kurtulan gençlerin bilişlerini incelediği çalışmada; travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ile dünyanın ve insanların iyiliği, şans ve kendilik değerlerine dair olumsuz bilişler arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Yine Foa ve arkadaşlarının (1999) TSSB’si bulunan ve bulunmayan kişilerde temel varsayımlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada; travma sonrası stres belirtisi gösterenlerde daha olumsuz varsayımların bulunduğunu tespit etmişlerdir.

Yerel bir çalışmada TSSB belirtisi olan alkol ve/veya madde bağımlısı bireylerin, TSSB belirtisi olmayan alkol ve/veya madde bağımlısı bireylere göre erken dönem uyumsuz şemalardan aldıkları puanlar anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur. (Erdoğan Z., 2014). Epstein (1991), kişinin normal şartlarda dünyanın olumlu olduğu, dünyanın anlamlı olduğu, kişinin değerli olduğu ve insanların güvenilir olduğu şeklinde var olan dört ana inancının travmatik yaşantı sonrasında değişime uğradığını öne sürmüştür. Fairbrother ve Rachman (2006)’ın TSSB belirtileri ile travmayı değerlendirme biçiminin TSSB ile ilişkisini araştırdığı bir çalışmada; tecavüz mağduru 50 kadının kendilerini, dünya ve geleceğe dair değerlendirme biçimleri arasında anlamlı fark

bulunmuştur. Mağdurların olayı ve yarattığı sonuçları olumsuz olarak değerlendirmesi TSSB belirtileri ile güçlü ve pozitif yönde bir ilişki göstermiştir.

Halligan ve arkadaşlarının(2003) tecavüz mağdurları ile yaptığı biri kesitsel, biri prospektif iki çalışmada dezorganize travmatik anıların, olay sırasındaki bilişsel işlemenin, mevcut disosyasyonun ve travmaya ilişkin anıların olumsuz yorumlanmasının TSSB'nin gelişmesindeki rolü incelenmiştir. İki çalışmada da travma sırasındaki bilişsel işlemenin, dezorganize anılar ve TSSB'nin gelişimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yetkiner(2010)'in üniversite öğrencileri örnekleminde Travma Sonrası Bilişler Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini incelediği çalışmada TSSB olan 52 kişinin Travma Sonrası Olumsuz Bilişler ortalama puanı TSSB 'si olmayan gruptan daha fazla olarak bulunmuştur.

TSBÖ ölçeğinin kullanıldığı bir araştırmada 853 üniversitesi öğrencisinin TSSB belirtilerinde cinsiyet, travmayla ilgili bilişler ve olumsuz duygulanımın etkisi incelenmek istenmiştir. Araştırma sonucunda TSSB şiddeti ile olumsuz bilişler arasında güçlü ilişki tespit edilmiştir (Moser ve ark. 2007).

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

Bu araştırmada elde eden bulgular değerlendirildiğinde araştırma soruları başta olmak üzere diğer sonuçlar özetle aşağıdaki gibi bulunmuştur.

- 1- Araştırmada travma sonrası stres belirtileri ile şiddetli alkol/madde kullanma isteği arasında pozitif güçlü bir ilişki saptanmıştır.
- 2- Araştırmada travma sonrası olumsuz bilişler ile şiddetli alkol/madde kullanma isteği arasında güçlü pozitif ve doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır.
- 3- Araştırmada Travma sonrası stres belirtileri ile Travma sonrası olumsuz bilişler arasında güçlü pozitif ve doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır.
- 4- Çalışmada katılımcılar arasında TSSB oranı % 80 olarak saptanmıştır.
- 5- Tutuklu/hükümlülerin % 72'si ise orta-ağır düzeyde stres tepkisi göstermektedir.
- 6- Tutuklu/hükümlülerin kendisine ve dünyaya yönelik yüksek düzeyde olumsuz bilişleri olduğu saptanmıştır.
- 7- Çalışmaya katılan 25 tutuklu/hükümlü ortalama 4 travmatik olaya maruz kalmıştır.
- 8- Tutuklu/hükümlülerin en sık kullandıkları madde türü esrar ve bonzai olarak saptanmıştır.
- 9- Katılımcıların tamamı alkol/madde kullanımının en önemli gerekçesini yaşanan travmatik olay olarak belirtmişlerdir.
- 10- Katılımcıların % 80'ni maddeye ulaşmak için yasal olmayan bir eylemde bulunmuştur.

Sonuç olarak çalışmaya katılan tutuklu/hükümlülerin travma sonrası stres, travma sonrası olumsuz bilişleri ve alkol/madde kullanma isteği arasında pozitif ve güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu bulgulardan yola çıkararak travma sonrası stres ve buna bağlı olumsuz bilişler arttıkça kişideki alkol/madde kullanma isteğinin artacağı veya tam tersi travma sonrası stres ve olumsuz bilişler azaldıkça kişideki alkol madde kullanma isteğinin de azalacağı sonucuna ulaşılmıştır.

ÖNERİLER

- 1- Literatürde alkol/madde kullanımı olan bireylerde özellikle çocukluk çağı travmaları ve TSSB 'nin varlığını inceleyen birçok çalışma olmasına rağmen doğrudan travma sonrası stres belirtileri ile alkol/madde kullanım isteği arasındaki ilişkiyi irdeleyen yerel herhangi bir çalışmaya ve ölçüğe rastlanılmamıştır. Çalışmamızda olduğu gibi arasında güçlü bir ilişki bulunan TSSB semptomları ile madde kullanma isteğini incelemeye yönelik akademik çalışmalar arttırılabilir.
- 2- Travmaya bağlı alkol/madde kullanımı olan bağımlı bireylerde, travma sonrası stres belirtileri ve olumsuz bilişlerin iyileştirilmesiyle madde kullanım semptomlarının da iyileşebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle etkisi kanıtlanmış ve kısa süreli terapiler olarak bilinen EMDR Terapisinin travmaya bağlı madde kullanımı olan bireylerin tedavisinde etkili olacağı düşünülmektedir
- 3- Ülkemizdeki madde kullanımına bağlı suç (hakkında denetimli serbestlik kararı verilenler dahil) oranları ve cezaevinde tutuklu/hükümlü bulunan bağımlı popülasyonu düşünüldüğünde, ceza infaz kurumları avantaja çevrilerek bağımlılık tedavisi için tam donanımlı alternatif bir merkez haline getirilebilir. Bağımlı bireyin rehabilitasyonu sağlanarak suç oranları azaltılabilir.
- 4- Travma sonrası stres bozukluğu ve alkol/madde kullanımının bir arada görüldüğü bağımlı profillerinde travma odaklı tedavinin bağımlılık tedavisine entegre edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.
- 5- Örneklem sayısının arttırıldığı ve kadınlarında dahil edildiği benzer çalışmanın diğer ceza infaz kurumları veya bağımlılık merkezlerinde de yapılması ve sonuçlarının karşılaştırılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- AKÇAY BD, ÖZGEN F, ERDEM M, BALIKCI A, ÖZNUR T (2013). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Uyku. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* ; 5(4):441-460
- AKER T (2012). Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım, Ankara.
- ALEVSAÇANLAR S, TOSUN A(2017). Madde Bağımlılarında Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışları:Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme ,Güncel Bağımlılık Araştırmaları Dergisi.
- ALİKAŞİFOĞLU M(2005). Madde Kullanımı Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler, Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No: 43 ; s. 73-83
- APA (1980).American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III. Washington, DC.(3.edition)
- APA (1994). Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal elkitabı (Dördüncü baskı). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC'den çeviren Köroğlu, E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- APA (2007). Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı, Dördüncü baskı, Yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV-TR). (Çev. Ed. E. Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- APA (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.). (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- BALTAŞ Z (2000). Sağlık ve Hastalık Anlayışları. Sağlık Psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitapevi
- BALTAŞ Z ve OKSAY R (1999). Kronik Stres Vücudu Yıpratıyor. Cumhuriyet Bilim Teknik Dergisi. 661, 9.
- BAYRAKTAR S (2001). Trafik Kazası Geçirmiş Kişilerde Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Gelişim İle İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi, Doktora Tezi, İstanbul
- BAGLEY C., & PRITCHARD C (2000). Criminality and violence in intra and extra-familial child sex abusers in a 2-year cohort of convicted perpetrators. Child Abuse Review, 9, 264-274. „Lifetime police records, of the criminality of convicted child sex abusers'.
- BALL S. A (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. Journal of Personality Disorders, 21, 305–321
- BAŞKURT İ (2003). Gençlik, Madde Bağımlılığı ve Korunma Yolları (Psiko-sosyal bir yaklaşım), LÜ. İlahiyat Fakültesi Dergisi Sayı: 8.
- BAYRAKTAR S (2011). Trafik Kazası Geçirmiş Kişilerde Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Gelişim İle İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi, Doktora Tezi, İstanbul
- BAYRAKTAR S (2012). Psikolojik travma. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 202.
- BECK A. T (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. London: Staples Press.
- BECK A. T (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. International Universities Press. New York.

- BENNETT T, HOLLOWAY K, FARRINTON D (2008). The Statistical Association Between Drug Misuse and Crime: A meta-analysis. *Aggress Violent Behav.* 13(2):107–18.
- BERGNER R. M (2009). Trauma, Exposure, and World Reconstruction. *American Journal of Psychotherapy*, 63(3), 267-269.
- BISSON, J. & ANDREW, M. (2007). Psychological Treatment Of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Review*, 18(3), CD003388.
- BRAHAM, J. B. (2002). Stres Yönetimi: Ateş Altında Sakin Kalabilmek. (Çev.:Vedat G. Diker). İstanbul: Hayat.
- BRESLAU N. DAVIS GC. (1992) Posttraumatic Stress Disorder an Urban Population Of Young Adults:Risk factors for chronicity. *Am J Psychiatry*, 149:671-675.
- BREWIN, C. R., ANDREWS, B., & VALENTINE, J. D. (2000). Meta-Analysis Of Risk Factors For Posttraumatic Stress Disorder In Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- COX, T. (1991). *Organizational Health. Culture Stres And Stres Menagement. Work And Stress.* London.
- CÜCELOĞLU D (2000). İnsan ve Davranışı. (10. Basım). İstanbul: Remzi
- ÇAKMAK D., & EVREN C (2006). *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları.* istanbul :Özgül Matbaacılık.
- ÇOBAN A(2017). Travma ve Bağımlılık 53. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bursa,Powepoint Sunusu
- DALBUDAK E, EVREN C,ÇETİN T, DURKAYA M, ÇETİN R (2010). Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi;23:1-12

- DEPAR, (2017), Ceza İnfaz Kurumlarında İnfaz Hizmetlerinin İyileştirilmesi için Teknik Destek Projesi, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Müdahale Programı Çalışma El Kitabı.

- DIGRANDE L, PERRIN MA, THORPE LE, et al (2008). Posttraumatic stress symptoms, PTSD, and risk factors among lower Manhattan residents 2-3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks. J Traumatic Stress ;21(3):264-73.

- DİLBAZ N , AYTEKİN Y (2003). Alkol Bağımlılarında İntihar Düşüncesi, Davranışı ve Niyeti, Bağımlılık Dergisi ; 4:1-9

- DUBE SR, ANDA RF, FELITTI VJ ve at al (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. JAMA, 286:3089-3096.

- DUNMORE E., CLARK D, & EHLERS A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. Behaviour Research and Therapy, 37, 809-829.

- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (2014). Child maltreatment ("child abuse"). Erişim: [http://search.who.int/search?q=child+abuse&ie=utf8&site=who&client=_en_r&proxystylesheet=_en_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8&tfields=doctype].

-DÜRÜ Ç. (2006). Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- EPSTEIN S (1991). Impulse control and self- destructive behavior. Self-regulatory behavior and risk-taking: causes and consequences. ed. . Lipsitt, L.P v& Mitnick L.L. 273-284. Ablex Publishing Corporation. New Jersey.

- ERDOĞAN Z (2014). Alkol ve/veya Madde Bağımlılıklarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri, Bilişsel Şemalar, Duygu Düzenleme ve Anksiyete Duyarlılığı İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir

- EHLERS A., & CLARK D.M. (2000). A Cognitive Model Of Post Traumatic Stres Disorder. Behaviour Research and Therapy, 38, 319-345.

- ENGHDAL B , DIKEL T.N., EBERLY R., ve diğ. (1998). Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. The American Journal of Psychiatry. 155(12): 1740-1745.

- ERDOĞAN Ş (1999). İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış. İstanbul: Avcıol Basım Yayın.

- FELLITI V.J at al (1998) Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study American Journal of Preventive Medicine, Volume 14, Number4

- FOA E.B, JAYCOX L.H. (1999). Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stres disorder. Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy: clinical practice. ed. Spiegel, D. 45, 23-61. American Psychiatric Association. WashingtonDC.

- FOA EB (2000) Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry, 61:43-51

- FOA, E.B., EHLERS A., CLARK, D.M., TOLİN D.F., & ORSILLO, S.M. (1999). The Posttraumatic Cognitions İnventory (PTCI): Development and validation. Psychological Assesment, 11, 303-314.

- FOY DW, ERİKSSON CB, TRICE GA (2001) Introduction to groupinterventions for trauma survivors. Group Dyn, 5:246

-FOY DW , DONAHOE C.P , CAROLL, E.M , GALLERS J. & RENO R. (1987). Posttraumatic stress disorder. L. Michelson & L.M. Ascher (Eds.), Anxiety and Stress Disorders (pp. 361-378). NewYork: The Guilford Press.

- HAGGARD-GRANN U, HALLQVIST J, LANGSTRÖM N, MÖLLER J. (2006).The role of alcohol and drugs in triggering criminal violence: A case-crossover study. *Addiction.*;101(1):100–8.

-HALLER M., & CHASSIN L (2014). Risk pathways among traumatic stress, posttraumatic stress disorder symptoms, and alcohol and drug problems: A test of four hypotheses.*Psychology of Addictive Behaviors*, 28 (3), 841-851.

-HALLIGAN S.L , MICHAEL T , CLARK D.M., & EHLERS A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: the role of cognitive processing, trauma memory and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 419-431.

- HERMAN J.(2011) Travma ve İyileşme Şiddetin Sonuçları Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre (Tosun T, çev.). 2. Baskı, İstanbul: Literatür Yayınları 2011, s. 67-125, 175-255

- HIEN D., JIANG H, CAMPBELL A, HU M , MIELE G., COHEN L,NUNES E (2010). Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's clinical trials network. *American Journal of Psychiatry*, 167 (1), 95-101.

- JANOFF-BULMAN R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. Ed. C. R. Figley. *Trauma and its wake* (15-36). Library of Congress Cataloging In Publication Data.

-JACOBSEN L. K , SOUTHWICK S. M. KOSTEN TR. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1184-1190.

-JESTER J., STEINBERG D , HEITZEG M., & ZUCKER (2015). Coping expectancies, not enhancement expectancies, mediate trauma experience effects on problem alcohol use: A prospective study from early childhood to adolescence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76 (5), 781-789.

- JONES E. (2007). A Paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders* 21: 164-175.

- KARAOĞLU B.A(2016). Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Depresyon Arasındaki İlişkide Ontolojik İyi Oluşun Aracılık Etkisi, Yüksek Lisans Tezi,İstanbul.

- KARAKAYA I, AGAOGLU B, COSKUN B, ve ark(2006). Posttraumatic stress reaction symptoms among Turkish students: assessments one and six months after a terrorist attack in Istanbul. *Hong Kong J Psychiatry* ;16:65- 70.

- KAVAKÇI Ö, DOĞAN O. & KUĞU N. (2010) EMDR (göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme): Psikoterapide farklı bir seçenek. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 195-205.

- KAYA B(2000). Travma sonrası stres bozukluğunda komorbidite. *Psikiyatri Dünyası*;4:37-43

- KAKRAMAN Z.U (2015).Madde Kullanım Suçlarında Denetimli Serbestlik Uygulamasının Etkinliğinin Değerlendirmesi, Uzmanlık Tezi ,İstanbul

- KARDAŞ F, TANHAN F (2018). Van Depremini Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Travma Sonrası Stres, Travma Sonrası Büyüme ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi, *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi (YYU Journal of Education Faculty)*,;15(1):1-36

- KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E, HUGHES M, NELSON CB (1995) Posttraumatic Stress Disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52:1048-1060

- KHANTZIAN E (1997). The Self-Medication Hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry* , 4(5), s. 231-244.

- KHANTZIAN E (2003). The Self-Medication Hypothesis revisited: the dually diagnosed patient. *Primary Psychiatry*, 10(1), s. 47-54.

- KHOURY L. TANG Y , BRADLEY B ,Cubells J.F (2010). Substance use, childhood traumatic experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an urban civilian population, *Depress Anxiety*, Dec; 27(12)

- KÖROĞLU E, GÜLEÇ C.(2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*, HYB Basın Yayın, Ankara : 353-359.

- KÖKNEL Ö (1998). *Bağımlılık, “alkol ve madde bağımlılığı”* istanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

- KÖKSAL E.N. (2016). *Madde Kullanım Sıklığının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Samsun. 30.Luzumlu,

- KÖROĞLU E, GÜLEÇ C. *Psikiyatri Temel Kitabı*, HYB Basın Yayın, Ankara, 2007: 353-359.

-KURAL S(2003) .Uzmanlık Tezi, *Alkol/ Madde Bağımlılarında PTSSB, Çocukluk Çağı Travma Öyküsü Ve II. Eksen Tanılarının Yaygınlığı Ve Aralarındaki İlişki*. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2003.

- LAZARUS R.S, FOLKMAN S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

- LOPEZ-CASTRO T , HU M , PAPINI S, RUGLASS L, & HIEN D, (2015). Pathways to change: Use trajectories following trauma-informed treatment of women with co-

occurring post-traumatic stress disorder and substance use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 34 (1), 242-251.

- MCFALL ME, MACKAY PW, DONOVAN DM(1992). Combat-related posttraumatic stress disorder and severity of substance abuse in Vietnam veterans. *J Stud Alcohol* ; 53: 357-363.

- MCNALLY RJ (2009) Posttraumatic Stress Disorder. In *Oxford Textbook of Psychopathology*, 178-190

- MARMAR C., WEISS D., Metzler, T., Delucchi, K. (1996). Charecteristics of Emergency Services Personnel Related to Peritraumatic Dissociation During Critical Incident Exposure. *American Journal of Psychiatry*, 153: 94-102.

- MCCAULEY K, KERN DE, KOLODNER K, DILL L, SCHROEDER A, DECHANT HK, RYDEN J, DEROGATIS LR, BASS EB (1997). Clinical Characteristics of Women With History of Childhood Abuse, *The Journal of the American Medical Association*, 277, 1362-1368.

- MERTAN A A (2009). Kadın Danışma Merkezlerinde Çalışan Kadınların Ruhsal Travma ve İlişkili Sorunları, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli

- MERRY SN, Andrews LK.Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33-7:939-944

- MEHDİYEV E.S, ÇELİK C, ÖZDEMİR B (2009). Karabağ Savaşı Örnekleminde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Alkol kullanım Bozukları Birlikteliği , *Gülhane Tıp Dergisi*;51:212-215

-MILLER WR, ROLLNICK S (2002). Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior. *What Is Motivational Interviewing?* New York: The Guildford Press;. p.33- 43.

- MOSER J.S , HAJCAK G., SIMONS R.F., & Foa, E.B. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 1039-1049.

- MUTLU D. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Özel Yaşam Alanlarına Yönelik Umut Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

- NAJAVITS L.M , GOTTHARDT S , WEISS R.D , & EPSTEİN M (2004). Cognitive Distortions in the Dual Diagnosis of PTSD and Substance Use Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 159-172.

- NIDA(National Institute On Drug Abuse).2011. Understanding Drug Abuse And Addiction.<https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/understanding.pdf>

- OFLAZ F(2008). Felaketlerin Psikolojik Etkileri ve Hemşirelik Uygulaması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi ; 12(3):70-6.

- OWENS G.P, PIKE J.L.,& CHARD K.M. (2001). Treatment Effects of Cognitive Processing Therapy on Cognitive Distortions of Female Child Sexual Abuse Survivors. *Behaviour Therapy*, 32, 413-424.

- ÖGEL K, GÜNEŞ R, KOÇ C, GÖRÜCÜ S, BAŞABAK A(2015). Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Ölçeğinin Kısa Formunun Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenilirlik Araştırması. *Bağımlılık Dergisi*, 2015, Cilt:16, Sayı:4, s:175-181

- ÖGEL K(2010). Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme, Yeniden Yayınları, İstanbul, 2010 Bölüm IV Madde Kullanımına Eşlik Eden Psikiyatrik Durumlar.

- ÖGEL K ,EVREN C, KARADAĞ F , TAMAR D.G (2012) ,Bağımlılık Profil İndeksinin Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirliliği,Türk Psikiyatri Dergisi;23

- ÖZEN Y(2017). Psikolojik Travmanın İnsanlık Kadar Eski Tarihi.The Journal of Social Science.
- ÖZGEN F ve AYDIN H (1999).Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Klinik Psikiyatri 1,34-41.
- ÖZTÜRK O. & ULUŞAHİN A (2015). Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. Ankara: Psikiyatri Derneği Basımı.
- ÖZER E & BÜTÜN C, & YÜCEL-BEYAZTAŞ F , & ENGİN A (2007). Çorum Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne 2006-2007 Yıllarında Başvuran Cinsel İstismar Mağduru Çocuk Olgularını Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 29 (2), 51.
- ÖZHAN G, BAY Y , İŞGÜZAR M , & KARDEŞ G (2010). Madde Bağımlılığı ile Mücadele Öğretmen Elkitabı . Ankara.
- UZBAY İT(2009). Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 21: 5-15
- UZBAY İT, YÜKSEL N (2003). Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı. Psikofarmakoloji.Yenilenmiş 2. Baskı, s. 485-520, Çizgi Tıp Kitabevi, Ankara, 2003.
- PALMER J A, PALMER LK, WILLIAMSON D(1995). Childhood abuse as a factor in attrition from drug rehabilitation. Psychological Reports; 76: 879–882.
- PERTEV E(2006). A Tipi ve B Tipi Kişilik Özellikleri İle Stres Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- PLATT JJ, HUSBAND SD (1993). An overview of problem-solving and social skills approaches in substance abuse treatment. Psychotherapy, 30: 276-284.

- PRÏEBE G (2009). Adolescents' experiences of sexual abuse : prevalence, abuse characteristics, disclosure, health and ethical aspects. Akademisk avhandling. Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri. Lunds universitet

- RAY SL(2008). Evolution of Posttraumatic Stressdisorder and Future Directions. Archives of Psychiatric Nursing ; 22(4):217–25.

- RIGGS S, ALARÏO AJ, MCHORNEY C (1990) Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. J Pediatr, 116(5): 815-821

- RUSSELL L.K., ROBINSON A.M., & TRACY J.J. (2004). The relationship of sociotropy and autonomy to posttraumatic cognitions and PTSD symptomatology in trauma survivors. Journal of Clinical Psychology, 60(1), 53-63.

- SAYIL I, BERKSUN OE, PALABIYIKOĞLU R ve ark(2000). Kriz ve krize müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No: 6. Ankara: A.ç Yayinevi : 165-193 .

- SELYE H (1997). Stres Without Distress. Teach Yourself Books. London.

- SHAPIRO F (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. 1 st ed. New York: Guilford Press;. p.1-65.

-SHAPIRO F. & MAXFIELD L (2002). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Information Processing in the Treatment of Trauma. Journal of Clinical Psychology, 58, 933–46.

- SOLOMON Z , IANCU I. & TYANO S. (1997). World assumptions following disaster. Journal of Applied Social Psychology, 27, 1785-1798.

- STEWART SH (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: a critical review. Psychol Bull ; 120: 83-112.

- ŞAHİN N.H, BATIGÜN-DURAK A.D., & YILMAZ B (2001). Öğretmenler için psikolojik bilgilendirme ve paylaşım grupları. Milli Eğitim Bakanlığı UNICEF Psikososyal Okul Projesi Değerlendirme Çalışması.
- TANHAN F, MUKBA G(2014). Aile içinde madde bağımlısı olma durumunu yordayan değişkenlerin incelenmesi, Bağımlılık Dergisi, 15; 65-75
- TANIR Y , KILIÇ B.G (2016). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları, Derleme Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics ; 2(3):59-63
- TARHAN N , NURMEDOV S(2011). BAĞIMLILIK , Timaş Yayınları, İstanbul.
- TAŞKENT A.(2010). Alkol ve/veya Madde Bağımlılıkları ile Bağımlılığı olmayan bireylerde savunma mekanizmaları açısından karşılaştırılması ,Çocukluk çağı travmaları, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağımlılık Şiddetinin Savunma Mekanizmaları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi, Yüksek lisans Tezi, İstanbul.
- TCK.(2004). 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu , 12 Ekim tarihli Resmi Gazete.
- TOWNSEND MC (2015). Trauma-and Stressor- Related Disorder. Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice, 8th Edition, Copyright , s.559-578.
- TOK S S T, ÖZYURT B (2015). Üniversite Öğrencilerinde Riskli Alkol Kullanımını Yordayan Faktörler, Yeni Symposium Dergisi, Cilt 53, Sayı 1.
- TURNBULL G (1998). A review of post-traumatic stress disorder. Part 1: historical development and classification, Injury Vol. 29, No.2;87-91
- TÜBİTAK(2017).Türkiye Uyuşturucu Raporu, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Ankara

- TUTAR, Hasan (2000). Kriz ve Stres Ortamında Yönetim, Hayat Yayınları, No: 14, istanbul,
- TÜRK DİL KURUMU(1992) Türkçe Sözlük. C. 2, Ankara.
- YETKİNER DY (2010).Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Türkçe Uyarlama ve Üniversite Öğrencileri Üzerinde Geçerlik Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi.
- YOUNG J (1990).Cognitive therapy for personality disorders: A schema –focused approach. Sarasota, FL. Professional Resource Pres, s.9.
- WALKER, E; MITTAL V and TESSNER K (2008).“Stress And The Hypothalamic Pituitary Adrenal Axis In The Developmental Course Of Schizophrenia”, Annual Review Of Clinical Psychology, V. 4, s.193.
- WALTON MA, CASTRO FG, BARRINGTON EH (1994). The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. Addict Behav; 19:319-331.
- WESTERMEYER J, WAHMANHOLM K, THURAS P(2001). Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. American Journal of Addiction ; 10:101–110.
- WONG CJ, SILVERMAN K (2007). Establishing and Maintaining Job Skills and Professional Behaviors in Chronically Unemployed Drug Abusers. Substance Use & Misuse, 42, 1127-1140.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). World Report on Violence and Health. Geneva:WHO.http://www5.who.int/violence_injury_prevention/download.cfm?id=0000000582
- WORLD DRUG REPORT 2014, United Nations Office on Drugs and Crime, United Nations New York, 2014; 16-39

- WORLD DRUG REPORT(2018) . United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9.
- WOODS SJ, WINEMAN NM (2004). Trauma, Posttraumatic Stres Disorder Symptom Clusters, and Physical Health Symptoms in Postabused Women. Archives of Psychiatric Nursing ;18(1): 26-34.
- YILMAZ B (2006). Arama Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Değişkenler, Yüksek Lisans Tezi,Ankara
- ZİYALAR A. (1999) Sosyal Psikiyatri. istanbul: Yüce Yayınları.

EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI:

Yaşanan Travmatik Olaya Bağlı Alkol/Madde Kullanımı Olan Tutuklu/Hükümlü Bireylerde Travma Sonrası Stres Belirtileri ile Travma Sonrası Bilişlerin İncelenmesi

*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.*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Alkol/Madde kullanımının çok çeşitli nedenleri olmakla birlikte mevcut çalışmalar yaşanan travmatik deneyimlerin madde kullanımını tetiklemede ve sürdürmede önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu çalışma ile kişinin Alkol/Madde kullanma isteğini tetikleyen travma ve stres belirtileri ile travma sonrası meydana gelen olumsuz bilişler araştırılmak istenmektedir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katılmanız halinde öncelikle doldurmanız gereken iki ölçek ve bir form verilecektir. Verilen Ölçekte Yaşamış olduğunuz travmatik olayın etkisini ve Alkol/Madde kullanım isteğini ölçmeye dair sorular bulunmaktadır. Diğer form da ise bağımlı bireyin Alkol/Madde kullanım özellikleri ile travma ilişkisini sorgulayan sorular yer almaktadır.

CALISMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDIR?

Çalışmaya katılmanız durumunda bağımlılık tedavisinde literatüre vermiş olduğunuz veriler ile önemli bir katkı sağlamış olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

İsim, soyisim veya ceza dosyanıza ve mahkemenize dair şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BASVURULACAK KİŞİLER :

1. İrfan ŞİMŞEK

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 ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür 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>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK 2:Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmadan elde edilen bilgiler toplu halde değerlendirilecek ve sadece bilimsel çalışmalarda kullanılacaktır. **İsminiz ve kişisel bilgilerinize dair herhangi bir bilgi belirtmeniz kesinlikle istenmemektedir.**

1.Daha önce Alkol/Madde kullanımını bırakma ya da azaltmak için herhangi bir tedavi girişiminiz oldu mu?

Evet () Hayır ()

2.Alkol/Madde kullanımı veya temini için yasal olmayan herhangi bir eylem ya da girişimde buldunuz mu ? (örneğin hırsızlık, yaralama, gasp vb.)

Evet () Hayır ()

3.Sizce Alkol/Madde kullanımınıza sebep olan en önemli gerekçe nedir?Aşağıda ifade edilen maddelerden size en uygun kutucuğu işaretleyin.

- () Arkadaş çevresi ve kabul görme isteği
- () Aile bireylerinden birinin madde kullanıyor olması
- () Yaşanan Travmatik Olay (deprem,şiddet,kaza,boşanma,kayıp,aldatılma,cinsel taciz vb.)
- () Okul başarısındaki düşüş
- () Fiziksel ve psikolojik rahatsızlık (epilepsi,sosyal fobi,panik atak vb.)
- () Maddenin keyif verici etkisi
- () Merak ve özentisi
- () Diğer

4. Yaşamış olduğunuz travmatik olaydan ötürü intihar girişiminiz oldu mu?

Evet () Hayır ()

5. Cinsiyetiniz? () Erkek () kadın

6. Yaşınız?

7. Eğitim Durumunuz?

Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul mezunu ()

Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite-Yüksek lisans mezunu ()

8. Medeni durumunuz ?

Hiç evlenmemiş () Evli () Boşanmış/Dul ()

9. Cezaevine gelmeden önce düzenli bir işte çalışıyor muydunuz ?

Evet () Hayır ()

EK 3:BAPİ-KISA Form

BAPİ - KISA

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.
Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz **tek bir** sıklıkla işaretleyin.
Son BİR yıl içinde alkol ve madde kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

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

Dikkat!

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

Örneğin...

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

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

- 12 **Kullandığınız [maddenin] miktarı giderek arttı mı?**
① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 13 **Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?**
① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 14 **Planladığınızdan daha fazla [madde] kullandığınız oldu mu?**
Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içtiğin veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullandığın oldu mu?
① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 15 **[Madde] kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?**
① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 16 **Alkol veya uyuşturucu kullanmanız beden veya ruh sağlığınızı olumsuz etkiledi mi? Yani sağlık sorunları yaşadınız mı?**
① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 17 **Alkol veya uyuşturucu kullanmanız ailenle veya arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?**
① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 18 **Alkol veya uyuşturucu kullanmanız eğitim hayatınızı olumsuz etkiledi mi? İş hayatınızı olumsuz etkiledi mi? Ekonomik durumunuzu olumsuz yönde etkiledi mi?**

Ⓐ Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman

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

Ⓐ Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman

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

Ⓐ Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

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

Ⓐ Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman

22 Alkol veya uyuşturucuyu bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor muydunuz?

Ⓐ Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman

EK 4: Travma Sonrası Stres Tarama Ölçeği

TSSTÖ

1. Bölüm

Birçok kişinin başından, hayatının herhangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay geçmiş ya da böyle bir olaya tanık olmuştur. Aşağıda belirtilen olaylar içinde, **başınızdan geçen ya da tanık olduğunuz** olayların hepsini yanındaki kutuyu işaretleyerek belirtiniz, **birden fazla işaretleyebilirsiniz**.

(1)	Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (örneğin, trafik kazası, iş kazası, çiftlik kazası, araba, uçak ya da tekne kazası)	<input type="checkbox"/>
(2)	Doğal afet (örneğin, hortum, kasırga, sel baskını ya da büyük bir deprem)	<input type="checkbox"/>
(3)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)	<input type="checkbox"/>
(4)	Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma gibi)	<input type="checkbox"/>
(5)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)	<input type="checkbox"/>
(6)	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)	<input type="checkbox"/>
(7)	Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	<input type="checkbox"/>
(8)	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas (örneğin, cinsel organlarla, göğüslerle temas gibi)	<input type="checkbox"/>
(9)	Hapsedilme (örneğin, cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma gibi)	<input type="checkbox"/>
(10)	İşkenceye maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(11)	Hayatı tehdit eden bir hastalık	<input type="checkbox"/>
(12)	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	<input type="checkbox"/>
(13)	Bunların dışında bir travmatik olay	<input type="checkbox"/>
(14)	13. Maddeyi işaretlediyseniz aşağıda bu travmatik olayı belirtiniz: _____ _____ _____	

YUKARIDAKİ MADDELERDEN HERHANGİ BİRİNİ İŞARETLEDİYSENİZ, SORULARI YANITLAMAYA DEVAM EDİN.

HİÇBİR MADDEYİ İŞARETLEMEDİYSENİZ, SİZİN İÇİN ÜZÜCÜ VE KORKUTUCU OLMUŞ BİR OLAYI SONRAKİ SAYFADAKİ BÖLÜMÜN SONUNDA BOŞ BIRAKILAN YERDE BELİRTİP, DEVAM EDEN SORULARI BU OLAYI DÜŞÜNEREK YANITLAYIN.

2. Bölüm

(15) 1. Bölümde **birden fazla** sayıda travmatik olay işaretlediyseniz, **canınızı en çok sıkan, sizi en rahatsız eden** olayın yanındaki kutuyu işaretleyiniz. Eğer, 1. Bölümde **yalnızca bir** travmatik olayı işaretlediyseniz, aşağıda da aynı olayı işaretleyiniz.

(a)	Kaza (araba ya da iş kazası, gibi)	<input type="checkbox"/>
(b)	Doğal afet	<input type="checkbox"/>
(c)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(d)	Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(e)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(f)	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(g)	Savaş	<input type="checkbox"/>
(h)	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	<input type="checkbox"/>
(i)	Hapsedilme	<input type="checkbox"/>
(j)	İşkenceye maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(k)	Hayatı tehdit eden bir hastalık	<input type="checkbox"/>
(l)	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	<input type="checkbox"/>
(m)	Bunların dışında bir olay	<input type="checkbox"/>
(n)	Aşağıda boş bırakılan yerde yukarıda işaretlemiş olduğunuz travmatik olayı kısaca anlatınız. _____ _____ _____ _____ _____ _____	

Anlattığınız bu olay hakkında aşağıda birkaç soru verilmiştir. Bu soruları yanıtlayınız:

(16) Bu travmatik olay **ne kadar zaman önce** meydana geldi? (YALNIZCA BİR TANESİNİ daire içine alınız)

(a)	1 aydan daha az
(b)	1-3 ay arası
(c)	3-6 ay arası
(d)	6 ay – 3 yıl arası
(e)	3-5 yıl arası
(f)	5 yıldan daha fazla

Aşağıdaki sorularda, Evet için E harfini Hayır için H harfini daire içine alınız.

Bu travmatik olay sırasında:

(17)	Fiziksel bir yara aldınız mı?	E	H
(18)	Başka bir kişi fiziksel bir yara aldı mı?	E	H
(19)	Hayatınızın tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	E	H
(20)	Başka bir kişinin hayatının tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	E	H
(21)	Kendimizi çaresiz hissettiniz mi?	E	H
(22)	Büyük bir korku duygusu yaşadınız mı?	E	H

3. Bölüm

Aşağıda, insanların bazen bir travmatik olayın ardından yaşadığı bazı sorunlar belirtilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyun ve **GEÇTİĞİMİZ AY İÇİNDE** bu sorunun sizi ne sıklıkta rahatsız ettiğini en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz sayıyı (0, 1, 2 ya da 3) daire içine alın.

Örneğin, söz ettiğiniz olay geçtiğimiz ay içinde aşağıda verilen sıkıntılar açısından sizi yalnızca bir kez rahatsız ettiyse 0'ı; haftada bir kez rahatsız ettiyse 1 işaretleyin. Aşağıda belirtilen olayla ilgili her sıkıntıyı **15. maddede belirttiğiniz travmatik olay açısından** değerlendiriniz.

- 0 Hiç ya da yalnızca bir kez
- 1 Haftada bir ya da daha az/kısa bir süre
- 2 Haftada 2 – 4 kez / yarım gün
- 3 Haftada 5 ya da daha fazla / neredeyse bütün gün

(23)	Bu travmatik olay hakkında, istemediğiniz halde aklınıza rahatsız edici düşünceler ya da imgelerin gelmesi	0	1	2	3
(24)	Bu travmatik olayla ilgili kötü rüyalar ya da kabuslar görme	0	1	2	3
(25)	Bu travmatik olayı yeniden yaşama, sanki tekrar oluyormuş gibi hissetme ya da öyle davranma	0	1	2	3
(26)	Bu travmatik olayı hatırladığımızda duygusal olarak altüst olduğunuzu hissetme (örneğin, korku, öfke, üzüntü, suçluluk vb. gibi duygular yaşama)	0	1	2	3
(27)	Bu travmatik olayı hatırladığımızda vücudunuzda fiziksel tepkiler meydana gelmesi (örneğin, ter boşalması, kalbin hızlı çarpması)	0	1	2	3
(28)	Bu travmatik olayı düşünmemeye, hakkında konuşmamaya ya da hissetmemeye çalışma	0	1	2	3
(29)	Size bu travmatik olayı hatırlatan etkinliklerden, kişilerden ya da yerlerden kaçınmaya çalışma	0	1	2	3
(30)	Bu travmatik olayın önem taşıyan bir bölümünü hatırlayamama	0	1	2	3
(31)	Önemli etkinliklere çok daha az sıklıkta katılma ya da bu etkinliklere çok daha az ilgi duyma	0	1	2	3
(32)	Çevrenizdeki insanlarla aranızda bir mesafe hissetme ya da onlardan kopduğunuz duygusuna kapılma	0	1	2	3
(33)	Duygusal açıdan kendinizi donuk, uyuşuk hissetme (örneğin, ağlayamama ya da sevecen duygular yaşayamama)	0	1	2	3

(34)	Gelecekle ilgili planlarınızın ya da umutlarınızın gerçekleşmeyeceği duygusuna kapılma (örneğin, bir meslek hayatınızın olmayacağı, evlenmeyeceğiniz, çocuğunuzun olmayacağı ya da ömrünüzün uzun olmayacağı duygusu)	0	1	2	3
(35)	Uykuya dalma ya da uyumada zorluklar yaşama	0	1	2	3
(36)	Çabuk sinirlenme ya da öfke nöbetleri geçirme	0	1	2	3
(37)	Düşüncenizi ya da dikkatinizi belli bir noktada toplamada sıkıntı yaşama (örneğin, bir konuşma sırasında konuyu kaçırma, televizyondaki bir öyküyü takip edememe, okuduğunuz şeyi unutma)	0	1	2	3
(38)	Aşın derecede tetikte olma (örneğin, çevrenizde kimin olduğunu kontrol etme, sırtınız bir kapıya dönük olduğunda rahatsız olma,vb.)	0	1	2	3
(39)	Diken üstünde olma ya da kolayca irkilme (örneğin, birisi peşinizden yürüdüğünde)	0	1	2	3
(40)	Yukarıda belirttiğiniz sorunları ne kadar zamandır yaşıyorsunuz? (YALNIZCA BİR TANESİNİ daire içine alınız) a. Bir aydan daha az b. 1-3 ay arası c. 3 aydan daha fazla				
(41)	Bu sorunlar söz konusu travmatik olaydan ne kadar sonra başladı? (YALNIZCA BİR TANESİNİ daire içine alınız) a. 6 aydan daha az b. 6 ay ya da daha fazla				

4. Bölüm

3. Bölüm'de işaretlediğiniz sorunların **GEÇTİĞİMİZ AY SÜRESİNCE** hayatınızın aşağıda belirtilen alanlarından herhangi birini engelleyip engellemediğini belirtiniz. Evet için E harfini, Hayır için H harfini daire içine alınız.

(42)	İş hayatı	E	H
(43)	Evin günlük işleri	E	H
(44)	Arkadaşlarınızla ilişkiler	E	H
(45)	Eğlence ve boş zamanlardaki etkinlikler	E	H
(46)	Okulla ilgili işler	E	H
(47)	Ailenizle ilişkiler	E	H
(48)	Cinsel yaşam	E	H
(49)	Genel anlamda hayattan memnuniyet	E	H
(50)	Hayatınızın her alanında genel işleyiş düzeyi	E	H

EK 5: Travma Sonrası Bilişler Ölçeği

TSBÖ

Yaşamış olduğunuz ve sizi ruhsal olarak çok etkileyen ve yaralayan bir olaydan (travmatik olay) sonra gelişen düşüncelerinizi öğrenmek istiyoruz. Aşağıda bu düşüncelerinize yakın veya uzak çeşitli örnekler göreceksiniz. Lütfen, her cümleyi dikkatlice okuyun ve her birine ne kadar katılıp katılmadığınızı belirtin. Travmatik olaylara karşı insanlar farklı tepkiler verecekleri için, aşağıda belirtilen cümlelerin doğrusu veya yanlışı yoktur.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Bu olay benim davranışım yüzünden oldu.	1	2	3	4	5	6	7
2. Doğru şeyi yapacağım konusunda kendime güvenemiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
3. Gücsüz biriyim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Öfkemi kontrol edemeyip korkunç bir şey yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
5. En ufak bir hayal kırıklığıyla bile baş edemiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eskiden mutlu bir insandım şimdiyse hep mutsuzum.	1	2	3	4	5	6	7
7. İnsanlara güven olmaz.	1	2	3	4	5	6	7
8. Her zaman tetikte olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
9. İçimde bir şeylerin öldüğünü hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
10. Kimden zarar geleceği hiçbir zaman bilinemez.	1	2	3	4	5	6	7
11. Çok dikkatli olmalıyım çünkü bundan sonra ne olacağı hiç belli olmaz.	1	2	3	4	5	6	7
12. Yetersiz bir insanım.	1	2	3	4	5	6	7
13. Duygularımı kontrol edemeyeceğim ve korkunç bir şey olacak.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eğer olayı düşünürsem, bununla başa çıkamayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
15. Böyle bir insan olduğum için bu olay benim başıma geldi.	1	2	3	4	5	6	7
16. Bu olaydan beri verdiğim tepkiler, benim aklıma kaçırmakta olduğumu gösteriyor.	1	2	3	4	5	6	7

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
17. Bir daha asla normal duygular hissedemeyeceğim.	1	2	3	4	5	6	7
18. Dünya tehlikeli bir yer.	1	2	3	4	5	6	7
19. Bir başkası olsa bu olayın olmasını engelleyebilirdi.	1	2	3	4	5	6	7
20. Kalıcı bir biçimde kötü yönde değiştim.	1	2	3	4	5	6	7
21. Kendimi insan değil, eşya gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
22. Benim yerimde başkası olsa bu duruma düşmezdi.	1	2	3	4	5	6	7
23. İnsanlara güvenemem.	1	2	3	4	5	6	7
24. Kendimi insanlardan kopmuş ve yalnız hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
25. Bir geleceğim kalmadı.	1	2	3	4	5	6	7
26. Kötü şeylerin başıma gelmesini engelleyemem.	1	2	3	4	5	6	7
27. İnsanlar göründükleri gibi değil.	1	2	3	4	5	6	7
28. Yaşadığım olay hayatımı mahvetti.	1	2	3	4	5	6	7
29. Bende yanlış giden bir şeyler var.	1	2	3	4	5	6	7
30. Bu olaydan beri verdiğim tepkiler, benim olayla başa çıkmayı beceremediğimi gösteriyor.	1	2	3	4	5	6	7
31. Bu olayın gerçekleşmesine neden olan, benimle ilgili bir şeyler var.	1	2	3	4	5	6	7
32. Bu olayla ilgili düşüncelerime tahammül edemeyip dağılılabiliyim.	1	2	3	4	5	6	7
33. Artık kendimi tanıyamıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
34. İnsanın başına ne zaman kötü bir şey geleceği asla bilinemez.	1	2	3	4	5	6	7
35. Kendime güvenemiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
36. Bundan sonra başıma iyi bir şey gelemez.	1	2	3	4	5	6	7

EK 6: Öz Geçmiş

ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı :İrfan ŞİMEK

Doğum Yeri ve Tarihi :Diyarbakır, 1988

Yabancı Dili :İngilizce c1

İletişim :irfansimsek06@gmail.com

Eğitim Durumu

Lisans :Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

Yüksek lisans :Üsküdar Üniversitesi / Sosyal Hizmet Bölümü

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl :2012-2014 /Gençlik ve Spor Bakanlığı
2014-.../Metris 2 Nolu Kapalı Cezaevi

Aldığı Eğitimler :Gençlik Liderliği, Aile Eğitim Programı, Bağımlılara Müdahale Programı, SAMBA, Krize Müdahale,Öfke Kontrolü Programı, Çözüm Odaklı Terapi, Motivasyonel Görüşme Teknikleri,Çözüm Odaklı Terapi, EMDR Terapisi I. ve II. Düzey Eğitimi