



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIKLI BİREYLERDE ALKOL MADDE KULLANIMI İLE
ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE STRESLE BAŞA ÇIKMA
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**DÖNDÜ EZGİ EROĞLU
154102007**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yrd. Doç. Dr. Alptekin ÇETİN

İSTANBUL - 2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

SAĞLIKLI BİREYLERDE ALKOL MADDE KULLANIMI İLE
ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE STRESLE BAŞA ÇIKMA
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

DÖNDÜ EZGİ EROĞLU
154102007

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Alptekin ÇETİN
İSTANBUL - 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102017
Öğrenci Adı Soyadı	: DÖNDÜ EZGİ EROĞLU
Anabilim Dalı	: Sosyal Bilimler Enstitüsü – Klinik Psikoloji Anabilimdalı
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Alptekin Çetin
Tezin Başlığı	: Sağlıklı Bireylerde Alkol Madde Kullanımı ile Anksiyete Duyarlılığı ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 20/10/2017	Saati	: 14.45
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUĞU			
<input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi. <input type="radio"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Alptekin Çetin	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Dilek Meltem Taşdemir Eriņç	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Tuğba Arzu Özal İldeniz	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlıklı Bireylerde Alkol Madde Kullanımı İle Anksiyete Duyarlılığı ve Stresle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

Döndü Ezgi EROĞLU

İmza

TEŞEKKÜR

Çalıőmam süresince deneyimini, katkılarını eksik etmeyen, bilgisiyle bana önderlik eden değerli danışman hocam sayın Yrd. Doç. Dr. Alptekin Çetin'e

Hayatımın her alanında sevgilerini, güç ve desteklerini yanımda hissettiğim, varlığıyla bana güç veren, sonsuz bir sabırla hep yanımda olan Özlem Kökten, Ayőe Kökten ve Sinem Kökten'e

8 yıllık dostluğuyla birlikte, tezin tüm aőamalarında yardımını esirgemeyen, fikirlerini, bilgisini benimle paylaşan her sıkıntıya düőtüęümde bana desteğiyle güç veren, sevincimi, üzüntümü paylaşabildiğim, canım dostum, sevgili meslektaőım Cansu İvecen'e

Üzerimde emeği olan, bugünlere gelmemde katkısı bulunan tüm lisans ve yüksek lisans hocalarıma

Bugünlere gelmemde çok büyük emek ve fedakarlıkları olan, hayatım boyunca sevgi ve ilgiyle bana hep destek olan, bana olan inançlarını hiç yitirmeyen, değerli annem ve babama sonsuz teşekkür ediyorum.

(EROĞLU, Döndü Ezgi, Yüksek Lisans, İstanbul, 2017)

Alkol Madde Kullanımı ile Anksiyete Duyarlılığı ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki

ÖZET

Bu araştırmanın temel amacı, herhangi bir bağımlılık tanısı bulunmayan sağlıklı bireylerde anksiyete duyarlılığı ve stresle başa çıkma stratejileri ile alkol madde kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmaya katılan bireylerin stresle başa çıkma stratejileri, anksiyete duyarlılığı ve alkol-madde kullanımı incelenmiştir.

Araştırmanın evrenini 17 yaş ve üzerinde rastgele, seçkisiz olarak 56 erkek, 114 kadın olmak üzere toplamda 170 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada madde kullanımını ölçmek amacıyla Madde Kötüye Kullanım Ölçeği, alkol kullanım bozukluklarını ölçmek amacıyla Michigan Alkolizm Kötüye Kullanım Tarama Testi, stresle başa çıkma stratejilerini ölçmek amacıyla Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve anksiyete duyarlılığını ölçmek amacıyla Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ölçekleri kullanılmıştır.

Araştırmanın sonucunda fiziksel, sosyal ve toplam anksiyete duyarlılığı yaş gruplarına göre anlamlı bir ilişki bulunurken, bilişsel anksiyete ile yaş grubu arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır. Stresle başa çıkma düzeyi yaş gruplarına göre incelendiğinde kendine güvenli yaklaşım, sosyal desteğe başvurma ve boyun eğici yaklaşım alt boyutu ile yaş grubu arasında ilişki bulunmaktayken, iyimser yaklaşım çaresiz yaklaşım ve toplam stres ile yaş grubu arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır. Madde ve alkol kullanımının yaşa göre ilişkisi incelendiğinde, madde kullanımının yaş grubuna göre anlamlı düzeyde bir fark bulunurken, alkol kullanımında anlamlı düzeyde bir fark oluşturmamıştır.

Anksiyete duyarlılığı ile kullanılan madde arasındaki ilişki incelendiğinde; bilişsel ve sosyal anksiyete duyarlılığı kullanılan maddeye göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken, fiziksel ve toplam anksiyete duyarlılığı kullanılan maddeye göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Kullanılan madde ile stresle başa çıkma arasındaki ilişki incelendiğinde; kendine güvenli yaklaşım çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutları kullanılan maddeye göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken, diğer alt boyutlar ve ölçeğin toplamı kullanılan maddeye göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemiştir. Madde ve alkol kullanımı ile kullanılan madde arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Alkol Bozukluğu, Madde Bozukluğu, Stres, Başa Çıkma

(EROĞLU, Döndü Ezgi, Master of Science, İstanbul,2017)

The Relationship Between Alcohol Use and Anxiety Sensitivity and Coping Stress

ABSTRACT

The main purpose of this study was to examine the relationship between anxiety sensitivity and level of stress coping and alcohol use in healthy subjects without any addiction. Stress coping strategies, anxiety sensitivity and alcohol-substance use of the subjects participating in the study were examined.

The universe of the research consisted of 170 persons in total, including 56 males and 114 females randomly over 17 years of age. The Alcohol Abuse Screening Test was used to measure substance use in the study, the Anxiety Sensitivity Index-3 scales were used to measure stress coping styles and anxiety sensitivity in order to measure alcohol abuse screening test and stress coping strategies to measure Alcohol Use Disorders.

There was no significant difference between cognitive anxiety and age group, whereas physical, social and total anxiety sensitivity were found to be statistically significant according to age groups. When the level of coping with stress was examined according to age groups, there was a significant relationship between the self-confident approach, submissive approach and social support sub-dimension and age group, and there was no significant relationship between desperate approach, optimistic approach and total stress and age group. When the relationship between substance and alcohol use was examined according to age, there was a significant difference compared to the age group of substance use, but it did not make any significant difference in alcohol use.

When the relationship between anxiety sensitivity and substance used is examined; However the cognitive and social anxiety sensitivities differ significantly from the substance used, the physical and total anxiety sensitivities do not differ significantly from those used. When the relationship between stress coping and substance-use is

examined; the self-confident approach was significantly different from the helpless approach and submissive approach subscales compared to the item used, while the other subscales and the sum of the scales did not differ significantly from the item used. No significant relationship was found between substance and alcohol use and substance-used.

Key words: Anxiety, Alcohol Disorder, Substance Abuse, Stress, Beginning



İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VII
KISALTMALAR	X
SİMGELER LİSTESİ	X
EKLER LİSTESİ	XI
TABLolar LİSTESİ	XII
1. GİRİŞ	1
1.1 PROBLEM CÜMLESİ	2
1.2 ALT PROBLEMLER.....	2
1.3 HİPOTEZLER	2
1.4 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	3
1.5 ARAŞTIRMANIN SAYINTILARI.....	3
2. LİTERATÜR	4
2.1 BAĞIMLILIK.....	4
2.1.1 Tanımı	4
2.1.2 Bağımlılık Kriterleri.....	5
2.1.3 Alkol Bağımlılığı	5

2.1.4 Madde Bağımlılığı	7
2.1.5 Alkol Madde Kullanım Nedenleri.....	9
2.1.6 Alkol Madde Kullanımının Etkileri	10
2.1.7 Alkol Madde Kullanımının Sıklığı ve Yaygınlığı	16
2.1.8 Madde Kullanım Bozukluklarının Oluşumunu Açıklayan Teoriler	16
2.2 ANKSİYETE	17
2.2.1 Tanımı	17
2.2.2 Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar.....	18
2.2.3 Anksiyetenin Nedenleri.....	19
2.2.4 Anksiyetenin Belirtileri	20
2.2.5 Anksiyetenin Türleri	21
2.2.6 Anksiyete Duyarlılığı	22
2.3 STRES	24
2.3.1 Tanımı	24
2.3.2 Stres Açıklayan Kuramlar	24
2.3.3 Stres Kaynakları	27
2.3.4 Stresin Belirtileri	29
2.3.5 Stresle Başa Çıkma	30
3. YÖNTEM.....	33
3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI.....	33
3.2 ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	33
3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	33
3.3.1 Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT)	33
3.3.2 DAST-10.....	34

3.3.3 Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3).....	34
3.3.4 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	35
3.4 VERİ ANALİZİ YÖNTEMLERİ	35
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA VE YORUM.....	52
5.1 ÖNERİLER.....	54
KAYNAKÇA	56
EKLER.....	60
EK-1	60
EK-2	62
EK-3	63
EK-4	65
EK-5	69

KISALTMALAR

AD: Anksiyete Duyarlılığı

ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

APA : American Psychiatry Association

DAST-10 : Madde Kötüye Kullanım Tarama Testi

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD: International Classification of Diseases

MATT : Michigan Alkolizm Tarama Testi

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

WHO : World Health Organization

SİMGELER LİSTESİ

% : Yüzde

p: Anlamlılık düzeyi

n : Alt grup sayısı

N : Örneklem sayısı

EKLER LİSTESİ

Ek 1: Michigan Alkolizm Tarama Testi

Ek 2: Madde Kötüye Kullanım Tarama Testi (DAST-10)

EK 3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi -3 (ADİ-3)

Ek 4: Özgeçmiş

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Bilgilerinin Dağılımı

Tablo 2: Kullanılan Madde ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

Tablo 3: Kullanılan Madde ve Yaş Arasındaki İlişki

Tablo 4: Anksiyete Duyarlılığının Yaş Gruplarına Göre Değişimi

Tablo 5: Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Değişimi

Tablo 6: Dast-10 ve Matt Ölçeklerinin Yaş Gruplarına Göre Ortalamaları ve Bu Ortalamalar Arasındaki Farkın Anlamlılık Düzeyi

Tablo 7: Katılımcıların MATT, DAST-10, Anksiyete Duyarlılığı ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalamaları

Tablo 8: Toplam Anksiyete Duyarlılığının Kullanılan Maddeye Göre Değişimi

Tablo 9: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Kullanılan Maddeye Göre Değişimi

Tablo 10: Dast-10 ve Matt Ölçeklerinin Kullanılan Madde Türüne Göre Değişimi

Tablo 11: Ölçekler ve Alt Boyutlar Arasındaki İlişkiler

1.GİRİŞ

Anksiyete duyarlılığı, zararlı toplumsal ve/veya fiziksel neticeleri olduğuna inanılan anksiyeteye bağlı olan duyum ve işaretten dolayı meydana gelen “aşırı bir korku” olarak tanımlanmaktadır. ”Korku beklentisi modeli”nin alt yapısını oluşturmaktadır. Bireylerde korku meydana getiren bir vaziyet ya da olaydam kaçınma güdüsünün altında “anksiyete beklentisi” olarak betimlenen durumlar etkendir. “Anksiyete beklentisi” bireyin belli bir durum karşısında kaygı ya da korku yaşayacağına dair beklentisidir. AD ise bireyin kendi yapısında bulunan, devamlılık gösteren esas bir korku olup, çeşitli kaygı bozukluklarına yatkınlık meydana getirdiği ifade edilmiştir (Reiss ve McNally'den akt; Alkın ve ark, 2010).

Kişinin alt yapısında olan ve devamlılık gösteren temel bir korku şeklinde ve çok çeşitli anksiyete bozukluklarına yatkınlığı değerlendirmek üzere kavramsallaştırılmıştır. Anksiyeteye karşı olan duyarlılık anksiyeteyi attıran bir durumdur. Anksiyete duyarlılığı yüksek olan bireyler anksiyeteye maruz kaldıkları zaman hemen korkularına yönelik alarm durumuna geçerler ve bu onların anksiyetesini arttırmaktadır. Bu durum normal popülasyona kıyasla anksiyete duyarlılığı olan bireylerde anksiyete bozukluğuna sahip olma riskini fazlalaştıran bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Anksiyete duyarlılığı insanların sonraki durumlara dair anksiyete belirtileri oluşturma riskini öngörmektedir (Mantar, 2008).

Stres, insanlar üzerinde tesir yapan ve insanların davranışlarını, diğer insanlarla ilişkilerini etkileyen bir kavramdır. Kendiliğinden oluşan bir durum değildir. Her birey içinde ortamdaki değişimlerden, farklılıklardan etkilenir. Fakat bazı insanlar bu değişimlerden diğer bireylere göre daha fazla veya daha yavaş etkilenmektedir. İnsanların hayatında stres doğuran ve bu vakaları yaşayan insanların stresten, strese bağlı hastalıklardan yakalanma ihtimali fazladır (Aydın'dan akt. Bakırcı, 2002).

Madde kötüye kullanımı, bireyin hayatında okulda, evde, işte, yasal, toplumsal ve işle alakalı sorunlar gibi tekrar eden ve kötü neticeler oluşmasına rağmen, kullanılan maddenin kullanıma devam edilmesi, bırakılmamasıdır. İçkili araba kullanma, bu yüzden kazalara yol açma veya işe devam edememe, bireylerle arasında sorunlara sebep olma, yasal olarak sorunlar yaşama gibi sorunlar bunlara misal verilebilir (Çelikkol A).

Bu çalışma ile sağlıklı bireylerin alkol madde kullanımı ile anksiyete duyarlılığı ve stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılmıştır.

1.1 PROBLEM CÜMLESİ

Anksiyete duyarlılığının ve stresle başa çıkma stratejilerinin sağlıklı bireylerde alkol madde kullanımı üzerinde etkisi var mıdır?

1.2 ALT PROBLEMLER

1. Anksiyete duyarlılığı yaşa göre farklılık göstermekte midir?
2. Stresle başa çıkma ölçeği yaşa göre farklılık göstermekte midir?
3. DAST-10 ve MATT ölçekleri yaş gruplarına göre farklılık göstermekte midir?
4. DAST-10 ve MATT ölçekleri kullanılan madde türüne göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

1.3 HİPOTEZLER

1. Kadın ve erkekler ile kullanılan madde arasında bir ilişki vardır.
2. Toplam anksiyete duyarlılığı ve alt boyutları ile kullanılan madde arasında ilişki vardır.
3. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği ve alt boyutları ile kullanılan madde arasında ilişki vardır.

1.4 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

1. Araştırma toplam kişi sayısı ile sınırlı olduğundan dolayı evrene genellemek uygun değildir.
2. Bireyler DAST-10'u cevaplarırken toplumsal kagı ve yargılanmak endişesi ile objektif cevap veremedikleri düşünülmektedir.
3. Alanda bu konuda yapılan çalışmalar az olduğu için araştırmalar arasında ilişkiler kurulamamıştır.

1.5 ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI

1. Araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylerin, ölçeklere verdikleri yanıtların objektif olarak yanıtladıkları varsayılmaktadır.
2. Araştırma için kullanılan veri toplama malzemelerinin araŐtırılan bilgiyi elde etmede geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmaktadır



BİRİNCİ KISIM

2. LİTERATÜR

2.1. BAĞIMLILIK

2.1.1. Tanımı

Merkez sinir sistemine etki ederek, bireyin mental durumunda ve hareketlerinde farklılık yaratan ve zamanla “kötüye kullanım” ya da “bağımlılık” meydana getiren maddeler farklı zamanlarda farklı şekillerde isimlendirilmiştir. Bu maddeleri beyni etkileyen maddeler şeklinde ifade etmek mümkünse de hangi maddelere beyni etkileyen madde denileceği de tartışılmalıdır. Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-III-R’de bunlara psikoaktif maddeler olarak tanımlarken, DSM-IV’de sadece “madde” terimini kullanmayı tercih etmiş ve bunlarla alakalı bozukluklara da “maddeyle ilişkili bozukluklar”adını vermiştir. Dünya Sağlık Teşkilatı ise ICD-10’da psikoaktif maddeler terimini kullanmaya devam etmektedir (Tosun, 2008).

Ruhsal ve fiziksel sağlığa olumsuz yönde etki etmesine rağmen maddeye duyulan durdurulamaz bir istek olarak tanımlanan bağımlılık, başlarda bireyin isteği ile başlar fakat bireyin iradesi bir süre sonra ortadan kalkar. Bu sebeple, bağımlılık sorunu sadece maddeyi kullanan birey ile sınırlı kalmaz. Bireyin ailesini, sosyal çevresini ve sonucunda yaşadığı toplumu da etkilemektedir. Bağımlılık kelimesi yerine klinik anlamda tutkunluk kelimesi daha fazla kullanılmaktadır. Bağımlılık beyni ve aynı zamanda davranışları da etkilemektedir. Bağımlılık sürecinde birey maddenin üstünde kontrol ve hâkimiyetini yitirmiştir (Savcı, 2015).

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 (Uzbay’dan akt. Köksal, 2016).

2.1.2 Bağımlılık Kriterleri

ICD-10 sınıflamasına göre aşağıdaki belirtilerden en az üç tanesinin son bir yıl içinde bulunması gerekmektedir.

- Alkol tüketmek için çok fazla istek duyulması.
- Alkol tüketme davranışını kontrol etmede zorluk (kullanılan alkol dozunu ayarlayamama, kullanım süresini ayarlayamama ve başarıya ulaşamayan bırakma deneyimleri).
- Alkol kullanımı azaltıldığında ya da bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin meydana gelmesi.
- Alkol ile gerekli iyilik halini elde etmek için gittikçe fazlalaşan miktarlarda alkole ihtiyaç duyma.
- Alkolü bulmak, kullanmak ve etkilerini gizlemek için gösterilen gayretin, diğer ilgi ve meşguliyetlere yer vermeyecek şekilde artış göstermesi.
- Aşırı alkol tüketimi sebebi ile ruhsal, sosyal, fiziksel zararlar ortaya çıkmış olsa dahi alkol tüketimini kesmemek.

2.1.3. Alkol Bağımlılığı

2.1.3.1. Tanımı

Alkol kullanımı tıbbi anlamda ilk olarak 19. yüzyıl ortalarında bir hastalık olarak kabul edilmiştir. Alkolizm ve buna bağlı mental bozuklukların sistematik sınıflandırılması DSM-II ve ICD-9" da yapılmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanmış olan DSM-II" de alkolizm 4 grupta incelenmiştir(American Psychiatric Association'dan akt. Tabak, 2010).

Alkol bağımlılığının tanımlamaları çok farklı şekillerde olmuştur. Jellinel 1952'de sosyal içicilik, kötüye kullanma ve bağımlılık olara üç türde ele almıştır. Sosyal içicilik, bireyin sosyal bir ortamda kullanmamak için az bir miktarda alkol alması, bireyin sosyal yaşantısını, aile yaşantısını ve iş yaşantısını olumsuz etkileyecek miktarda alkol tüketmesi fakat bağımlılık durumunun olmaması kötüye kullanım, kötüye kullanıma ek olarak içme davranışına hakim olmaması bağımlılık olarak tanımlanmıştır (Piazza ve Wise'dan akt. Gürgen, 2017).

2.1.3.2. Alkol Kullanımı DSM V Tanı Kriterleri

A: On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini belli eden, klinik anlamda belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte azalmaya sebep olan, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istenilenden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır.
 2. Alkol tüketmeyi bırakmak ya da kontrol altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç elde edilemeyen girişimler vardır.
 3. Alkol elde etmek, alkol tüketmek ya da ortaya çıkardığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok fazla zaman ayrılır.
 4. Alkol tüketmeye içinin gitmesi ya da alkol tüketmek için çok büyük bir arzu duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
 5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, tekrarlayıcı alkol tüketimi.
 6. Alkolün tesirinin sebep olduğu ya da alevlendirdiği, devamlı ya da tekrarlayıcı toplumsal ya da kişilerarası problemler olmasına rağmen alkol tüketimine devam etme.
 7. Alkol tüketiminden ötürü önemli bir toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
 8. Yineleyici bir şekilde, olabilecek durumlarda alkol tüketme.
 9. Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, devamlı ya da tekrarlayıcı, bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımını sürdürülmesi.
 10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
 - a) Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin oranlarda artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi.
 - b) Aynı ölçüde alkol kullanımını sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.
- Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:
- a) Alkole özgü yoksunluk sendromu

b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol kullanılır.

2.1.4. Madde Bağımlılığı

2.1.4.1. Tanımı

İnsanlar çok eski tarihlerden beri bilinç durumlarının değişmesine neden olan maddeleri kullanmaktadır. Bu maddelerin kullanılma amaçları ise kültüre ve zamana göre değişiklikler göstermektedir. Bu amaçlarla kullanıldığı bilinen ilk maddenin alkol olduğu düşünülmektedir ve bilinçli bir biçimde alkol kullanımına dair bilinen en eski kayıt M.Ö. 6000 yılında bugün Ermenistan sınırlarında olan bölgeden bulunmuştur (Uzbay'dan akt. Düztaş, 2011).

Tarihin erken dönemlerinden beri bağımlılık yapan bir çok madde hemen hemen her toplumda kullanılmaktadır. Bu maddelerin bireyin fizyolojisine ve psikolojisine reaksiyonlarının çeşitliliği, bağımlılık ve kötüye kullanım arasındaki çizginin birbirine çok yakın olmasından doğan hukuksal boyutunu belirlemenin zorluğu, tanım ve kavramlarını da belirlemeyi zor hale getirmektedir (Ashton ve Kamali'den akt. Koca, 2011).

Madde kötüye kullanım ve bağımlılığa neden olabilecek, farklı yollarla alınabilen duygudurum, algılama, biliş ve diğer beyin işlevlerinde bir farklılık yaratan her türlü kimyasal madde olarak ifade edilebilir. Bunlar esrar, eroin, kokain gibi reçete ile verilemeyen, yasadışı maddeler olabileceği gibi, amfetaminler, benzodiazepinler, diğer sedatif, hipnotik ilaçlar gibi yasal düzenlemeler çerçevesinde reçete ile verilebilen ilaçlar ya da yasal denetimlere tabi olmayan veya satışlarında kısmi yasal düzenlemeler olan uçucular, tütün (nikotin), kahve (kafein) ve alkol (etanol) gibi maddelerdir (Mırsal, Pektaş ve ark., 2006).

2.1.4.2. Madde Kullanımının DSM V'e Göre Sınıflaması ve Tanı Kriterleri

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

- Alkol
- Kafein

- Kenevir (kannabis)
- Varsandıranlar (hallüsinojenler)
- Opiyatlar
- Dinginleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler
- Uyarıcılar
- Tütün ve diğer maddeler

A. On iki aylık bir süre içinde aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini belli eden, klinik açıdan belirli bir sıkıntıya ya da işlevsellikte azalmaya neden olan, sorunlu, alkol kafein, kenevir, varsandıran (fensiklidin ve diğerleri), uçucu, opiyat, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici ya da tütün kategorilerine sokulamayan, esriklik yapan (entoksidan) bir madde kullanım örüntüsü:

1. Çoğunlukla, istenilenden daha fazla ya da uzun süreli olarak diğer (ya da bilinmeyen) bir madde alınır.
2. Diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeyi kullanmayı bırakmak ya da kontrol altına almak için devamlı bir istek ya da sonuç elde edilemeyen gayretler vardır.
3. Diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeyi temin etmek, diğer (ya da bilinmeyen) bir madde kullanmak ya da ortaya çıkardığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere fazla zaman ayrılır.
4. Diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeyi kullanmaya içinin gitmesi ya da diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeyi kullanmak için çok fazla bir istek duyma ya da bireyin kendini zorlamış hissetmesi.
5. İşte, okulda ya da evdeki mevkisinin gereği olan başlıca sorumluluklarını yerine getirmeme ile sonlanan, tekrarlayıcı diğer (ya da bilinmeyen) bir madde tüketimi.
6. Diğer (ya da bilinmeyen) bir maddenin tesirlerinin sebep olduğu ya da arttırdığı, devamlı ya da tekrarlayıcı toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına rağmen diğer (ya da bilinmeyen) madde tüketimine devam etme.

7. Diğer (ya da bilinmeyen) bir madde tükretiminden dolayı önemli toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Tekrarlayıcı bir şekilde, tehlikeli olabilecek durumlarda diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeyi tüketme.
9. Büyük bir olasılıkla diğer (ya da bilinmeyen) bir maddenin sebep olduğu ya da arttırdığı, sürekli ya da tekrarlayıcı bedensel ya da ruhsal bir problem olduğu bilgisine rağmen diğer (ya da bilinmeyen) bir madde tükretimine devam edilir.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
 - a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeyi kullanma ihtiyacı.
 - b. Aynı ölçüde diğer (ya da bilinmeyen) bir madde tükretimine devam etmesine rağmen belirgin olarak daha az etki göstermesi.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:
 - a. Diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeye özgün yoksunluk sendromu(diğer [ya da bilinmeyen] bir madde yoksunluğu için A ve B tanı ölçütlerine başvurun, s.287-288).
 - b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için diğer (ya da bilinmeyen) bir madde (ya da yakından ilişkili bir madde) alınır.

2.1.5. Alkol Madde Kullanımı Nedenleri

Bazı insanların niçin madde kullanıcısı veya bağımlısı olduğu ve diğer insanların niçin olmadığının cevabı henüz kesin olarak verilememişse de, madde kullanımının ortaya çıkmasında üç faktörün bir araya gelmesinin önemli olduğu kabul edilir:

- Maddenin elde edilebilirliği
- Yatkın bir kişilik
- Sosyal çevre

Yani bağımlılık yapacak bir madde ile bağımlı olmaya yatkın özellikler taşıyan bir bireyin, o bağımlılığın devam ettirilmesinin şartlarını hazırlayan uygun bir çevrede karşılaşması gereklidir. Bu üç faktör bir araya gelip, birey bir defa düzenli olarak madde

kullanmaya başlayınca, nöro-kimyasal ve farmakolojik faktörler de madde kötüye kullanımını ve bağımlılığının gelişip, şekillenmesinde önemli bir rol oynarlar (Tosun, 2008).

Zaman geçtikçe bireylerin yalnızlık seviyelerinin artış göstermesi ve bireyselliğin toplum içinde sıklığının arttığı bir dönemde bireylerin kendilerini topluma kabul ettirmekte zorlandıkları ve yalnızlaşmaya başladıkları süreçte anksiyetelerini azaltabilmek adına farklı savunma mekanizmaları geliştirmektedirler. Doğumla başlayan anneden ayrılma, toplum içinde yalnızlaşma, sevgi ve ilgisizlikten doğan kaygılar bağımlılık yapan maddelerin kullanılmasına zemin hazırlamaktadır (Ögel'den akt. İrevül, 2016).

Bir yıl içinde madde bağımlılığı geliştirme riski erkekler için %1,7 iken bu risk kadınlar için %0,7'dir. Bütün bu çalışmalarda yaşam boyu yaygınlık oranları erkeklerde anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Erkeklerin alkol ve maddelerle tanışma ve kullanma imkanlarının fazla olması bu farkın cinsiyetin biyolojik tesirinden çok sosyal rollerle ilintili olduğunu düşündürmektedir (Ögel'den akt. Köksal, 2016).

2.1.6. Alkol Madde Kullanımının Etkileri

2.1.6.1. Madde Entoksikasyonu

Bir ya da birkaç maddenin yüksek dozda tüketimi esnasında ya da hemen sonra oluşan, maddenin merkezi sinir sistemi üzerindeki tesirine bağlı olarak oluşan uygun olmayan davranışsal ya da psikolojik değişikliklerin olduğu zehirlenme durumu olarak tanımlanmaktadır. Belirtiler maddenin çeşidine göre değişir ve geçicidir (Öz'den akt. Koca, 2011).

2.1.6.2. Madde Yoksunluğu Deliryumu

Deliryum

- A.** Dikkat (dikkatini yönlendirme, odaklama, sürdürme ve kaydırma yeterliğinde azalma) ve ayırımında olma bozukluğu (çevreye yönelimde azalma).
- B.** Bu bozukluk, kısa bir zaman içinde gelişir temel dikkat ve ayırımında olma seviyesinde bir değişiklik vardır ve ağırlığı gün içinde dalgalanmalar gösterir.
- C.** Bilişte ek bir bozukluk.

- D.** A ve C tanı ölçütlerinde bahsedilen bozukluk, eskiden olan yerleşik ya da gelişmeke olan başka bir nörobilişsel bozuklukla daha iyi ifade edilemez ve koma gibi, ileri derecede azalmış uyanıklık düzeyi bağlamında ortaya çıkmamaktadır.
- E.** Öykü, fizik muayene ya da labaratuvar bulgularında, bu bozukluğun başka bir sağlık durumunun, madde esrikliğinin ya da yoksunluğunun ya da bir toksinle karşılaşmanın doğrudan fizyolojiyle ilgili etkilerinden kaynaklandığına ya da çoğul nedensel etkenlere bağlı olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.

Madde Yoksunluğu Deliryumu: Madde yoksunluğu yerine bu tanının konulabilmesi için klinik görünümde A ve C tanı ölçütlerindeki işaretlerin daha baskın olması ve bunların klinik açıdan ele almayı gerektirecek denli fazla olmalıdır.

2.1.6.3. Psikotik Bozukluk

Bu bozukluklar ve kullanılan maddeyle aralarında neden-sonuç ilişkisi olup belirtiler, bulgular, yakınmalar, klinik tablo; zehirlenme ve yoksunluk sırasında ya da bu dönemi izleyen ilk bir ay içinde belirir. Kullanılan maddenin bırakılmasına rağmen ruhsal bozukluk ve hastalık tanısına uygun, bulgular sürmektedir. Madde kullanımının sebep olduğu psikotik bozukluklar arasında sıklıkla şizofreni, depresyon ve manilere rastlanmaktadır (Özden'den akt. Koca, 2011).

2.1.6.4.İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk

- A.** Belirgin ve devamlı bir duygudurum bozukluğu egemendir ve bu durum, çökkün duygudurum ile birlikte ya da olmadan, kabarmış, taşkın ya da hemen kızan bir duygudurum ya da bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu ile belirlidir.
- B.** Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2)'nin varlığını gösterir:
- 1.** A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esrikli ya da yoksunluğu esnasında ya da az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç kullandıktan sonar gelişmiştir.
 - 2.** Bahsedilen madde/ilaç, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir.

C. Bu bozukluk maddenin/ilacın yol açmadığı bir ikiüçlü ya da ilişkili bir bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Ayrı bir iki uçlu ya da ilişkili bozukluk olduğunun kanıtları şunlar olabilir:

Belirtiler, madde/ilaç kullanımından önce vardır; belirtiler, akut yoksunluğun ya da ağır esrikliğin bitmesinden sonra önemli bir süre kalıcı olmuştur ya da ayrı bir maddenin/ilacın yol açmadığı ikiüçlü ya da ilişkili bozukluğun başka kanıtları vardır.

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi esnasında oluşmamaktadır.

E. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya neden olur.

2.1.6.5. Depresyon

A. Belirgin ve devamlı bir duygudurum bozukluğu hakimdir ve bu klinik durum, çökkün duygudurum ya da bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu ile tanımlanır.

B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2)'nin varlığını gösterir:

1. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esrikli ya da yoksunluğu esnasına ya da az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç aldıktan sonra oluşmuştur.
2. Bahsedilen madde/ilaç, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir.

C. Bu bozukluk maddenin/ilacın yol açmadığı bir depresyon bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz. Başka bir depresyon bozukluğu olduğunun kanıtları şunlar olabilir: Belirtiler, madde/ilaç kullanımından önce vardır; belirtiler, akut yoksunluğun ya da ağır esrikliğin bitmesinden sonra önemli bir süre kalıcı olmuştur ya da ayrı bir maddenin/ilacın yol açmadığı depresyon bozukluklarının başka kanıtları vardır.

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi esnasında oluşmamaktadır.

E. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya neden olur.

2.1.6.6. Takıntı Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk

- A. Klinik görünümde takıntılar, zorlantılar, deri yolma, saç yolma, bedene odaklı diğer yinelemeli davranışlar ya da takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluklara özgü diğer belirtiler egemendir.
- B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2)'nin varlığını gösterir:
1. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esrikli ya da yoksunluğu esnasında ya da az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç alımından sonra meydana gelmiştir.
 2. Söz konusu madde/ilaç, A tanı ölçütündeki belirtileri meydana getirebilir.
- C. Bu bozukluk maddenin/ilacın yol açmadığı bir takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Ayrı bir takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluk olduğunun kanıtları şunlar olabilir:
- Belirtiler, madde/ilaç kullanımından önce vardır; belirtiler, akut yoksunluğun ya da ağır esrikliğin bitmesinden sonra önemli bir süre kalıcı olmuştur ya da ayrı bir maddenin/ilacın yol açmadığı takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluğun başka kanıtları vardır.
- D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi esnasında oluşmamaktadır.
- E. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya sebep olur.

2.1.6.7. Kaygı Bozukluğu

DSM-V'e göre maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu;

- A. Klinik görünümüne panik atakları ya da anksiyete hakimdir.
- B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2)'nin varlığını gösterir:
1. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esrikliği ya da yoksunluğu sırasında ya da kısa bir zaman sonrasında ya da bir ilaç kullanımından sonra meydana gelmiştir.

2. Söz konusu madde/ilaç, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir
- C.** Bu bozukluk, maddenin/ilacın yol açmadığı bir kaygı bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz. Ayrı bir kaygı bozukluğu olduğunun kantıları şunlar olabilir:
Belirtileri madde/ilaç kullanımından önce vardır; belirtiler, akut yoksunluğun ya da ağır esrikliğin bitmesinden sonra önemli bir süre kalıcı olmuştur ya da ayrı bir maddenin/ilacın yol açmadığı kaygı bozukluğunun başka kantıları vardır.
- D.** Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi esnasında oluşmamaktadır.
- E.** Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında azalmaya sebep olur.

2.1.6.8.Cinsel Bozukluklar

DSM-V'e göre maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu;

- A.** Klinik görünümü, klinik açıdan belirgin bir cinsel işlev bozukluğu egemendir.
- B.** Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2)'nin varlığını gösterir.
1. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esrikliği ya da yoksunluğu esnasında ya da az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç alımından sonra oluşur.
2. Söz konusu madde/ilaç, A tanı ölçütündeki belirtileri meydana getirebilir.
- C.** Bu bozukluk, maddenin/ilacın yol açmadığı bir cinsel işlev bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz. Ayrı bir cinsel bozukluğu olduğunun kantıları şunlar olabilir:
Belirtiler, madde/ilaç kullanımından önce de vardır; belirtiler, akut yoksunluğun ya da ağır esrikliğin bitmesinden sonra önemli bir süre kalıcı olmuştur ya da ayrı bir maddenin/ilacın yol açmadığı cinsel işlev bozukluğunun başka kantıları vardır.
- D.** Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi esnasında meydana gelmemektedir.
- E.** Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya neden olur.

2.1.6.9.Uyku Bozuklukları

- A.** Belirgin ve ağır uyku bozukluğu.

- B.** Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2)'nin varlığını gösterir.
3. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esikliği ya da yoksunluğu sırasında ya da az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç aldıktan sonra gelişmiştir.
4. Söz konusu madde/ilaç, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir.
- C.** Bu bozukluk, maddenin/ilacın yol açtığı bir cinsel işlev bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz. Ayrı bir cinsel bozukluğu olduğunun kanıtları şunlar olabilir:
- Belirtiler, madde/ilaç kullanımından önce de vardır; belirtiler, akut yoksunluğun ya da ağır esikliğin bitmesinden sonra önemli bir süre kalıcı olmuştur ya da ayrı bir maddenin/ilacın yol açmadığı uyku bozukluğunun başka kanıtları vardır.
- D.** Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- E.** Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

2.1.6.10.Nörobilişsel Bozukluk

- A. Yeğın ya da ağır olmayan nörobilişsel bozukluk için tanı ölçütleri karşılanmaktadır.
- B. Nörobilişsel bozukluklar yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve esikliğin ve akut yoksunluğun olağan süresinin dışında da sürer.
- C. İlgili madde ya da ilaç, kullanma süresi ve ölçüsü ile nörobilişsel bozulma yapabilir.
- D. Nörobilişsel eksikliklerin zamansal gidişle madde ya da ilaç kullanımı ve yoksunluğunun zamanlaması uyumludur (örn. bu eksiklikle kalıcı olabilir ya da belirli bir yoksunluk evresinden sonra düzelebilir).
- E. Nörobilişsel bozukluk başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.7. Alkol Madde Kullanımının Sıklığı ve Yaygınlığı

Keyif verme özelliklerinin fark edilmesiyle birlikte insanlarda vazgeçilmez alışkanlıklar yaratan bağımlılık yapıcı maddelerin tüketimi artmış ve bu tüketimi karşılamak adına arz talep dengesini koruma gereksinimi ve bu sektörden büyük kazançlar sağlama isteği, rekabeti doğurmuştur. Hatta Çin ve İngiltere arasında gerçekleşen I. ve II. Afyon savaşlarından anlaşılabilceği gibi ülkeler arası savaşlara kadar sıçramıştır (Çalışkan, 2015).

Alkol kullanımı, diğer maddelere göre toplum içinde kabul gören yaygın bir davranıştır. ABD’de toplumun %90’ı yaşamının bir döneminde alkol almışken yetişkinlerin %60-70’i sıkça alkol kullanmaktadır. Diğer Batı ülkelerinde yetişkinlerde İngiltere’de %3, İskoçya’da %15, Fransa’da %4 dolayında alkol bağımlısı vardır. Doğu Avrupa ülkelerinde alkol bağımlılığı oranının daha yüksek olduğu sanılmaktadır. Dünya Alkol Raporu 2014’e göre tüm dünyada 15 yaş üzerinde son bir yıl içinde alkol kullanmayan kişi oranı %61,7’dir. Ve %16’sı da ağır içicidir. 2012 yılında yaklaşık olarak 3,3 milyon kişi ya da tüm küresel ölümlerin %5,9’u alkol tüketimi ile alakalıdır (akt. Köksal, 2016). Ülkemizde bir çalışmada erkeklerde sosyal içicilik oranı %10,4, bağımlılık %1,6, hastanede yatan hastalarda alkol alımı %17,6 olarak saptanmış, bunun %1,4ü sosyal içicilik, %3,2si bağımlılık olarak belirtilmiştir. Kadınlarda sosyal içicilik yaygınlığı %3,4, bağımlılık %0,03 oranlarında bulunmuştur (Tabak, 2010).

2.1.8. Madde Kullanım Bozukluklarının Oluşumunu Açıklayan Teoriler

2.1.8.1. Psikodinamik Teoriler

Psikodinamik kuramlar, aşırı baskıcı üst benlikle başa çıkmak ve bilincinde olunmayan stresi azaltmak amacıyla madde alındığı üzerine odaklanmıştır. Freud, oral döneme saptanmış kişilerin bunaltılarını alkolü ağız yoluyla alarak azalttıklarını ve oral doyum sağladıklarını ileri sürmüştür. Adler, bağımlılık nedeni olarak aşağılık duygusu, güvensizlik ve sorumluluktan kaçma isteğini görmektedir. Adler’e göre alkol tüketimi güçlülük duygusuna ve özgüvenin artmasına yol açmaktadır. Erken psikanalitik kuramlarda madde kullanımı haz aramanın baskın olduğu dürtü kontrol bozukluğu olarak görülürken yeni kuramlarda ego gücünün yetersizliği üzerinde durulmaktadır (Ögel’den akt. Köksal, 2016).

2.1.8.2. Psikososyal Teoriler

Madde kullanımıyla aile ve genel olarak içinde yaşanılan toplum arasındaki ilişkiler üzerine kurulmuştur ve bu açıdan aile ve toplumun görevleri çok önemlidir. Ancak bezner sosyal baskıların altında ve aynı sosyo-ekonomik güçlüklerin içerisinde yaşayan çocukların hepsinin maddeyi kötüye kullanması veya bağımlılık göstermemesi etkili olabilecek başka etkenlerin olduğunu göstermektedir (Tosun, 2008).

2.1.8.3. Davranış Teorileri

Fiziksel bağımlılık belirtilerinden ziyade kişileri maddeyi aramaya yönelten tutumları anlamaya çalışmaktadır. Devamlı olarak alkol tüketme arzusu, öğrenilmiş hatalı bir davranış olarak düşünülmektedir. Alkol tüketiminin meydana getirdiği rahatlatan ve stresi azaltan etkinin pozitif güçlendirici etkisi üstlenerek madde tüketmenin tekrarını getirdiği de gösterilmektedir. Bu yaklaşımda ailedeki çeşitli alışkanlıkların kişinin maddeyi kötüye kullanımında büyük etkisi olduğu düşünülmektedir (Uluğ'Dan akt. İrevül, 2016).

2.1.8.4. Biyolojik Kuramlar

Alkol ve madde bağımlılığının geçişinde genetik faktörlerin önemli rol oynadığı ifade edilmektedir. Aynı zamanda, elde edilen sonuçlar genetik faktörlerin önemini ve genetik faktörlerin çevresel faktörlerle etkileşim biçimlerinin, bozukluğun farklı türlerine göre değişebileceğini göstermiştir (Öztürk'ten akt. İrevül, 2016).

2.2. ANKSİYETE

2.2.1. Tanımı

Her birey tarafından bazı durumlarda yaşanan duygudur. Türkçede “kaygı, bunalıtı, iç sıkıntı, stres” gibi kelimelerle antalmaya çalışılmıştır, fakat “korku, endişe, bunalım” gibi duyguları da kapsamaktadır. Anksiyete; sebebi bilinmeyen, içten gelen, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacaktı endişesiyle yaşanan bir bunalıtı duygusudur. İçten yâda dıştan gelen tehlike yâda tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir. Çok

hafif gerginlik ve tedirginlikten panik derecesine varan değişik yorgunluklarda olabilir (Özpoyraz'dan akt. Köse, 2009).

Anksiyete kelimesini ruhbilim alanında ilk defa kullanan kişi Freud'dur. Freud'a göre kaygı içgüdü ve dürtülerin sebep olduğu gücün bastırılması sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Freud daha sonra bu fikrini değiştirerek, kaygının merkezini benlik olarak ele almış, kaygıyı benliğin tehlikeli durumunu hissetmesiyle ilişkilendirmiştir. Kaygıyı yok etmek için bastırma düzeninin geliştiğini savunmuştur. Kaygının görevi Freud'a göre olası bir tehdit ve tehlikeye karşı benliği uyararak ve savunma düzenlerine fonksiyon eklemektir (Yücel'den akt. Yağmur, 2017).

Anksiyete, somatik belirtilerle birlikte nedeni belirlenemeyen tedirginlik ve korkulardır. Kişide kaygı, korku, sıkıntı, bunaltı ve endişe gibi duygular olmaktadır. Anksiyete yaşayan kişi durumunu, rahatsız edici derecedeki endişeler, kötü bir şey olacağına dair his ve sebebi olmayan bir korku olarak ifade etmektedir. Çarpıntı, hızlı nefes alma ve alırken yaşanılan zorluk, el ve ayakta titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtilerle birlikte sıkıntı, heyecan ve korku gibi psikolojik belirtiler de dikkat çekmektedir (Aydoğan ve ark.'dan akt. Alamış, 2017).

2.2.2. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar

2.2.2.1. Psikoanalitik Teoriler

Psikoanalitik görüşe göre, anksiyete temelde bir iç çatışmanın ürünüdür (Öztürk'ten akt. Tokuçcu, 2006). Bu varsayıma göre, iç çatışma, benlik ve altbenlik (ego ve id) ya da benlik ve üstbenlik (ego ve süperego) arasında oluşmaktadır. Altbenliğe özgü bilinçdişı dürtülere karşı denge kurmaya çalışan benlik herhangi bir nedenle zayıflar ya da dürtülerin gücü artarsa benlik-altbenlik arasında bir çatışma ortaya çıkar. Çatışma benliğin, dürtüler karşısında çözüm bulamadığını, başedemediğini gösterir. Bazen benlik üstbenliğin cezalandırıcı tutumu karşısında da çatışma içerisine girebilir. İşte böyle bir durumda kişide nedeni belli olmayan, korkuya benzeyen, sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir sıkıntı belirir. Buna anksiyete denir (Tokuçcu, 2006).

2.2.2.2. Egzistansiyalist (Varoluşçu) Teoriler

Varoluşçu analistler anksiyeteyi, bireyin kendi varoluş sorumluluğunu üstlenmede karşılaştığı zorluklara ifade etmişlerdir. Bu analistler, kaygıyı birey olmanın temel niteliği olarak görürler ve insanın “var olma” korkusuna dikkat çekerler (Totukçu, 2006).

2.2.2.3. Davranışçı Teoriler

Davranışçı görüşe göre, anksiyete öğrenilmiş durumlardır. Korku, acı veren ve tehlikeli bir uyarana karşı biyolojik temeli olan bir tepkidir. Kişi normalde korku uyandırmayan bir nesneye bile çok karmaşık öğrenme süreçleriyle koşullanarak kaçınma davranışı ve anksiyete geliştirebilir (Tokuçcu, 2006).

Klasik şartlanma teorisine göre kaygı, organizmanın belirli bir takım çevresel faktörlere gösterdiği şartlandırılmış bir tepkidir. Bu durum araç kazası geçiren birinin araç kullanmaktan korkması örneğindeki gibi doğrudan şartlanma olabileceği gibi, bazen sıkıntı oluşturan bir uyarının nötral uyanlarla yer değiştirmesi neticesinde dolaylı şartlanma şeklinde de gelişebilmektedir. Klasik öğrenme yaklaşımı açısından kişi, geçmişte olan olaylar ile tehdit edici olmayan durumların varlığında bir yanıt olarak kaygı geliştirir. Koşulu uyarandan kaçındıkça da sönme gerçekleşmez ve öğrenilmiş anksiyete yanıtını sürdürülür. Korkunun klasik koşullanmayla kazanılmasını, koşullu uyanlara yokluğuna bağlı olarak ortaya çıkan ve korkunun sürmesi ile sonuçlanan edimsel olarak koşullanmış kaçınma takip eder (Barkovec ve arkadaşlarından akt. Sönmez, 2015).

2.2.3. Anksiyetenin Nedenleri

Davranışçı varsayıma göre; kaygı zaman içerisinde öğrenilmiş bir süreçtir. Koşullu uyanlar koşulsuz tepkilere sebep olur. Ayrıca sosyal öğrenme ile ailenin tepkileri de model olarak alınır (Köse, 2009).

Psikanalitik yaklaşıma göre; temelde bir iç çatışmanın ürünüdür. Buradaki çatışma alt benlik ile üst benlik arasında oluşur. Alt benlikten haz ilkesi doğrultusunda doyum

arayan dürtüler üst benliğin gerçekleri tarafından engellenir. Benlik bunlar arasında çatışmayı çözerek dürtüyü bastırırsa sorun çözülür. Benlik çatışmayı çözemezse, bastıramazsa bunu tehlike olarak algılar ve bütün bu süreç bilinç dışında yaşanır (Köse, 2009).

Varoluşçu varsayıma göre; ölümün çaresizliği ve kaçınılmazlığı karşısında hissedilen ve derinden yaşanan memnuniyetsizlik hissi sonucu kaygı ortaya çıkar (Kavçar'dan akt Köse, 2009).

2.2.4. Anksiyetenin Belirtileri

Şiddetli korku, endişe, sinirlilik kaygının başlıca belirtileri arasındadır. Ayrıca bireyin, günlük hayatını normal bir şekilde sürdürememesi ve günlük hayatın ve ilişkilerin işlevselliğinin olumsuz yönde etkilenmesi de kaygının belirtileri arasında sayılabilir (Dünya Sağlık Örgütü, 1993).

Kaygının zihinsel belirtileri; aşırı uyanıklık hali, unutkanlık, konuları hatırlamada güçlük çekme, dikkati toplamada güçlük çekme, olumsuz yorumları içeren inanç ve düşüncelerdir (Cüceloğlu, 2004).

Öztürk(2001)'e göre anksiyetenin zihinsel, duygusal, davranışsal ve fiziksel belirtiler şunlardır:

Zihinsel belirtiler:

- Düşünceler üzerinde kontrol sahibi olamama, dikkatin dağınık olması, yoğunlaşmada problem yaşanılması
- Kavramları hatırlamada güçlük yaşanması vs.

Duygusal belirtiler:

- Panik duygusu
- Sinirlilik ve öfke durumunun sıradan bir hale gelmesi
- Ağlama isteğinin artması
- Sınırlandırılmış olma duygusu
- Şaşkınlık
- Depresif duygu durumu

Davranışsal belirtiler:

- Çalışmaya karşı istekli olmama

- Başarı olmama
- Beklenti ve gereksinim düzenleyememe, hafıza problemleri
- Kontrolü çevreye yükleme

Fiziksel belirtiler:

- Başta ağrı, mide ve bağırsak problemleri
- Kalbin hızlı çarpması, ellerde terleme, kasılma
- Nefes hızlı hızlı alınması
- Yorgun ve halsiz olma
- Uyku problemleri.

2.2.5. Anksiyetenin Türleri

Bireyin insanın tehlike veya tehdit içeren durumlarla karşılaşması sonucunda gelecekle ilgili endişelerini içinde tutup, bedensel belirtilerle kendini göstermesidir (Kocabaşoğlu'ndan akt. Kapucı, 2016). Kaygı duygusunun yoğunluğu oranında davranışlar aksamakta, algılama ve dikkat bozuklukları oluşmaktadır. Kaygının ortaya çıktığı en uygun ortam stress kaynaklarının fazla bir şekilde bulunduğu ortamdır. Stres içinde olan kişi de kaygı duymaya hazırdır. Yani anksiyete ile stres arasında yüksek bir korelasyon vardır (Geçtan'dan akt. Sönmez, 2015).

2.2.5.1. Sürekli Kaygı

Kronik kaygı olarak da ifade edilmektedir. Bireye gerçekte olumsuz bir etkisi olmayan durumların bireyin tehlikeli ve kendini tehlikeye sokucu olarak anlaşılması sebebiyle oluşan hoşnut ve mutlu olamama halidir. Genellikle kaygısı çok olan kişilerde görülmektedir. (Tükel'den akt. Kapucı, 2016).

2.2.5.2. Durumluluk Kaygı

Durumluk kaygı, durumdan duruma şiddeti değişen, devamlı olmayan durumlarda insanların gösterdiği geçici duygusal etkilerdir. Kişilerin stres yaratan durumu tehdit edici olarak yorumladığı zaman durumluk kaygı düzeyi yüksek, bu tehlikeyi tehdit edici olarak algılamadığı durumlarda ise düşük olmaktadır (Özgüven, 1991).

Bireylerin yaşadığı geçici duruma bağlı olarak tehlikeli durumların oluşturduğu kaygı türüne denir. Kişinin içinde olduğu sıkıntılı hal sebebiyle duyduğu öznel korku olarak

da açıklanmaktadır. Bu tip endişe biçimi süreklilik göstermez. Değişim gösterir. (Kapucu, 2016).

2.2.6. Anksiyete Duyarlılığı

2.2.6.1. Tanımı

Zararlı fiziksel fizyolojik ve/veya sosyal sonuçları olduğuna inanılan kaygıya bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı seviyede bir korku olarak tanımlanmıştır. İlk kez Reiss ve McNally tarafından tanımlanan bu kavram, korku beklentisi modelinin temelini oluşturmaktadır. Bu modelde insanlarda korku meydana getiren bir olaydan ya da durumdan kaçınma güdüsünün temelinde kaygı beklentisi ve kaygı duyarlılığı olarak adlandırılan süreçler rol oynamaktadır. Kaygı beklentisi kişinin belirli bir durumda kaygı ya da korku yaşayacağı beklentisidir (Ayvaşık'tan akt. Mantar, 2008).

AD yüksek ve düşük olmak üzere 2 grup olarak sınıflandırılabilir. AD puanı yüksek olan kişiler, şiddetli ve anlam veremedikleri fiziksel anksiyete belirtilerini yanlış ve tehlikeli olarak yorumlama eğilimindedirler ve bu kişiler toplumun %10-20'sini oluşturmaktadır. Düşük AD olan kişiler ise anksiyete belirtilerini hoş olmayan ancak zararsız olarak tanımlarlar (Mantar, yemez ve Alkın'dan akt. Yeşilyurt, 2014).

3.2.6.2. Anksiyete Duyarlılığı ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri

Reiss ve McNally'ye göre (1985), AD kavramı panik bozukluğundaki (PB) beklenti anksiyetesi ile kısmen örtüşmektedir. Fakat beklenti anksiyetesi, AD'den farklı olarak, panik ataklarından sonra edinilmiş olup yeniden ve kaçınılmaz olan bir panik atağı oluşacağına dair bir anksiyetedir. AD ise kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren temel bir korkudur. AD düzeyi yüksek olan kişiler anksiyete yaşadıklarında hemen korkularına yönelik alarm durumuna geçmekte ve bu onların anksiyetesini şiddetlendirmektedir (akt. Mantar, Yemez ve Alkın, 2011). AD "korkmaktan korkmak" ya da "anksiyeteden korkmak" olarak tanımlanan bireysel değişken ve bilişsel bir yapıdır. Yani bu tanım PB'deki felaketleştirerek yanlış yorumlama ile beklenti modeli bütünleştirilerek oluşturulmuştur (Starcevic ve Berle'den akt. Mantar, Yemez ve Alkın, 2011).

Anksiyete duyarlılığı olan kişilerde belirsizliğe tahammülsüzlük ve yüksek netlik ihtiyacı görülebilmektedir. Aynı zamanda yüksek AD'de belirsiz ya da nötr uyarılar tehditkar algılanabilmektedir. Anksiyete duyarlılığı aynı zamanda depresyon, sağlık anksiyetesi ve kronik ağrı sendromu ile de ilişkili bulunmuştur (Otto ve ark.'dan akt. Uygur, 2016).

3.2.6.3. Anksiyete Duyarlılığı ve Alkol Madde Kullanımı Arasındaki İlişki

İçme nedenleri ve kişilik özelliklerini araştıran çalışmalara bakıldığında ilişkili olduğu düşünülen kavramlardan bir tanesi de anksiyete duyarlılığıdır. Anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişiler daha fazla başa çıkma nedeniyle alkol kullandıkları belirtilmektedir. Samoluk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yüksek anksiyete duyarlılığı olan öğrencilerin düşük anksiyete duyarlılığı olan öğrencilere göre daha fazla başa çıkma nedeniyle alkol kullandıkları bulunmuştur (Samoluk, Stewart, Sweet ve MacDonald'dan akt. Mantar, 2008).

Anksiyete duyarlılığı ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar alkol kullanımıyla ilişkisini araştıran çalışmalara kıyasla oldukça az sayıdadır. Ancak yapılan çalışma sonuçları sıklıkla birbirleriyle çelişmektedir. Forsyth ve arkadaşları madde kötüye kullanımı olan bir grupta anksiyete ile ilişkili psikolojik risk faktörlerinin madde seçimi arasındaki ilişkiyi araştırdıkları 94 detoksifiye olmuş madde bağımlısını dahil ettikleri çalışmada, anksiyete duyarlılığı ile madde seçimi arasında bir ilişki bulamamışlardır (Forsyth, Parker ve Finlay'den akt. Mantar, 2008).

Ancak bunun aksine yakın zamanda yapılan eroin, kokain ve her ikisini kullanan ve kullanmayan kişilerin dahil edildiği dört grubun karşılaştırıldığı çalışmada düzenli eroin kullanıcılarının oluşturduğu grupta anksiyete duyarlılığı düzeylerinin panik bozuklukta görülenle karşılaştırılabilir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (Lejuez, Paulson, Daughters, Bornovalova ve ark.'dan akt. Mantar, 2008).

Yüksek anksiyete duyarlılığı, madde kötüye kullanımıyla, düşük yaşam memnuniyeti ve işlevsel bozukluklar ile ilişkili bulunmuştur (Schmidt'den akt. Uygur, 2016).

2.3. STRES

2.3.1. Tanımı

Stresle ilgilenen ilk kişi Hans Selye'dir ve ardından yıllar boyunca farklı bilim insanlarınca bir çok stres tanımı yapılmıştır. Selye'ye göre stres, vücuttaki aşınma oranıdır. Stres bize, bedenimize zarar verme düşüncesi veya anksiyete, hayal kırıklığı, yorgunluk gibi hoş olmayan zihinsel süreçleri çağrıştırır. Bu tanım stresin sadece bedenimize zarar veren bir durum olduğunu vurgulamaktadır (Allen'den akt. Akman, 2004).

Stres, organizmanın fizik ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durum şeklinde tanımlanabileceği gibi, kişiye özgü ve biricik olan bireysel bütünlüğü zorlayıcı ve bozucu etkenlerdir şeklinde de tanımlanabilir (Baltaş ve Baltaş'tan akt. Deniz ve Yılmaz, 2006)

Stres, olayları değerlendirme şeklimizden düşüncelerimize, duygularımızdan davranışlarımıza kadar pek çok boyuttan oluşur. Bir çok insan stresin, kişinin dışında oluşan ortamsal nedenlerle oluştuğunu düşünür. Esasında stresi oluşturan, bu ortamsal etkileri kişinin nasıl algıladığıdır. Kişi karşılaştığı olayları birçok faktörü dikkate alarak analiz eder. Yaşadığı olaylara bir anlam atfeder. Yaptığı bu değerlendirmeler sonucunda ve ortama bağlı olarak stres yaşar ya da yaşamaz (Sarı, 2013).

2.3.2. Stresi Açıklayan Kuramlar

Stres kuramları incelendiğinde, her birinin stresin yalnızca bir yönünü ele aldığı ve konuyla ilgili tüm unsurları kapsamadığı görülmektedir. Stres mekanizmasını açıklayabilmek için, bu kuramların tamamının bilinmesi ve bir sentezinin yapılması gerekmektedir (Akman'dan akt. Erden, 2015).

2.3.2.1. Stresi Açıklayan Biyolojik Kuramlar

Genel Uyum Sendromu: 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). Genel Uyum Sendromu dört temel varsayıma dayanır:

(i) Tüm biyolojik organizmalar içsel dengelerini sağlama yönünde doğuştan getirilen bir güdüye sahiptir. Dengeyi koruma, yaşam boyu devam eden bir süreçtir.

(ii) Mikroplar ya da aşırı iş yükü gibi stresörler, içsel dengeyi bozar. Beden ise her türlü stresöre genel bir fizyolojik uyarılma ile yanıt verir. Bu tepki savunma ve kendini korumaya yöneliktir.

(iii) Bu fizyolojik uyarılmaya uyum sağlama, aşlamalı (alarm, direnç, tükenme) olur. Fizyolojik uyarılmaya uyum sağlama süreci, alarm, direnç ve tükenme aşamalarındaki durum, stresörün yoğunluğu ve süresine, gösterilen direncin ne kadar başarılı olduğuna göre belirlenir.

(iv) Organizmanın uyum yapma enerjisi sınırlıdır. Bu enerji tüketilirse, organizma bundan sonra stresle baş etme yeteneğini yitirir ve ölebilir (Rice'dan akt. Akman, 2014).

Genetik-Yapısal Kuramlar: Genetik yapısının önemini vurgular. Genetik yapı ve bazı fiziksel özellikler önem taşımaktadır. Bireyin strese direnme yeteneği üzerinde etki gösterir. Kuramlar, genetik yapı ve bireyin direncini belirleyen fizik yapısı arasındaki ilişkiyi anlamaya çalışmaktadır. Genetik faktörler, organizmanın direncini pek çok yolla azaltabilir. Genetik yapı otonom sinir sisteminin dengesi üzerinde etkilidir. Stres durumunda yaşanan“savaş-kaç” tepkisinden sorumlu olan ise yine otonom sinir sistemidir (Rice'dan akt., 2004).

2.3.2.2. Strese Yönelik Sistem Yaklaşımları

Bütüncül Sağlık Kuramı: İnsanı bir zihin-beden bütünü olarak yorumlayarak stresin yönetilmesinde fiziksel, psikolojik ve sosyal müdahalelerin birlikte kullanılması gerektiğini vurgular (Şahin'den akt. Mutlu, 2017).

Psikosomatik Kuram: Kuramın önerdiği adımlar şu şekildedir: Stresörün ortaya çıkması, stresörün algılanması, stresörün bilişsel olarak değerlendirilmesi, duygusal uyarılma, duygusal uyarılmanın fiziksel uyarılmaya dönüşmesi, fiziksel uyarılma çevresel sinir sisteminin belli bölgelerindeki aktivitelerin artması ve psikojenik

uyarılmanın uzun süreli oluşu sonucunda ortaya çıkan bedensel tepkileri yani organlarda oluşan zararları içermektedir (Şahin'den akt. Erdem, 2015).

Canlı Sistemler Yaklaşımı: Steinberg ve Ritzman tarafından oluşturulmuştur. Stres, sisteme giren ve sistemden çıkan madde enerji ya da bilginin yetersizliği, aşırılığı ya da uyuşmazlığı durumunda, dengenin bozulduğuna ve yeniden uyum yapılması gerektiğine bir işarettir. Tüm canlılar bu dengeyi sürdürme çabası içindedir (Şahin'den akt. Mutlu, 2017).

2.3.3.3. Stresle Kalıtım-Çevre Etkileşimi Modeli

Kalıtım ve çevre birbirini tamamlayıcı faktörlerdir ve birlikte biyolojik yapı ve işlevler üzerinde etkilidirler (Rice'dan akt. Akman, 2004).

Bu kuramda, Cotton'ın (1990) da belirttiği gibi, kişinin bir bozukluğa/rahatsızlığa karşı eğilimi kabul edilir. Bu eğilim doğuştan, kalıtımsal veya önceki bir hastalığın ya da kazanın sonucu olabilir. Varolan bu eğilim, stres durumuyla etkileşime girdiğinde psikosomatik bir bozukluk/rahatsızlık meydana gelir. Yani hastalık, kişiliğe bağlı bir sonuçtan çok, kişinin fizyolojisinin bir sonucudur. Strese karşı düşük eşikli kişi, hastalığa açık hale gelecektir. Hastalığın görülüp görülmeyeceği ise karşılaşılan stresin miktarına bağlıdır (yani stresin niteliği ve niceliği önemlidir) (Rice'dan akt. Akman, 2004).

2.3.2.4. Strese Yönelik Psikolojik Kuramlar

Psikodinamik Kuram: Psikodinamik modeller için en temel kabul edilen Sigmund Freud'un kuramıdır. Freud kuramında işaret ya da nesnel kaygı, travmatik ya da nevrotik kaygı, ahlaki kaygı şeklinde üç tip kaygıdan söz eder. Freud'un tanımladığı bu üç tip kaygı kişide gerilime neden olur. Ortaya çıkan bu gerilimin azaltılması ise savunma mekanizmalarıyla sağlanır. Bu savunma mekanizmalarının aşırı kullanılması kişide hastalığa yol açar (Shultz ve Shultz'dan akt. Erdem, 2015).

Öğrenme Modeli: Stresin açıklamasını, klasik ve edimsel koşullanma ve ya her ikisinin de birleşimi ile yapmaktadır. Korku ve anksiyete gibi duygusal tepkiler karmaşıktır ve davranışsal, psikolojik ve fizyolojik bileşenleri içerir. Kaçınma davranışı

kişiyi stres verici uyarıcıdan mümkün olduğu kadar uzak tutar. Bireyler korkulan nesne, kişi veya olayla karşılaştığında içsel gerilim yaşar. Vücut fizyolojik olarak uyarılır. Kan basıncında artış, kalp atışı ve vücut ısısında yükselme gibi tüm stres belirtileri uyarılır (Ceylan'dan akt. Luzumlu, 2015).

Bilişsel-Transaksiyonel Model: Transaksiyonel yaklaşıma göre stres, ilişkisel ve süreç yönelimli özellikler taşır. İlişkisel olma özelliği, birey ile çevresi arasındaki etkileşimi ifade eder. Buna göre, ne birey ne de çevre tek başına stresin öncülüdür. Stres, bireyin kendisine karşı bir tehdit olarak algıladığı ve tüm kaynaklarının kullanımını gerektiren veya kaynaklarının yetersiz kalacağı bir durum olarak düşündüğü belirli bir birey-çevre ilişkisidir. Bu ilişkinin dinamik oluşu ve sürekli bir değişimi içermesi ise süreç yönelimli olmasını ifade eder (Folkman'dan akt. Erden, 2015).

2.3.2.5. Strese Yönelik Sosyal Kuramlar

Çatışma Kuramı: Çatışma Kuramına göre, toplumlar uyum içinde yaşayabilmek için bireylerin zaman içerisinde bir takım sosyal kurallara uymaları için birbirlerine baskı yaparlar. Bu baskılar kişilerde çatışmalara yol açabilir. İnsanlar çeşitli konularda çatışmalar yaşayabilirler ve bu çatışmalar kişide strese yol açabilir (Şahin'den akt. Erdem, 2015).

2.3.3. Stresin Kaynakları

Stresi günümüzün modern hastalığı olarak da adlandırabiliriz. Bunun için bir çok kaynak sayılabilir. Toplumlar da ekonomik, sosyal ve teknolojik değişimler büyük bir hızla gerçekleşmektedir. İnsanlar bazen bu hızlı değişime alışmakta ve ayak uydurmakta zorlanırlar ve bu kişilerde farklı düzeylerde strese yol açmaktadır. Diğer taraftan, hayatımızda gelişen hızlı ve ani olaylar da önemli stres kaynaklarıdır (Trabzon, 2016).

Stresin nedenleri çok sayıdadır ve sınırlamak çok zordur. Strese neden olan her nedeni ayrı ayrı sınamak ve incelemek çok zor olduğundan, önemli görülen stres kaynaklarını genel bir sınıflandırılması yapılmasının daha anlamlı olacaktır (Hamarta, 2009).

2.3.3.1. Bireysel Stres Kaynakları

Stres karşısındaki duyarlılık kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bireysel stres kaynağı en önemli stress kaynaklarından. Bazı kişilik özellikleri strese karşı duyarlılığı artırırken, bazıları ise azaltmaktadır (Baştemur'dan akt. Erden, 2015).

Stres tamamen bireyin kendisinden kaynaklanan süreçlerle ilgili olabilir. Örneğin, özel yaşamda yaşanan süreçler –evlilik, evlilik sorunları, çocukların eğitim, sağlık vb. sorunları, boşanma, aileden birinin hastalanması, ölüm vb. – kişilik yapısı, algılama farklılıkları, ekonomik sıkıntılar, yeni bir işe girme, başka bir yere taşınma, yaşam tarzı, yaş (özellikle menopoz, andropoz dönemleri, lohusalık ve ergenlik dönemleri gini) vb. Bu noktada bireyi strese yönelten stres faktörlerinin tanımlanması ve uzmanlar tarafından önerilen doğru stres yönetim tekniklerinin izlenmesi gereklidir (Özdemir Yaylacı, 2005).

1950' li yılların sonunda kardiyolog Friedman ve Roseman koroner kalp rahatsızlığı bulunan hastalarının belirli davranış örüntüleri ve duygusal tepkiler sergilediklerini gözlemlemişler ve bu davranış örüntülerini “A tipi davranışlar”olarak isimlendirmişlerdir. Sabırsızlık, saldırganlık, düşmanlık, rekabet hissi, zamanla yarışma, başarı yönelimli olma ve öfkeli A tipi davranış tarzlarından bazılarıdır. B tipi davranış sergileyen kişiler ise; daha rahat, daha uysal, daha az rekabetçi ve daha az saldırgan olarak tanımlanmaktadır. Friedman ve Rosenman 1974 yılında yayınladıkları çalışmalarında A tipi davranış örüntüsü ile stresten kaynaklanan koroner kalp rahatsızlığı arasında güçlü bir korelasyon tespit etmişlerdir (Travers ve Cooper'dan akt. Erden, 2015).

2.3.3.2. Çevresel Stres Kaynakları

Önemli yaşam olaylarını ve günlük sıkıntıları içerir. Önemli yaşam olayları, örneğin üniversiteye başlamak, bir yerden bir yere taşınmak, bir aile bireyinin ölümü ya da ciddi hastalığı gibi, büyük bir değişim ya da uyumu gerektiren olaylardır. Ancak stresin en büyük kaynakları, sıradan, günlük sıkıntılardır. Örneğin, oda arkadaşıyla sorunlar, bir şey kaybetmek, başarısızlıklar, aşırı iş yükü ya da ekonomik kaygılar gibi. Bu

engelleyici olayların sıklığının artmasının, vücudun bağışıklık sistemini zayıflatma ve hastalıklara karşı direncini azaltma gibi fizyolojik sonuçlara yol açtığı, günümüzde artık çok iyi bilinmektedir (Barut, Özkamalı ve Tıngır, 20109).

2.3.3.3. Örgütsel Stres Kaynakları

İnsanlar hayatlarını devam ettirmek, gerekli ihtiyaçlarını karşılamak veya belirli amaçlara ulaşmak için örgütlerde görev alırlar. Bu süreç içerisinde bireyler örgüte ait bazı özelliklerden dolayı strese maruz kalırlar. İşyerinde örgütsel strese neden olabilecek bazı faktörler şöyle sıralanabilir: iş yükünün fazlalığı, denetimin sıkı ve yakından olması, yetkinin sorumlulukları karşılamada yetersiz olması, rol belirsizliği, iş çevresi ve bireyin değerleri arasındaki uyumsuzluk, rol çatışması ve sorumlulukların sebep olduğu endişe (Pehlivan, 1995; akt. Bakırcı, 2012).

2.3.4. Stresin Belirtileri

Her insanda stresin belirtileri aynı biçimde görülmez. Stres kişiden kişiye değişen belirtiler verebilir. Bu belirtiler sık görülmeye başlarsa bireyler stres altında demektir. Stresi kontrol etmenin ilk adımı, stresin farkında olmaktır. Yapılması gereken, bireyin kendi fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal özelliklerini iyi analiz etmesi ve normal dışı durumlardaki bu belirtilerin farkına vararak stres yaratıcı durumla en iyi şekilde başa çıkabilmesidir (Güçlü, 2001).

Stres belirtileri üç değişik biçimde ortaya çıkabilirler: fizyolojik (bedensel), psikolojik ya da davranışsal değişiklikler (Barut, Özkamalı ve Tıngır, 2010).

Fizyolojik(Bedensel) Belirtiler: Stresin fiziksel belirtileri, artmış adrenalin düzeyine bağlı olarak görülen belirtilerindendir. Genellikle diyet, yorgunluk, enfeksiyon, yetersiz dinleme sonucunda ortaya çıkar. Organizmada fizyolojik olarak kan basıncının, kas gerginliğinin, ter bezi faaliyetlerinin ve kalp vuruş sayısının arttığı görülür. Solunum sıklaşır ve gözbebeklerinde büyüme olur. Beyin ve kaslara daha fazla oksijen gerektiği için kanda alyuvar sayısı artar, iç organlardaki kan miktarının azalması nedeniyle sindirim yavaşlar, zihinsel olarak dikkat azalır, algılamada yanılgılar ve unutkanlık görülebilir (Hughes'ten akt.Hosseinalipour, 2015).

Psikolojik Belirtiler: Hayatın anlamını kaybettiğini düşünme, bir boşluk içerisinde olduğunu hissetme, suçluluk hissetme, diğer insanlara düşmanlık duyma vb. (Rowshan'dan akt. Erden, 2015).

Endişelenme, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, sinirlilik ya da kontrolsüzlük duygusu, kendini üzüntülü, kızgın ya da zaman baskısı altında hissetme şeklinde sıralanabilir (Barut, Özkamalı ve Tıngır, 2010).

Davranışsal Belirtiler: Bir maddeye aşırı düşkünlük, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, gevşeme ya da sakinleşme açısından güçlükler, telaşla oradan oraya koşturmak, sosyal ortamlardan kaçınma, huzursuzluk (Barut, Özkamalı ve Tıngır, 2010).

Uykusuzluk, uyuma isteği, iştahsızlık, yeme alışkanlığında artma, zararlı maddeler kullanma (Sara, 2013).

Stresin davranışsal belirtileri; yüksek sesle veya çok hızlı şekilde konuşmak, esnemek, tırnak yemek, dış gıcırdatmak, sık sık göz kırpmak, kaşları çatma, hızlı şekilde yürümek, azalan şahsi etkinlik, unutkanlık, sık sık işe gelmeme, kişisel görüntüsünü ihmal etme, sigara ve alkol kullanma, telaşlanma, mutlu olma davranışını sergileyememe, kararlara katılmama, sabırsızlanma, sürekli eleştirme şeklinde kendini gösterebilir (Kuru'dan akt. Hosseinalipour, 2015).

2.3.5. Stresle Başa Çıkma

2.3.5.1. Tanımı

Baş çıkma, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir (Şirin, 2007).

Stresle başa çıkma Lazarus ve Folkman tarafından, kişinin kaynaklarını aştığını değerlendirdiği, spesifik içsel ve dışsal taleplerin üstesinden gelmek için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmıştır (Lazarus ve Folkman'dan akt. Menderes, 2009).

Kişilerin bilinçli olarak farkında oldukları stres faktörleri ya da tehlikeleri önemek için baş etme stratejileri kullanırlar. Bunlar uyum sağlayıcı (adaptif), uyum göstermeyen (maladaptif) stratejilerdir. Uyum sağlayıcı stratejiler problem çözmeye yönelik

stratejiler ve duyguları azaltmaya yarayan stratejilerdir. Kişi başkalarından yardım isteyebilir, bilgi ve tavsiye alabilir. Planlar yaparak sorunu kendisi çözmeye yoluna gidebilir. Kendi hakkını savunabilir ya da başkasının fikrini değiştirmesini sağlayabilir. Kişi strese bağlı olarak ortaya çıkan duygusal yüklülüğü azaltmak için ise duygularını başkalarına aktararak bunların üzerindeki yükü azaltmak için uğraşabilir (Ercan'dan akt. Luzumlu, 2013).

2.3.5.2. Stresle Başa Çıkma Stratejileri

Stres yönetimi, kişilerin karakter yapılarına göre değişmektedir. Stresle başa çıkma, kişinin duygusal, zihinsel ve davranış özelliklerine yani bireysel özelliklerine bağlı olarak değişen mühim bir süreçtir (Balcı, 2014).

Lazarus ve Folkman (1984), stresle başa çıkma stratejilerini, problem odaklı başa çıkma ve duygusal odaklı başa çıkma olarak iki gruba ayırmışlardır (Saral, 2013).

Problem Odaklı Başa Çıkma: Stresin kaynağına yönelik olarak, bireyin aktif bir şekilde stres yaratan durumu ortadan kaldırmaya yönelik bilgi ve planlanan eyleme giden mantıksal analizini içerir. Problem odaklı başa çıkma biçimleri, durumu değiştirmek için agresif tarzda olabileceği gibi, sorunun çözümüne yönelik serinkanlı, rasyonel ve incelikli çabalar şeklinde de olabilmektedir. Durumu değiştirmeye yönelik, aktif, mantıklı, serinkanlı, bilinçli çabaları içerir (Folkman ve Lazarus'dan akt. Erdem, 2015).

Problem-çözme çabaları stresli bir olayı değiştirmek, ya da etkilerini önlemek veya azaltmak için doğrudan harekete geçmeyi içerir. Problem merkezli başa çıkmanın hedefi stresli durumun isteklerini azaltmak ya da kişinin bu durumla uğraşacak kaynaklarını geliştirmektir (Aspinwall ve Taylor'dan akt. Yerlikaya, 2007).

Duygusal Odaklı Başa Çıkma: Bireyin istenmeyen bir olay karşısında oluşan duygularını ortadan kaldırma gayretidir. Bu başa çıkma tarzında birey, yaşanan süreç içerisinde, durumun objektif ve araçsal özellikleri ile içerdiği tehditlerin doğasındaki gerçekliğe dikkat etmez. Bu başa çıkma tarzında, inkar ve sorundan uzak durma kişiye daha sakin bir biçimde soruna yaklaşma fırsatı verdiği için psikolojik stresi kontrol etmede güçlü tekniklerdir (Türküm'den akt. Erdem, 2015).

2.3.5.3. Stresle Başa Çıkma ve Alkol Madde Kullanımı Arasındaki İlişki

Birey stres karşısında başa çıkma davranışı olarak ilaç ya da alkol gibi maddeleri alarak kötü alışkanlıklar şeklinde tepkide bulunabilmektedir. Kötü alışkanlıklar çoğu zaman önemli problemlere karşı yapmacık çözümler olarak ortaya çıkmakta ve yanlış tutumlar da yanlış davranışları doğurmaktadır (Youngs ve Youngs'dan akt. Koçhan, 2014). Mesela belirli bir yaşa gelen ergenler, çocuk muamelesi gördüğünde sigara ve alkol alarak büyüdüklerini ispat etmeye çalışabilirler. Ya da aile içinde huzursuz olan kişiler, huzuru, dostluğu meyhanede arayabilirler. Yani gerçek problemlere karşı sahte bir çözüm arayışında olurlar. Asıl problemlerle mücadele etmek yerine, yaşadığı strese karşı kaçış yolunu benimseyebilmektedirler (E. Güngör'den akt. Koçhan, 2014).

Stresle başa çıkma yolları, kişiye göre değişmektedir. Stres yaratan bir durum karşısında ortaya çıkan kaygı ve öfke gibi olumsuz duygularla başa çıkmada probleme odaklanma ve durumu değiştirme yerine bir araç olarak alkol, sigara gibi maddelerin kullanıldığı saptanmıştır (Karahana ve Koç'tan akt. Koçhan, 2014).

İKİNCİ KISIM

4. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, araştırma evren ve örnekleme, veri toplama yöntem ve araçları ile kullanılan istatistiksel yöntemler anlatılmaktadır.

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, 17 ve üzeri yaşlarındaki sağlıklı bireylerde alkol madde kullanımı ile anksiyete duyarlılığı ve stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi araştırmaktadır.

3.2 ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırma n=56 erkek ve n=114 kadın toplamda N=170 katılımcı ile yürütülmüştür. Araştırmaya bağımlılık tanısı almamış sağlıklı bireyler dahil edilmiş olu farklı kültürden kişiler katılmıştır.

3.3.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada katılımcılara, Bilgilendirilmiş Onam Formu, bireyin alkol kullanım düzeyinin belirlenmesi için Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT), madde kullanım düzeyinin belirlenmesi için DAST-10, anksiyete duyarlılığının belirlenmesi için Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3), stresle başa çıkma stratejilerini belirlemek için de Stresle Başa Çıkma Ölçeği verilmiştir.

3.3.1. Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT)

Bir kişinin alkol ya da madde kullanım sorunlarıyla karşı karşıya kalıp kalmadığını, varsa düzeyini ölçmek için kullanılır (Evren ve Ögel, 2003). Kişinin alkol kullanım problemleri ile karşı karşıya kalıp kalmadığını araştıran, öz bildirim dayalı 25 soru içeren bir değerlendirme aracıdır. Her bir soru farklı puan değerlerine sahiptir. İlk soru puanlamaya girmez. Her bir madde evet/hayır şeklinde yanıtlanmaktadır. Puanlara göre 0-4 sorunsuz içici, 5-9 alkol kötüye kullanımı, 10 ve üzeri alkol bağımlılığı şeklinde değerlendirilmektedir. MATT için kesim noktası 5-9 olup 10 puanın üstü alkol

bağımlılığı olarak kabul edilir. Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Coşkunol ve arkadaşları tarafından yapılmış ve 0-4 puan sorunsuz içici, 5-9 puan kötüye kullanım, 10 ve üzeri puan da bağımlılık göstergesi olarak belirtilmiştir(Turan ve Aşkın, 1999).

3.3.2. DAST-10

Bireylerin alkol ve sigara dışındaki maddelerin kullanımının belirlenmesi için kullanılır. 10 sorudan oluşan ölçeği bireyin “evet” veya “hayır” şeklinde işaretlemesi gerekir. 1-2 puan arasındaki puan düşük, 3-5 arasındaki puan orta, 6-8 arasındaki puan önemli, 9-10 arasında ciddi şekilde değerlendirimektedir. Kesme noktası 4 ve üzeri olarak alındığında DAST-10 duyarlılık ve özgüllük puanları, sırasıyla 0.98 ve 0.91 olarak bulunmuştur. Ayrıca DAST-10, alkol kullanım bozukluğu olan hastaları madde kullanım bozukluğu olan hastalardan anlamlı düzeyde ayırt ettiği için iyi düzeyde ayırıcı geçerlilik göstermiştir (Evren vde ark., 2013).

3.3.3. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)

ADİ-3, fiziksel, toplumsal ve bilişsel alt boyutları olan ve her alt boyutta 6’şar madde bulunan toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Bu 18 maddeden 5 tanesi orijinal ADİ’de bulunan maddeleri içermektedir. Ölçek beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. ‘0’ çok az anlamına gelirken ‘4’ çok fazla anlamına gelmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0-72 arasındadır. Uygulayıcılardan her bir maddede yer alan ifadelerle ilgili şimdiye kadar ki deneyimlerini dikkate alarak ya da o maddeyle ilgili deneyimi yoksa o durumu yaşaması halinde nasıl hissedebileceğini düşünerek ilgili ifadeyle ne derecede hemfikir olduğunu belirtmesi istenmektedir (Taylor ve ark. akt. Mantar vd., 2010). ADİ-3’ü geliştirme ve geçerlik çalışması yakın zamanda yayınlandığından literatürde ölçeğin kullanıldığı bir araştırmaya ulaşılamamaktadır. Ancak ölçeği geliştirenler çalışmalarını oldukça büyük bir örnekleme gerçekleştirmişlerdir. Kanada ve ABD’de yapılan toplam 390 hastanın alındığı grupta en yüksek ADİ-3 puanları PB grubunda tespit edilmiştir (ort.= 32.6 puan). İkinci sırada sosyal anksiyete bozukluğu (ort.= 31.6 puan), üçüncü sırada yaygın anksiyete bozukluğu (ort.= 27.5 puan) bulunmuştur (Taylor ve ark. akt. Mantar vd., 2010). Ölçeğin Türkiye’de yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında,

ADİ-3'ün yüksek bir iç tutarlılık gösterdiği (Cronbach alfa= 0.93), ve test tekrar test güvenilirliğinin oldukça iyi olduğu saptanmıştır($r= 0.64$, $p<0.001$). Bu çalışmayla Türkçe'ye kazandırılan ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir. (Mantar vd., 2010).

3.3.4 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Folkman ve Lazarus tarafından Başa Çıkma Yolları Envanteri olarak geliştirilen 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin 30 maddelik formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır(Engin ve ark., 204).

Bireyin stresle başa çıkmada kullandığı tarzları ölçmek için uygulanır. Kağıt kalem testi olmakla beraber yetişkinlere uygulanmaktadır. Bireysel veya grup olarak uygulanabilir. Ölçek 30 maddeden ve 5 ayrı altölçekten oluşur. Bu altölçekler; iyimser yaklaşım(5 madde), kendine güvenen yaklaşım(7 madde), çaresiz yaklaşım(8 madde), boyun eğici yaklaşım(6 madde) ve sosyal desteğe başvurma (4 madde) şeklindedir. Her bir altölçekten alınan puanlar, 'iyimser yaklaşım' alttestinde 5-20, 'kendine güvenle yaklaşım' alttestinde 7-28, 'çaresiz yaklaşım' alttestinde 8-32, 'boyun eğici yaklaşım' alttestinde 6-24, 'sosyal desteğe başvurma' 4-16 arasında değişir. Ölçek altpuanlarının yüksek olması, bireyin ilgili başa çıkma tarzını daha çok kullandığı anlamını taşır (Öner, 2012).

3.4 VERİ ANALİZİ YÖNTEMLERİ

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 programı kullanılmıştır. Toplanan veriler frekans analizi, tukey, tek yönlü varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılarak elde edilmiştir.

ÜÇÜNCÜ KISIM

4. BULGULAR

Katılımcıların Demografik Bilgilerinin Dağılımı

Katılımcılara ait demografik bilgilerin dağılımının belirlenmesi için frekans analizi yapılmış ve tabloda verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Bilgilerinin Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Erkek	56	32,9
	Kadın	114	67,1
	Total	170	100,0
Yaş Grupları	17-21	39	22,9
	22-26	53	31,2
	27-32	37	21,8
	33-40	24	14,1
	40+	17	10,0
	Total	170	100,0
Kullanılan Madde	Kullanmayan	52	30,6
	Esrar	5	2,9
	Eroin-Kokain	12	7,1
	Ecstasy	4	2,4
	Sigara	34	20,0
	Alkol	58	34,1
	Bonzai	5	2,9
	Total	170	100,0

Katılımcıların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde; erkeklerin oranı %32,9, kadınların dağılımı ise %67,1'dir. Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde; 17-21 yaş grubundaki kişilerin oranı %22,9; 22-26 yaş grubundaki kişilerin oranı %31,2 olup,

27-32 yaş grubu kişilerin oranı %21,8, 33-40 yaş grubu kişilerin oranı %14,1, 40 yaş üzeri kişilerin oranı ise %10'dur. Kullanılan maddelerin dağılımı incelendiğinde; madde kullanmayanların oranı %30,6; esrar kullananların oranı %2,9, eroin-kokain kullananların oranı %7,1; ecstacy kullananların oranı %2,4 olup sigara kullananların oranı %20, alkol kullananların oranı %34,1; bonzai kullananların oranı ise %2,9'dur.

Kullanılan madde ile cinsiyet arasındaki ilişki incelenmiş ve tabloda verilmiştir.

Tablo 2: Kullanılan Madde ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

		Cinsiyet		Total
		Erkek	Kadın	
Kullanılan Madde	Kullanmayan	11	29	40
		19,6 %	25,4 %	23,5 %
Esrar		4	5	9
		7,1 %	4,4 %	5,3 %
Eroin-Kokain		4	8	12
		7,1 %	7,0 %	7,1 %
Ecstasy		3	9	12
		5,4 %	7,9 %	7,1 %
Sigara		13	21	34
		23,2 %	18,4 %	20,0 %
Alkol		19	39	58
		33,9 %	34,2 %	34,1 %
Bonzai		2	3	5
		3,6 %	2,6 %	2,9 %

Total	56	114	170
	100,	100,	100,
	0%	0%	0%

Erkeklerde madde kullanmayanların oranı %19,6; esrar kullananların oranı %7,1; eroin-kokain kullananların oranı %7,1; ecstasy kullananların oranı %5,4 olup sigara kullananların oranı %23,2; alkol kullananların oranı %33,9, bonzai kullananların oranı %3,6'dır. Kadınlarda madde kullanmayanların oranı %25,4; esrar kullananların oranı %4,4; eroin-kokain kullananların oranı %7; ecstasy kullananların oranı %7,9 olup, sigara kullananların oranı %18,4; alkol kullananların oranı %34,2, bonzai kullananların oranı %2,6'dır.

Tablo 3: Kullanılan Madde ve Yaş Arasındaki İlişki

		Yaş Grupları					Total
		17-21	22-26	27-32	33-40	40+	
Kullanılan Madde	Kullanmayan	10	7	12	7	4	40
		25,6 %	13,2 %	32,4 %	29,2 %	23,5 %	23,5 %
	Esrar	0	3	2	2	2	9
		0,0 %	5,7 %	5,4 %	8,3 %	11,8 %	5,3 %
	Eroin-Kokain	4	3	3	2	0	12
		10,3 %	5,7 %	8,1 %	8,3 %	0,0 %	7,1 %
	Ecstasy	3	6	0	1	2	12
		7,7 %	11,3 %	0,0 %	4,2 %	11,8 %	7,1 %
	Sigara	6	12	7	6	3	34
		15,4 %	22,6 %	18,9 %	25,0 %	17,6 %	20,0 %
	Alkol	15	21	10	6	6	58

		38,5 %	39,6 %	27,0 %	25,0 %	35,3 %	34,1 %
	Bonzai	1	1	3	0	0	5
		2,6 %	1,9 %	8,1 %	0,0 %	0,0 %	2,9 %
Total		39	53	37	24	17	170
		100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%

17-21 yaş grubunda; madde kullanmayanların oranı %25,6; esrar kullananların oranı %0; eroin-kokain kullananların oranı %10,3; ecstasy kullananların oranı %7,7 olup sigara kullananların oranı %15,4; alkol kullananların oranı %38,5, bonzai kullananların oranı %2,6'dır. 22-26 yaş grubunda; madde kullanmayanların oranı %13,2; esrar kullananların oranı %5,7; eroin-kokain kullananların oranı %5,7; ecstasy kullananların oranı %11,3 olup sigara kullananların oranı %22,6; alkol kullananların oranı %39,6, bonzai kullananların oranı %1,9'dur. 27-32 yaş grubunda; madde kullanmayanların oranı %32,4; esrar kullananların oranı %5,4; eroin-kokain kullananların oranı %8,1; ecstasy kullananların oranı %0 olup sigara kullananların oranı %18,9; alkol kullananların oranı %27, bonzai kullananların oranı %8,1'dir. 33-40 yaş grubunda; madde kullanmayanların oranı %29,2; esrar kullananların oranı %8,3; eroin-kokain kullananların oranı %8,3; ecstasy kullananların oranı %4,2 olup sigara kullananların oranı %25 alkol kullananların oranı %25, bonzai kullananların oranı %2,6'dır. 40+ yaş grubunda; madde kullanmayanların oranı %23,5; esrar kullananların oranı %11,8; eroin-kokain kullananların oranı %0; ecstasy kullananların oranı %11,8 olup sigara kullananların oranı %17,6; alkol kullananların oranı %35,3, bonzai kullananların oranı %0'dır.

Anksiyete Duyarlılığının Yaş Gruplarına Göre Değişimi

Anksiyete duyarlılığının yaş gruplarına göre ortalaması ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları tabloda verilmiştir.

Tablo 4: Anksiyete Duyarlılığının Yaş Gruplarına Göre Değişimi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Fiziksel	17-21	34	7,06	4,89	1,640	0,048*
	22-26	45	7,33	4,72		
	27-32	27	8,70	3,75		
	33-40	21	7,95	6,09		
	40+	14	10,79	7,30		
	Total	141	7,96	5,17		
Bilişsel	17-21	34	6,76	4,33	0,094	0,984
	22-26	45	6,20	4,93		
	27-32	27	6,48	4,65		
	33-40	21	6,29	5,56		
	40+	14	6,86	5,60		
	Total	141	6,47	4,84		
Sosyal	17-21	34	8,15	4,11	0,454	0,040*
	22-26	45	8,20	4,43		
	27-32	27	8,00	4,33		
	33-40	21	9,57	5,43		
	40+	14	8,79	5,81		
	Total	141	8,41	4,61		
Toplam Anksiyete Duyarlılığı	17-21	34	21,97	10,74	0,458	0,02*
	22-26	45	21,73	12,51		
	27-32	27	23,19	10,16		
	33-40	21	23,81	14,81		
	40+	14	26,43	16,01		
	Total	141	22,84	12,36		

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; fiziksel, sosyal ve toplam anksiyete duyarlılığı yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken ($p < 0,05$), bilişsel anksiyete duyarlılığı yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir.

($p>0,05$). Anlamli düzeyde farklılık gösteren fiziksel, sosyal ve toplam anksiyete düzeyi için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespit edilmesi amacıyla yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre; fiziksel ve sosyal anksiyete duyarlılığı için 40+ yaş grubu bireylerin duyarlılığı diğer yaş gruplarından anlamlı derecede daha yüksektir. Sosyal anksiyete duyarlılığı için ise 33-40 yaş grubu duyarlılığı diğer yaş gruplarından anlamlı derecede daha yüksektir.

Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Değişimi

Stresle başa çıkma ölçeği ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları tabloda verilmiştir.

Tablo 5: Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Değişimi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Kendine Güvenli Yaklaşım	17-21	39	21,24	4,13	0,688	0,045*
	22-26	53	19,38	3,83		
	27-32	37	20,44	4,92		
	33-40	24	24,38	3,09		
	40+	17	23,71	5,57		
	Total	170	21,25	4,21		
Çaresiz Yaklaşım	17-21	39	17,79	3,66	0,674	0,611
	22-26	53	18,44	4,96		
	27-32	37	17,11	3,93		
	33-40	24	18,14	4,27		
	40+	17	16,79	3,40		
	Total	170	17,82	4,21		
Boyun Eğici Yaklaşım	17-21	39	10,79	2,19	0,686	0,002*
	22-26	53	11,02	2,54		
	27-32	37	10,33	2,53		
	33-40	24	11,38	2,77		
	40+	17	14,36	2,82		
	Total	170	10,92	2,51		
İyimser Yaklaşım	17-21	39	10,79	2,14	0,684	0,604
	22-26	53	9,45	2,71		
	27-32	37	10,55	1,81		

	33-40	24	11,44	2,12		
	40+	17	9,89	2,22		
	Total	170	10,49	2,18		
Sosyal Desteğe Başvurma	17-21	39	14,79	2,03	0,684	0,015*
	22-26	53	10,60	2,46		
	27-32	37	10,26	1,79		
	33-40	24	11,24	2,45		
	40+	17	10,36	2,17		
	Total	170	10,65	2,20		
Toplam Stresle Başa Çıkma	17-21	39	71,41	8,78	1,374	0,246
	22-26	53	72,04	10,55		
	27-32	37	68,41	9,80		
	33-40	24	74,38	7,46		
	40+	17	69,57	9,35		
	Total	170	71,30	9,52		

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma alt boyutları yaşa göre anlamlı düzeyde farklılık göstermekte iken ($p < 0,05$), çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım ve toplam stresle başa çıkma ölçeği yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık gösteren kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma alt boyutları için farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre; 33-40 yaş ve 40+ yaş grubunun ortalaması diğer yaş gruplarından anlamlı derecede büyüktür. Boyun eğici yaklaşım için 40+ yaş grubunun ortalaması diğer yaş gruplarından anlamlı düzeyde farklı ve yüksek olup, diğer yaş grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamaktadır. Sosyal desteğe başvurma alt boyutu için ise 17-21 yaş grubu kişilerin ortalaması diğer yaş gruplarından anlamlı derecede farklı ve yüksek olup diğer yaş grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamaktadır.

Dast-10 ve Matt ölçeklerinin yaş gruplarına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları tabloda verilmiştir.

Tablo 6: Dast-10 ve Matt Ölçeklerinin Yaş Gruplarına Göre Ortalamaları ve Bu Ortalamalar Arasındaki Farkın Anlamlılık Düzeyi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Dast10	17-21	39	1,15	1,64	2,478	0,049*
	22-26	53	2,29	4,62		
	27-32	37	0,67	0,70		
	33-40	24	1,47	1,74		
	40+	17	0,71	0,76		
	Total	170	1,46	2,96		
Matt	17-21	39	7,75	2,25	0,689	0,601
	22-26	53	6,43	2,48		
	27-32	37	4,80	2,75		
	33-40	24	3,90	1,12		
	40+	17	2,90	0,89		
	Total	170	6,80	1,79		

*p<0,05

Buna göre Matt ölçeklerinin yaş gruplarına göre ortalamaları anlamlı düzeyde farklılık göstermezken ($p>0,05$), Dast10 ölçeği yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre 22-26 yaş grubunun ortalaması diğer gruplardan anlamlı derecede daha yüksek, 27-32 ve 40+ yaş grubunun ortalaması ise diğer gruplardan anlamlı derecede daha düşüktür.

Tablo7: Katılımcıların MATT, DAST-10, Anksiyete Duyarlılığı ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalamaları

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
Fiziksel	141	0,00	24,00	7,96	5,17
Bilişsel	141	0,00	20,00	6,47	4,84
Sosyal	141	0,00	20,00	8,41	4,61
Toplam Anksiyete Duyarlılığı	141	0,00	55,00	22,84	12,36
Kendine Güvenli Yaklaşım	141	9,00	28,00	21,25	4,21
Çaresiz Yaklaşım	141	8,00	32,00	17,82	4,21
Boyun Eğici Yaklaşım	141	5,00	16,00	10,92	2,51

Iyimser Yaklaşım	141	5,00	16,00	10,65	2,20
Sosyal Desteğe Başvurma	141	5,00	16,00	10,65	2,20
Toplam Stresle Başa Çıkma	141	42,00	95,00	71,30	9,52
Dast10	112	0	20	1,46	2,96
Matt	114	2,00	14	8,60	1,79

Katılımcıların Matt ölçeğinden elde ettikleri ortalama puan incelendiğinde, matt ortalama puan algılarının 8,6 olduğu belirlenmiştir. Ortalama puan 5-9 arasında olduğundan ($5 < \text{matt} = 8,6 < 9$) katılımcıların alkol kullanım seviyesinin kötüye kullanma seviyesinde olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların DAST ölçeğinden elde ettikleri ortalama puan incelendiğinde, DAST ortalama puan algılarının 1,46 olduğu belirlenmiştir. Ortalama puan 1-2 arasında olduğundan ($1 < \text{DAST} = 1,46 < 2$) katılımcıların alkol ve sigara maddeleri dışındaki madde bağımlılıkları seviyesinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların anksiyete genel puanına bakıldığında 22,84, alt boyutları olan fiziksel (7,96), bilişsel (6,47) ve sosyal (8,41) olarak hesaplanmıştır. Puanlar göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların anksiyete değerlerinin düşük seviyede olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların kendine güvenli yaklaşım, tutumlarının yüksek (21,25), çaresiz yaklaşım orta (17,82) , boyun eğici yaklaşım düşük (10,92), iyimser yaklaşım düşük (10,65), sosyal desteğe başvurma orta (10,65) ve genel stresle başa çıkma tutumlarının orta (71,30) düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Toplam Anksiyete Duyarlılığının Kullanılan Maddeye Göre Değişimi

Toplam anksiyete duyarlılığı ve alt boyutlarının kullanılan maddeye göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları tabloda verilmiştir.

Tablo 8: Toplam Anksiyete Duyarlılığının Kullanılan Maddeye Göre Değişimi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Fiziksel	Kullanmayan	40	7,60	5,38	0,197	0,977
	Esrar	5	9,00	6,60		
	Eroin-Kokain	10	7,90	6,49		
	Ecstasy	9	9,33	3,84		
	Sigara	28	8,11	5,22		
	Alkol	47	7,89	4,99		
	Bonzai	2	6,50	4,95		
	Total	141	7,96	5,17		
Bilişsel	Kullanmayan	40	5,48	4,76	1,188	0,040*
	Esrar	5	6,40	4,72		
	Eroin-Kokain	10	6,50	4,72		
	Ecstasy	9	10,11	3,69		
	Sigara	28	6,29	5,05		
	Alkol	47	6,77	4,97		
	Bonzai	2	5,50	3,54		
	Total	141	6,47	4,84		
Sosyal	Kullanmayan	40	4,25	4,65	0,397	0,012*
	Esrar	5	7,80	7,69		
	Eroin-Kokain	10	6,70	4,79		
	Ecstasy	9	9,67	2,74		
	Sigara	28	8,64	5,22		
	Alkol	47	8,64	4,28		
	Bonzai	2	7,50	2,12		
	Total	141	8,41	4,61		
Toplam Anksiyete	Kullanmayan	40	21,33	12,54	0,546	0,773
	Esrar	5	23,20	15,55		

Duyarlılığı	Eroin- Kokain	10	21,10	13,29		
	Ecstasy	9	29,11	7,90		
	Sigara	28	23,04	13,73		
	Alkol	47	23,30	11,93		
	Bonzai	2	19,50	6,36		
	Total	141	22,84	12,36		

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; bilişsel ve sosyal anksiyete duyarlılığı kullanılan maddeye göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken ($p < 0,05$), fiziksel ve toplam anksiyete duyarlılığı kullanılan maddeye göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Kullanılan maddeye göre anlamlı düzeyde farklılık gösteren bilişsel ve sosyal anksiyete duyarlılığı için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesi için TUKEY testi yapılmıştır. TUKEY testi sonuçlarına göre; ecstasy kullananların bilişsel anksiyete duyarlılığı diğer madde kullananların ve kullanmayanların düzeyinden anlamlı derecede daha fazladır. Madde kullanmayanların sosyal anksiyete duyarlılığı ise madde kullananlardan anlamlı derecede daha küçüktür.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Kullanılan Maddeye Göre Değişimi

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği ve alt boyutlarının kullanılan maddeye göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 9 : Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Kullanılan Maddeye Göre Değişimi

		N	Ortal ama	Std. Sapma	F	p
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kullanmayan	52	26,15	4,07	0,356	0,045*
	Esrar	5	22,40	7,02		
	Eroin-Kokain	12	20,70	5,08		
	Ecstasy	4	19,78	5,31		

	Sigara	34	21,29	3,73		
	Alkol	58	21,51	4,07		
	Bonzai	5	23,00	1,41		
	Total	170	21,25	4,21		
Çaresiz Yaklaşım	Kullanmayan	52	17,45	3,66	0,885	0,015*
	Esrar	5	21,40	5,64		
	Eroin-Kokain	12	18,70	4,16		
	Ecstasy	4	23,56	3,68		
	Sigara	34	17,89	4,83		
	Alkol	58	17,53	4,27		
	Bonzai	5	23,00	2,83		
	Total	170	17,82	4,21		
Boyun Eğici Yaklaşım	Kullanmayan	52	8,75	2,25	1,017	0,027*
	Esrar	5	14,00	3,54		
	Eroin-Kokain	12	13,60	1,35		
	Ecstasy	4	13,44	2,65		
	Sigara	34	9,32	2,84		
	Alkol	58	9,02	2,57		
	Bonzai	5	13,50	0,71		
	Total	170	10,92	2,51		
İyimser Yaklaşım	Kullanmayan	52	10,70	2,02	0,553	0,767
	Esrar	5	11,80	2,77		
	Eroin-Kokain	12	11,20	2,57		
	Ecstasy	4	11,11	2,47		
	Sigara	34	10,32	2,47		
	Alkol	58	10,51	2,09		
	Bonzai	5	10,00	0,00		
	Total	170	10,65	2,20		
Sosyal Desteğe Başvurma	Kullanmayan	52	10,70	2,02	0,553	0,767
	Esrar	5	11,80	2,77		
	Eroin-Kokain	12	11,20	2,57		
	Ecstasy	4	11,11	2,47		
	Sigara	34	10,32	2,47		
	Alkol	58	10,51	2,09		
	Bonzai	5	10,00	0,00		
	Total	170	10,65	2,20		
Toplam Stresle Başa Çıkma	Kullanmayan	52	70,75	8,66	0,208	0,974
	Esrar	5	74,40	16,26		
	Eroin-Kokain	12	72,40	11,25		
	Ecstasy	4	73,00	14,90		

		0	2		
Sigara	34	71,14	9,44		
Alkol	58	71,09	8,41		
Bonzai	5	68,50	0,71		
Total	170	71,30	9,52		

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutları kullanılan maddeye göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken ($p < 0,05$), diğer alt boyutlar ve ölçeğin toplamı kullanılan maddeye göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Anlamlı düzeyde farklılık gösteren kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutları için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespit edilmesi amacıyla yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre; kendine güvenli yaklaşım için madde kullanmayanların ortalaması diğer madde kullananların ortalamasından anlamlı derecede daha küçüktür. Çaresiz yaklaşım alt boyutu için ise madde kullanmayan, sigara ve alkol kullanan bireylerin ortalaması madde kullananlar bireylerin ortalamasından anlamlı derecede daha düşüktür. Aynı şekilde boyun eğici yaklaşım için de madde kullanmayan, sigara ve alkol kullanan bireylerin ortalaması madde kullananlar bireylerin ortalamasından anlamlı derecede daha düşüktür.

Dast-10 ve Matt Ölçeklerinin Kullanılan Madde Türüne Göre Değişimi

Dast-10 ve Matt ölçeklerinin kullanılan madde türüne göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları tabloda verilmiştir.

Tablo 10: Dast-10 ve Matt Ölçeklerinin Kullanılan Madde Türüne Göre Değişimi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Dast10	Kullanmayan	52	16,81	4,49	1,272	0,277
	Esrar	5	19,40	0,55		
	Eroin-Kokain	12	17,75	0,50		
	Ecstasy	4	15,73	5,39		
	Sigara	34	19,07	0,96		

	Alkol	58	16,60	4,97		
	Bonzai	5	14,60	6,23		
	Total	170	16,98	4,46		
Matt	Kullanmayan	52	3,55	1,88	0,468	0,831
	Esrar	5	8,5	3,00		
	Eroin-Kokain	12	7,12	2,92		
	Ecstasy	4	6,88	9,96		
	Sigara	34	3,56	1,55		
	Alkol	58	3,95	1,20		
	Bonzai	5	7,42	3,05		
	Total	170	6,80	1,79		

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; Dastt10 ve Matt ölçeklerin kullanılan maddeye göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Ölçekler ve Alt Boyutlar Arasındaki İlişkiler

Ölçekler ve alt boyutlarının birbirleriyle ilişkilerinin belirlenmesi için korelasyon analizi yapılmış ve korelasyon katsayısı elde edilmiştir.

Tablo 11: Ölçekler ve Alt Boyutlar Arasındaki İlişkiler

Sosyal	Bilişsel		Fiziksel		Fiziksel	Bilişsel	Sosyal	Toplam Anksiyete Duyarlılığı	Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Desteğe Başvurma	Toplam Stresle Başa Çıkma	Dastt10	Matt
	r	p	r	p												
0,537**	0	,533**	1													
0,649**	1			0	,533**											
1	0	,649**	0	0	,537**											
0,852**	0	,857**	0	0	,827**											
0,33	-0,083	0,145	-0,123	0,439	-0,066											
0,001	,279**	0	,387**	0,004	,239**											
0,199	-0,109	0,106	-0,137	0,874	-0,013											
0,013	,209*	0,001	,282**	0,21	0,106											
0,013	,209*	0,001	,282**	0,21	0,106											
0,066	0,155	0,012	,211*	0,147	0,123											
0,067	0,189	0,567	0,06	0,574	-0,059											
0,893	-0,013	0,644	0,044	0,311	0,096											

Matt	Dast10		Toplam Stresle Başa Çıkma		Sosyal Desteğe Başvurma		İyimser Yaklaşım		Boyun Eğici Yaklaşım		Çaresiz Yaklaşım		Kendine Güvenli Yaklaşım		Toplam Anksiyete Düzeyliliği	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
0,311	0,096	0,574	-0,059	0,147	0,123	0,21	0,106	0,21	0,106	0,874	-0,01	0,004	0,239**	0,439	-0,07	0,827**
0,644	0,044	0,567	0,06	0,012	0,211*	0,001	0,282**	0,001	0,282**	0,106	-0,14	0	0,387**	0,145	-0,12	0,857**
0,893	-0,013	0,067	0,189	0,066	0,155	0,013	0,209*	0,013	0,209*	0,199	-0,11	0,001	0,279**	0,33	-0,08	0,852**
0,588	0,051	0,511	0,069	0,023	0,192*	0,005	0,233**	0,005	0,233**	0,239	-0,1	0	0,356**	0,208	-0,11	1
0,642	-0,044	0,775	-0,03	0,666**	0,011	0,213*	0,213*	0,011	0,213*	0	0,557**	0,573	-0,048	1	0,208	-0,11
0,488	-0,066	0,948	-0,007	0,519**	0,313**	0	0,313**	0	0,313**	0,03	-0,183*	1	0,573	0,573	-0,05	0,356**
0,014	0,229*	0,898	-0,013	0,505**	0,052	0,164	0,164	0,052	0,164	1	0,03	-0,183*	0	0,557**	0,239	-0,1
0,642	0,044	0,334	0,101	0,739**	0	1,000***	1	0,052	0,164	0,052	0,164	0	0,313**	0,011	0,213*	0,005
0,642	0,044	0,334	0,101	0,739**	1	0,739**	0	0	1,000***	0,052	0,164	0	0,313**	0,011	0,213*	0,005
0,745	0,031	0,785	0,029	1	0,739**	0	0,739**	0	0,739**	0	0,505**	0	0,519**	0	0,666**	0,023
0,549	-0,069	1	0,785	0,029	0,334	0,101	0,334	0,101	0,334	0,101	0,898	-0,01	0,948	-0,007	0,775	-0,03
1	0,549	-0,069	0,745	0,031	0,642	0,044	0,642	0,044	0,642	0,044	0,014	0,229*	0,488	-0,066	0,642	-0,04
																0,588
																0,051

Korelasyon analizi sonucuna göre;

Fiziksel anksiyete duyarlılığı bilişsel anksiyete duyarlılığı ile %53,3 düzeyinde, sosyal anksiyete duyarlılığı için %53,7, toplam anksiyete duyarlılığı ile %82,7 düzeyinde pozitif yönlü ilişkisi bulunmaktadır. Ek olarak stresle başa çıkma tarzlarından

çaresiz yaklaşımla %23,9 düzeyinde pozitif yönlü anlamlı düzeyde biri ilişkisi bulunmaktadır.

Bilişsel anksiyete duyarlılığının sosyal anksiyete duyarlılığı ile %64,9 düzeyinde, toplam anksiyete duyarlılığı ile %85,7 düzeyinde pozitif yönlü anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Stresle başa çıkma tarzlarından çaresiz yaklaşım ile %38,7 düzeyinde; iyimser yaklaşım ile %28,2 düzeyinde, sosyal desteğe başvurma ile %28,2 düzeyinde, toplam stresle başa çıkma ile %21,1 düzeyinde pozitif yönlü anlamlı bir ilişkisi bulunmaktadır.

Sosyal anksiyete duyarlılığı, toplam anksiyete duyarlılığı ile %85,2 düzeyinde; çaresiz yaklaşım ile %27,9 düzeyinde, iyimser yaklaşım ile %20,9, sosyal desteğe başvurma ile %20,9 düzeyinde pozitif yönlü anlamlı biri ilişkisi bulunmaktadır.

Toplam anksiyete duyarlılığı, çaresiz yaklaşım ile %35,6 düzeyinde, iyimser yaklaşım ile %20,9 düzeyinde, sosyal desteğe başvurma ile %20,9, toplam stresle başa çıkma düzeyi ile %19,2 düzeyinde pozitif yönlü anlamlı düzeyde ilişkisi bulunmaktadır.

Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği, boyun eğici yaklaşım ile %55,7, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma ile %21,3; toplam stresle başa çıkma ile %66,6 düzeyinde pozitif yönlü anlamlı bir ilişkisi bulunmaktadır.

Çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ile %18,3 düzeyinde negatif yönlü, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma ile %31,13 düzeyinde, toplam stresle başa çıkma ile %51,9 düzeyinde anlamlı bir ilişkisi bulunmaktadır.

Boyun eğici yaklaşım ile toplam stresle başa çıkma arasında %50,5, matt ölçeği ile %22,9 düzeyinde pozitif yönlü anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır.

İyimser yaklaşım toplam stresle başa çıkma ile %73,9 düzeyinde anlamlı ilişkisi bulunmaktadır.

DÖRDÜNCÜ KISIM

5. TARTIŞMA VE YORUM

Bu çalışmada sağlıklı bireyler alkol madde kullanımı ile anksiyete duyarlılığı ve stresle başa çıkma düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan çalışma doğrultusunda stresle başa çıkma stratejilerinin doğru olmayışı ve anksiyete duyarlılıklarının yüksek olması ile alkol ve madde kullanımına neden olup olmadıklarına dair bilgi toplanması hedeflenmiştir. Bu bölümde analizlerin sonuçları üzerine tartışılmıştır.

AMATEM’de 1998 ile 2002 seneleri arasında yatarak tedavi gören toplam 6007 hastanın %64.1’inin (n=3851) kullandığı ana maddenin alkol olduğu saptanmıştır (Evren ve ark., 2003). Yapılan başka bir araştırmada altmış iki kişiden oluşan örneklemin 30’unu (%48.4) alkol bağımlılığı, 15’ini (%24.2) eroin, 5’ini (%8.1) esrar, 5’ini (%8.1) inhalan madde, 3’ünü (%4.8) sedatif-hipnotik ve 4’ünü (%6.5) diğer madde bağımlılığı tanısı konan hastalar oluşturmuştur (Evren ve Ögel, 2003). Türk Psikologlar Derneği’nin (TPD 2002) Türkiye genelinde 72 il, 74 ilçe ve 51 köyde toplam 7681 kişi ile yüz yüze görüşerek yaptığı geniş alan taramasında 15-24 yaşlarındaki kentli erkeklerde (s=999) yaşam-boyu en az bir kez alkol kullanımı yaygınlığı %71,0 bulunmuştur (İlhan, Demirbaş ve Doğan, 2005). Bu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş olup, erkeklerde alkol kullanım oranı;%25,4, kadınlarda alkol kullanım oranı %34,2 ile kullanılan ana madde alkoldür.

Bu araştırmada erkeklerin alkol madde kullanım oranı %80,4 iken, kadınların alkol madde kullanım oranı da %74,6’dır. Bu çalışma ile paralel olarak, AMATEM’de 1998 ile 2002 yılları arasında yatarak tedavi gören alkol kullanım bozukluğu olan hastaların %2.9’unun kadın, %97.1’inin ise erkek olduğu saptanmıştır. Kadınlar için saptanan oran AMATEM’de daha önce yapılan çalışmalarla uyumlu olmakla beraber, diğer birçok ülkeye göre düşüktür (Evren ve ark., 2003). Ancak Kanada’da üniversite öğrencileri arasında yapılan bir başka çalışmada kadınların %87.5’inin erkeklerin %85.4’ünün son 12 ayda alkol kullandığı bildirilmiştir (Poele ve Dell’den akt. Kutlu, 2011).

Fiziksel, sosyal ve toplam anksiyete duyarlılığı yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Buna göre fiziksel ve sosyal anksiyete duyarlılığı olan 40 yaş üzerindeki bireylerin duyarlılığı diğer yaş gruplarından anlamlı derecede daha yüksektir. Sosyal anksiyete duyarlılığı için ise 33-40 yaşları arasındaki bireylerin duyarlılığı diğer yaş gruplarından anlamlı derecede daha yüksektir. Diğer bir anksiyete duyarlılığı türü olan bilişsel anksiyete duyarlılığı ile yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Literatürde anksiyete duyarlılığı ile yaş grupları arasında yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma alt boyutları yaşa göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım ve toplam stresle başa çıkma ölçeği yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Literatürde stresle başa çıkma ile yaş grupları arasında yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Yapılan bu çalışmaya göre bilişsel ve sosyal anksiyete duyarlılığı kullanılan maddeye göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Ecstasy kullananların bilişsel anksiyete duyarlılığı diğer madde kullananların ve kullanmayanların düzeyinden anlamlı derecede daha fazladır. Madde kullanmayanların sosyal anksiyete duyarlılığı ise madde kullananlardan anlamlı derecede daha küçüktür. Yapılan literatür taramalarında anksiyete duyarlılığı ile madde kullanımı arasında yapılan araştırmaya rastlanmamıştır.

Kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutları kullanılan maddeye göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Kendine güvenli yaklaşım için madde kullanmayanların ortalaması diğer madde kullananların ortalamasından anlamlı derecede daha küçük olduğu görülmüştür. Literatür taramalarında stresle başa çıkmanın alt boyutları ve madde kullanımı arasında bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Anksiyete duyarlılığının alt boyutlarından fiziksel anksiyete duyarlılığının; bilişsel anksiyete duyarlılığı sosyal anksiyete duyarlılığı, toplam anksiyete duyarlılığı ile pozitif yönlü ilişkisi bulunmaktadır. Ek olarak stresle başa çıkma tarzlarından çaresiz yaklaşımla da pozitif yönlü anlamlı düzeyde bir ilişkisi bulunmaktadır.

Anksiyete duyarlılığının diğeri bir alt boyutu bilişsel anksiyete duyarlılığının, sosyal anksiyete duyarlılığı ve toplam anksiyete duyarlılığı ile pozitif yönlü anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Stresle başa çıkma tarzlarından çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma ve toplam stresle başa çıkma ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişkisi bulunmaktadır.

Anksiyete duyarlılığı alt boyutlarından bir diğeri olan sosyal anksiyete duyarlılığı, toplam anksiyete duyarlılığı, çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişkisi bulunmaktadır.

Toplam anksiyete duyarlılığı, çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma ile toplam stresle başa çıkma düzeyi ile pozitif yönlü anlamlı düzeyde ilişkisi bulunmaktadır.

Stresle başa çıkma alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma ile; toplam stresle başa çıkma ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişkisi bulunmaktadır.

Çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ile negatif yönlü, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma, toplam stresle başa çıkma ile anlamlı bir ilişkisi bulunmaktadır.

Boyun eğici yaklaşım ile toplam stresle başa çıkma arasında, matt ölçeği ile düzeyinde pozitif yönlü anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. İyimser yaklaşım toplam stresle başa çıkma ile anlamlı ilişkisi bulunmaktadır.

5.1. ÖNERİLER

1. Araştırma bireylere random olarak 170 kişiye uygulanmıştır. İleride yapılacak araştırmalarda katılımcı sayısı arttırabilirse daha sağlıklı sonuçların alınmasına yardımcı olabilir.
2. Alanda anksiyete duyarlılığı ve alkol madde kullanımı arasında yapılan çalışmaları oldukça azdır. Bu değişkenlerle yapılan çalışmaların arttırılması anksiyete duyarlılığının etkilerini görebilmemizi sağlayabilir.

3. Alanda stresle başa çıkma stratejileri ve alkol madde kullanımı arasında yapılan çalışmaları oldukça azdır. Bu değişkenlerle yapılan çalışmaların artırılması stresin etkilerini görebilmemizi sağlayabilir.
4. Araştırma sağlıklı bireylerle yapılmıştır. Sağlıklı bireyler ve sağlıklı bireyler olarak iki ayrı grupta yapılarak karşılaştırmalı bir araştırma yapılabilir.
5. Verilen ölçeklerde bireyler güvenlik ve gizlilik kaygısı sebebiyle şeffaf bilgi paylaşımı konusunda güçlük yaşamaktadırlar. Bu durumda araştırmanın güvenilirliğini sarsmaktadır. Araştırma benzer değişkenler ile tekrar yapılabilir.
6. Bireylere stresle başa çıkma stratejileri öğretilir.



KAYNAKÇA

1. Alamiş, B. (2014). Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı, Anksiyete, Depresyon ve Eş Uyumu İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma. Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
3. Bakırcı, B. (2012). Ortaöğretim Kurumlarında Çalışan Öğretmenleri Etkileyen Örgütsel Stres Kaynakları Nelerdir? (Edirne İli Örneği). Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
4. Balcı, A. (2014). Çalışanlarda Stres Kaynakları, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Sağlık Sektörü. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
5. Barut, Y., Özkamalı, E., Tıngır, S. (2010). Çalışan Kadınlarla Çalışmayan Kadınların Stresle Başa Çıkma Yolları. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi: 3.
6. Cüceloğlu D. (2000). İnsan ve Davranış. Remzi Kitabevi, İstanbul.
7. Çalışkan, E. (2015). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Semptom Sıklığının Araştırılması. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
8. Çelik Mendres, H. (2009). Üniversite Öğrencilerinin Başarı Amaç Oryantasyonlarının Stresle Başa Çıkma Tarzları, Duygulanım Durumları ve Akademik Başarılarına Göre İncelenmesi. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
9. Deniz, M.E., Yılmaz, E. (2006). Üniversite Öğrencilerinde Duygusal Zeka ve Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi: Cilt : III Sayı : 25.
10. Dünya Sağlık Örgütü, (1993). Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları'ndan, çev., Çuhadaroğlu F., Kaplan, i., Özgen, G., Öztürk, M.O. ve Rezaki, M. O. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Uludağ.
11. Düztaş Kahveci, S.(2011). Madde Kullanım Suçu ile Denetimli Serbestlik Kurumuna Yönlendirilen Kişilerin Profil Özellikleri ve Bağımlılık Şiddetlerinin Ölçülmesi. İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
12. Erdem, Ç. (2015). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlüğüne Müracaat Eden Eğitim Düzeyi ve Gelir Seviyesi Düşük Bireylerde Bağlanma Stillерinin Umutsuzluk Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
13. Erden, C. (2015). Yurtdışında Görev Yapan Türk Öğretmenlerin Duygusal Zeka Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişki. Fatih Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

14. Ergin, A., Uzun, S.U., Bozkurt, A.İ. (2014). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Bu Yöntemlerin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. Fırat Tıp Dergisi: Cilt:19, S.031-037.
15. Evren, C., Can, Y., Yılmaz, A., Ovalı, E., Çetingök, E., Karabulut, V., Mutlu, E. (2013). Psychometric Properties of The Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in Heroin Dependent Adults and Adolescents with Drug Use Disorder. Düşünen Adam Dergisi: 26(4): 351-359.
16. Evren, C., Ögel, K. (2003). Alkol/Madde Bağımlılarında Dissosiyatif Belirtiler ve Çocukluk Çağı Travması, Depresyon, Anksiyete ve Alkol/Madde Kullanımı ile İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi: 4:30-37.
17. Evren, C., Saatcioğlu, Ö., Evren, B., Yapıcı, A., Çakmak, D. (2003). Alkol Kullanım Bozukluğunda Cinsiyet Farklılığı: Yatan Hasta Verilerinin İncelenmesi. Bağımlılık Dergisi: Cilt: 4, Sayı: 3.
18. Güler Akın, Ş. (2013). Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü Yasa Dışı Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik Tedbirine Tabi Tutulan Erkek Ergen ve Yetişkin Bireylerin Motivasyon Durumlarının Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi, Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
19. Gürol, D.T. (2008). Madde Bağımlılığı Açısından Riskli Adolesanlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi. Adolesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi No:63; s.65-68.
20. Hosseinalipour F. (2015). Üniversiteli Sporcu Öğrencilerin Sporda, Motivasyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinin İncelenmesi. Gazi üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
21. İlhan Özgür, İ., Demirbaş, H., Doğan, Y. (2005). Çıraklık Eğitimine Devam Eden Çalışan Gençlerde Alkol Kullanımı Üzerine Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi: 16(4): 237-244.
22. İrevül, G. (2016). 22-30 Yaş Arası Genç Yetişkinlerde Çocukluk Çağı İstismarının Madde Kullanımına Etkisi. İstanbul Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
23. Kaplanhan, T. (2015). Alkol/Madde Bağımlılarında Bağımlılık Türü ile Tedavi Motivasyonu, Algılanan Sosyal Destek ve Psikiyatrik Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
24. Kapucu, Ö. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İnternet Kullanım Amaçları ve Akademik Başarı Açısından İncelenmesi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
25. Koca, B. (2011). Öğrencilerin Sigara Alkol, Madde Kullanımı, Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler ve Aileden Aldıkları Sosyal Destegın Etkisi. Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ.
26. Koçhan, K. (2015). Madde Kullanan ve Kullanmayan Erbaş/Erlerin Ebeveyne Bağlanma, Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Stilllerinin Karşılaştırılması. Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tokat.

27. Köse, H. (2009). Dağcılar ve Sedanterlerde Öz Bilinç ile Depresyon, Anksiyete ve Stres İlişkisi. Sakarya üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
28. Kutlu, Y. (2011). Kadının Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi: 2(2): 90-93.
29. Köksal, E.N. (2016). Madde Kullanım Sıklığının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Samsun.
30. Luzumlu, U. (2013). Cinsiyetleri Farklı Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Aleksitimi Düzeylerine Göre İncelenmesi. Mersin Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
31. Mantar, A. (2008). Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İzmir.
32. Mantar, A., Yemez, B. Ve Alkın, T. (2010). Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi:21.
33. Mantar, A., Yemez, B., Alkın, T. (2011). Anksiyete Duyarlılığı ve Psikiyatri Bozukluklarındaki Yeri. Türk Psikiyatri Dergisi: 22(3): 187-93.
34. Mırsal H., Kalyoncu Ö. A., Pektaş, Ö. ve ark. (2006). Gamma Glutamil Ttransferaz Düzeyi Yüksek Alkol Bağımlılarının Özellikleri. Bağımlılık Dergisi: 7: 135-139.
35. 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.
36. Ögel K. (2005). Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Dahili. Tıp Bilimleri Dergisi. 1: 61-64.
37. Öner, N. (2012). Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler. Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul.
38. Özgüven, İ. E. (2003). Psikolojik Testler. Pdrem Yayınları, İstanbul.
39. Özdemir Yaylacı, G. (2005). Örgütsel Stresi Yönetmede Etkili Kişilerarası İletişim Stratejileri. Amme İdaresi Dergisi: s.51-59
40. Öztürk, O. (2001). Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara.
41. Saral, K. (2013). Yetiştirme Yurdunda Kalan Ergenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Eğitim- Öğretim Yaşantılarında Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Karşılaştırma Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
42. Savcı, G. (2015). Türkiye'de Yaşayan LGBT Bireylerinin Sosyal Uyum ve Bağımlılık İlişkisinin İncelenmesi. Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
43. Sönmez, A. (2015). Ebeveynlerin Bağlanma Stilleri ve Sürekli Kaygı Durumlarının Çocukların Anksiyete Duyarlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

44. Şener, N. (2014). İlk Epizod Psikoz Hastalarında Alkol ve Madde Kullanımının Klinik ve Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, İzmir.
45. Şimşek, S. (2010). Ergenlerde Davranış Problemlerinin Anne-Baba ve Öğretmenlerden Algılanan Duygusal İstismar Açısından İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
46. Şirin G. (2007). Öğretmenlerin Duygusal Zeka Düzeyleriyle Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
47. Tabak, S. (2010). Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Yetişkin Erkeklerle Normal Yetişkin Erkeklerin Tematik Algı Testi Bulguları Açısından Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
48. Terzi, Ş., Cihangir Çankaya, Z. (2009). Bağlanma Stilllerinin Öznel İyi Olmayı ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Yordama Gücü. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 4 (31), 1-11.
49. Tokuçcu, T. Özel Eğitim Merkezleri İle Çocuk Yuvalarında Çalışan Çocuk Eğiticilerinin Anksiyete Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması ve Anksiyete Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Tespiti. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
50. Tosun, M. (2008). Madde Bağımlılığına Genel Bakış. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. No:62, S:201-220.
51. Trabzon, E. (2016). DEHB’Lİ Çocuğa Sahip Olan ve Olmayan Annelerin Öfke Kontrolü ve Stresle Başa Çıkma Becerilerinin Karşılaştırılması. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
52. Turan, M., Aşkın, R. (1999). Alkol Bağımlılığında Ruhsal Belirtiler. Konya Genel Tıp Dergisi: 9(3).
53. Uygur, A.E. (2016). Değerler Sisteminin (Dini Başa Çıkma Affedicilik ve Emmons Şükür Ölçekleri Açısından) Anksiyete Duyarlılığı Üzerindeki Yordayıcı Etkisi: Metakognisyonların Aracı Rolü. Üsküdar Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
54. Yağmur, M. Migren Cerrahisine Başvuran Hastalarda Anksiyete, Depresyon, Yaşam Kalitesini Değerlendirme Çalışması. İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
55. Yamaç, Ö. (2009). Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişki. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
56. Yeşilyurt, S. (2014). Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğunda Anksiyete Duyarlılığı ve Güvence Arama Davranışının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İzmir.
57. Yerlikaya, N. (2007). Lise Öğrencilerinin Mizah Tarzları ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
58. Yılmaz, S., Kılıç, E. Z. (2014). Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi’nin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi: 25 ().

EKLER

EK 1: MİCHİGAN ALKOLİZM TARAMA TESTİ

0.Şimdi veya biraz sonra bir kadeh atmak hoşunuza gider mi?

i) Evet ii) Hayır

1. Kendinizi normal bir içici olarak hissediyor musunuz? (Normal kavramı ile diğer insanlar kadar veya onlardan daha az içme veya hiç içki içmeme kastedilmektedir.)

i) Evet ii) Hayır

2. Akşam içki içtikten sonra sabah uyandığınızda akşamın bir bölümünü hatırlayamadığınız oldu mu?

i) Evet ii) Hayır

3. İçki içmeniz konusunda eşinizin, anne-babanızın veya yakınlarınızın endişe ettikleri veya yakındıkları oldu mu?

i) Evet ii) Hayır

4. Birkaç kadeh attıktan sonra mücadele etmeden içki içmeyi durdurabiliyor musunuz?

i) Evet ii) Hayır

5. İçki içtiğiniz için hiç suçluluk duydunuz mu?

i) Evet ii) Hayır

6. Arkadaşlarınız ve yakınlarınız sizin normal bir içici olduğunuzu düşünüyorlar mı?

i) Evet ii) Hayır

7. İsteddiğinizde içki içmeyi durdurabiliyor musunuz?

i) Evet ii) Hayır

8. Adsız Alkoliklerin (AA) bir toplantısına hiç katıldınız mı?

i) Evet ii) Hayır

9. İçtiğinizde hiç kavga ettiğiniz oldu mu?

i) Evet ii) Hayır

10. İçki içmeniz sizinle; eşiniz, anne-babanız veya yakınlarınız arasında sorun oluşturdu mu?

i) Evet ii) Hayır

11. Eşiniz veya yakınlarınız içmeniz konusunda başkalarından yardım istediler mi?

i) Evet ii) Hayır

12. İçtiğiniz için arkadaşlarınızı kaybettiğiniz oldu mu?

i) Evet ii) Hayır

13. İçtiğiniz için işte veya okulda sorunlarla karşılaştığınız oldu mu?

i) Evet ii) Hayır

14. İçtiğiniz için işinizi kaybettiğiniz oldu mu?

i) Evet ii) Hayır

15. İçtiğiniz için arka arkaya birkaç gün sorumluluklarınızı, ailenizi veya işinizi ihmal ettiğiniz oldu mu?

i) Evet ii) Hayır

16. İçki içmeye sıklıkla öğleden önce mi başlarsınız?

i) Evet ii) Hayır

17. Hiç alkolle bağlantılı bir karaciğer sorununuzun olduğu söylendi mi?

i) Evet ii) Hayır

18. Aşırı içki içtikten sonra hiç Deliryum Tremens veya aşırı titreme tablosuna girdiniz mi, gerçekte olmadığı halde sesler işitip, hayaller gördüğünüz oldu mu?

i) Evet ii) Hayır

19. İçmeniz konusunda başkasından yardım istediğiniz mi?

i) Evet ii) Hayır

20. İçki nedeniyle hastaneye yattığınız oldu mu?

i) Evet ii) Hayır

21. Bir psikiyatri kliniğine hiç yattınız mı? Eğer yattıysanız içki içmenizin yatışta rolü var mıydı?

i) Evet ii) Hayır

22. Sinirsel sorunlarınızdan dolayı psikiyatri polikliniğine, bir psikolog veya doktora başvurduunuz mu? Eğer başvurduysanız içki içmenizin bunda rolü var mıydı?

i) Evet ii) Hayır

23. Aşırı alkollü olarak veya alkollü içkilerin etkisi altında araba kullandığınız için hiç tutuklandınız mı?

(Evet ise kaç kere?: _____)

i) Evet ii) Hayır

24. İçkiliyken diğer davranışlarınızdan dolayı tutuklandığınız veya birkaç saat dahi olsa gözaltına alındığınız oldu mu?

(Evet ise kaç kere?: _____)

i) Evet ii) Hayır

EK 2: MADDE KÖTÜYE KULLANIMI TARAMA TESTİ (DAST-10)

Cinsiyet: Erkek Kadın **Yaş:** _____

Kullanmakta olduğunuz maddeyi ya da maddeleri seçerek işaretleyiniz.

Esrar Eroin Ecstasy Kokain Uçucu maddeler (Tiner/Bally)

Benzodiazepinler Diğer _____

Aşağıdaki sorular kullanmakta olduğunuz alkol ve sigara dışındaki maddeler içindir ve son 12 ayı içermektedir. Mümkün olduğunca dürüst bir şekilde cevaplayarak kendinize en uygun cevabı işaretleyiniz.

Evet Hayır

1. Tıbbi nedenlerle gerekli olanlar dışında madde kullandınız mı?

i) Evet ii) Hayır

2. Tek seferde birden fazla madde kötüye kullanır mısınız?

i) Evet ii) Hayır

3. Her istediğiniz zaman madde kullanmayı bırakabiliyor musunuz?

i) Evet ii) Hayır

4. Madde kullanımınız nedeniyle “kendinizden geçtiğiniz-blackout” ya da “geçmişte gibi yaşadığınız-flashback” oldu mu?

i) Evet ii) Hayır

5. Madde kullanımınızla ilgili olarak kendinizi hiç kötü ya da suçlu hissedermisiniz?

i) Evet ii) Hayır

6. Eşiniz (ya da ebeveyniniz) maddelere olan ilginiz nedeniyle hiç yakınırmı?

i) Evet ii) Hayır

7-. Madde kullanımınız nedeniyle ailenizi ihmal ettiniz mi?

i) Evet ii) Hayır

8. Maddeyi elde etmek için yasa dışı eylemlerde bulundunuz mu?

i) Evet ii) Hayır

9. Madde almayı kestiğiniz zaman hiç yoksunluk belirtisi (hasta hissetmek gibi) yaşadınız mı?

i) Evet ii) Hayır

10. Madde kullanımınız sonucunda tıbbi bir problem yaşadınız mı (örn. hafıza kaybı, hepatit, sara nöbeti ya da kanama vs)?

i) Evet ii) Hayır

EK3: ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ – 3 (ADİ-3)

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içersine alınız. Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamamanız halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için sadece bir sayıyı daire içersine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

1. Sınırlı görünmemek benim için önemlidir.

I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla

2. Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.

I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla

3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.

I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla

4. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.

I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla

5. Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.
- I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla
6. Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.
- I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla
7. Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.
- I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla
8. Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.
- I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla
9. Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.
- I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla
10. Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.
- I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla
11. İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.
- I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla
12. Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.
- I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla
13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, insanların hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.
- I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla
14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.

I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla

15. Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.

I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla

16. Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.

I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla

17. Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.

I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla

18. Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.

I) Çok Az II) Az III) Biraz IV) Fazla V) Çok Fazla

EK 4: STRSLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

Bir sıkıntım olduğunda...

1. Kimsenin bilmesini istemem

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

2. İyimser olmaya çalışırım

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

3. Bir mucize olmasını beklerim

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

4. Olayları büyütmeyp üzerinde durmaya çalışırım

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

11. Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

13. İş olacağına varır diye düşünüyorum

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

15. Problemin çözümü için adak adarım

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

16. Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

19. Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

20. Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

21. Mücadeleden vazgeçerim

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

23. Hakkımı savunabileceğime inanırım

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

24. Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

25. “Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

26. Bir kişi olarak iyi ynde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

27. “Benim suğum ne” diye dşnrm

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

28. Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

29. Sorunun geręek nedeninin anlayabilmek için başkalarına danışırım

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahtaltır

I)%0 II) %30 III) %70 IV) %100

EK 5: ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler :

Adı-soyadı : Döndü Ezgi Eroğlu

Doğum yeri : Karaman

Doğum tarihi : 06.03.1992

Eğitim Durumu :

2015- 20... (Tez Döneminde bulunmaktayım) Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji

Yüksek Lisans Programı

2010-2014: İstanbul Kültür Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

2006- 2010 : Konya Ereğli Lisesi

Yabancı Dil

İngilizce (Orta)

Bilgisayar Bilgileri:

Windws XP /Vista,Microsoft Ofis 2007; Excel,Word,Powerpoint, Apple MacOS.

İş Deneyimi:

2015-2017 Psikolog Okyanus Koleji
2017- halen İlkokul Yöneticisi Okyanus Koleji

Gönüllü Çalışmalar

2012-2013 Kaçuv (Kanserli Çocuklara Umut Vakfı)

Alınan Eğitimler / Testler

Kognitif ve Davranış Terapisi Eğitimi : Mehmet Zihni Sungur (2016)

WISC-R (Klinik Psikoloji Enstitüsü, 2015)

Denver Gelişim Testi (Gelişimsel Çocuk Nörolojisi Derneği, 2015)

Stanford Binet Zeka Testi (Klinik Psikoloji Enstitüsü, 2015)

Çocuk Değerlendirme Test Eğitimi (Türk Psikologlar Derneği , 2015)

