

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



ALKOL VE/VEYA MADDE BAĞIMLILIĞI OLAN BİREYLERDE BAĞIMLILIK
ŞİDDETİ, PSİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLER VE ALGILANAN STRES DÜZEYİ
ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Mikail ÇELİK

Psikoloji Ana Bilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı

EYLÜL, 2023

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**ALKOL VE/VEYA MADDE BAĞIMLILIĞI OLAN BİREYLERDE BAĞIMLILIK
ŞİDDETİ, PSİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLER VE ALGILANAN STRES DÜZEYİ
ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mikail ÇELİK

(Y2112.480010)

Psikoloji Ana Bilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ayça Ferda KANSU

EYLÜL, 2023

ONAY BELGESİ

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığım “Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerde bağımlılık şiddeti, psikopatolojik özellikler ve algılanan stres düzeyi arasındaki ilişkilerin incelenmesi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (04/07/2023)

Mikail ÇELİK

ÖNSÖZ

Bu süreçte desteğini asla esirgemeyen güler yüzlü ve sıcak kişiliğiyle yakınlığımı her zaman hissettiğim çok değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ayça Ferda Kansu'ya, eğitim-öğretim hayatım boyunca bilgileri ile ışık tutan ve bana yol gösteren saygıdeğer tüm hocalarıma, fikirleri ve paylaşımları ile destek olan değerli dostlarım Süleyman Akdemir ve Cemil Can Berk'e

Araştırmanın uygulama kısmına yaptıkları desteklerinden ve verdikleri araştırma izinlerinden dolayı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi çalışanları ve yöneticilerine,

Ve son olarak beni bugünlere getiren, benim için türlü fedakarlıklarda bulunan, yaşamım boyunca sevgileri ve destekleri ile daima yanımda olan kıymetli abim Adnan Çelik, annem Raziye Çelik, babam Mehmet Çelik, ablalarım Nursen Çelik ve Birgül Çelik'e ve kardeşi olmaktan gurur duyduğum çok kıymetli abim rahmetli Cemalettin Çelik'e sonsuz ve kalpten teşekkürlerimi sunuyorum.

Eylül, 2023

Mikail ÇELİK

ALKOL VE/VEYA MADDE BAĞIMLILIĞI OLAN BİREYLERDE BAĞIMLILIK ŞİDDETİ, PSİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLER VE ALGILANAN STRES DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerde bağımlılık şiddeti, psikopatolojik özellikler ve algılanan stres düzeyi arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. Nicel araştırma yöntemiyle hazırlanan bu araştırma için ilişkisel tarama modelinden yararlanılmıştır. Araştırmanın evreni, Türkiye’de alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerdir. Araştırmanın çalışma grubu ise 2023 yılı Mart ve Nisan ayları arasında, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi’nde AMATEM B2 ve B3 yataklı servisinde bağımlılık tedavisi gören 18-65 yaş aralığındaki kadın ve erkeklerden oluşan 91 kişidir. Evren içerisinden çalışma grubu seçilirken amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmış ve katılımcı grubu oluşturulmuştur. Araştırmanın uygulama kısmı yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Sorumlu araştırmacının bizzat yönetimi ile gerçekleştirilen uygulama sürecinde her bir katılımcının bilgilendirilmiş onamına başvurulmuştur. Verilerin toplanması amacı ile demografik bilgi formu, Kısa Semptom Envanteri Bağımlılık Profil İndeksi ve Algılanan Stres Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmamızda alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerde bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik düzeylerinin demografik değişkenlere, gelir algısına ve bağımlı olunan maddeye göre farklılaştığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Alkol ve Madde Bağımlılığı, Psikopatoloji, Algılanan Stres

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN ADDICTION SEVERITY, PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS, AND PERCEIVED STRESS LEVEL IN INDIVIDUALS WITH ALCOHOL AND/OR SUBSTANCE ADDICTION

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the relationships between addiction severity, psychopathological characteristics and perceived stress level in individuals with alcohol and/or substance dependence. For this research, which was prepared in the survey model of the quantitative research method, the relational survey model was also used. The population of the research is people who are treated for alcohol and substance addiction in Turkey. The working group of the research was between February and March 2023, Istanbul Bakırköy Prof. Dr. There are 91 people receiving addiction treatment at Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital. Purposive sampling method was used while choosing the study group from the universe and the participant group was formed. The application part of the research was carried out face-to-face. Informed consent of each participant was sought during the implementation process, which was carried out under the management of the principal investigator. Demographic information form, Brief Symptom Inventory and Perceived Stress Scale are included for data collection.

Keywords: Alcohol and Substance Addiction, Psychopathology, Perceived Stress

İÇİNDEKİLER

ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xv
I. GİRİŞ.....	1
A. Giriş.....	1
B. Araştırmanın Amacı	2
C. Araştırmanın Önemi	3
D. Araştırmanın Varsayımları.....	3
E. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
F. Tanımlar	4
II. LİTERATÜR TARAMASI.....	5
A. Alkol Kullanımı	5
1. Tanı ve Sınıflandırılması.....	7
2. Epidemiyolojisi	8
3. Eş Tanıları	9
4. Alkol Bağımlılığı ve Bilişsel Süreç	10
5. Uyuşturucu Maddeler.....	11
6. Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri (DSM-V)	13
7. Alkol ve Madde Kullanımı ile Psikopatoloji	14
8. Madde Kullanımı ve Olumsuz Yaşam Olayları.....	16
9. Madde Kullanım Teorileri.....	17
B. Stres Kavramı	18
1. Stres Kavramının Tarihsel Gelişimi.....	19
2. Stresin Tanımı	20

C. Algılanan Stres	23
1. Stresin Türleri.....	24
2. Stresin Aşamaları	25
3. Strese Neden Olan Faktörler	26
a. Bireysel Faktörler	26
b. Çevresel Faktörler	28
c. Örgütsel Faktörler.....	29
4. Stresin Sonuçları	29
5. Stres ile Başa Çıkma Yöntemleri	31
a. Egzersiz	32
b. Gevşeme	32
c. Meditasyon	33
d. Uyku	33
e. Gıda Kontrolü.....	34
f. Zaman Yönetimi	34
g. Sosyal Destek	34
h. İnanç	35
D. Depresyon Nedir.....	35
1. Majör Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri (DSM V)	37
2. Yaygınlık.....	37
3. Risk Faktörleri.....	38
E. Olumsuz Benlik	38
F. Somatizasyon	41
1. Somatizasyona Neden Olan Faktörler.....	43
G. Anksiyete.....	44
1. Kaygı (Anksiyete) Türleri	45
2. Nevrotik Kaygı (Anksiyete)	46
3. Durumluk ve Sürekli Kaygı	46
H. Hostilite (Düşmanlık).....	48
1. Hostilite ve Kalıtımsal İlişki	49
2. Hostilite ve Çevre İlişkisi	50
3. Sosyoekonomik Durum Hostilite İlişkisi	51
III. YÖNTEM	53
A. Araştırmanın Modeli	53

B. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	53
C. Veriler ve Toplanması	54
D. Veri Toplama Araçları	54
1. Demografik Bilgi Formu.....	54
2. Bağımlılık Profil İndeksi Tarama Formu	54
3. Kısa Semptom Envanteri.....	55
4. Algılanan Stres Ölçeği	56
E. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması	56
IV. BULGULAR.....	59
A. Bulgular.....	59
V. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER	73
A. Sonuç.....	73
B. Tartışma.....	73
C. Öneriler.....	79
VI. KAYNAKLAR.....	81
EKLER.....	101
ÖZGEÇMİŞ.....	119

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge 1	Yaygın Kötüye Kullanılan İlaçlar	11
Çizelge 2	Güvenirlilik Analizi Tablosu.....	59
Çizelge 3	Normallik Analizi Tablosu.....	59
Çizelge 4	Katılımcıların Demografik Dağılımı Tablosu.....	60
Çizelge 5	Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	62
Çizelge 6	Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Cinsiyet Grupları Durumları Açısından Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları.....	62
Çizelge 7	Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Medeni Durum Grupları Açısından Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları.....	63
Çizelge 8	Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Çalışma Durumu Grupları Açısından Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları.....	63
Çizelge 9	Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Ailede Bağımlı Olma/Olmama Durumu Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları.....	64
Çizelge 10	Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Psikopatolojik Tanıya Sahip Olma/Olmama Durumu Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları.....	64
Çizelge 11	Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Özkıyım Girişiminde Bulunma/Bulunmama Durumu Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları.....	64
Çizelge 12	Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Yasal Sorun Yaşama Durumu Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları.....	65

Çizelge 13 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Tedavi Girişiminde Bulunma/Bulunmama Durumu Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları.....	66
Çizelge 14 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Yaş Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	66
Çizelge 15 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Öğrenim Düzeyi Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	67
Çizelge 16 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Gelir Düzeyi Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	68
Çizelge 17 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Alkol/Madde Kullanımına Başlama Yaşı Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	68
Çizelge 18 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Bağımlı Olunan Alkol/Madde Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	69
Çizelge 19 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Bağımlılık Süresi Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	70
Çizelge 20 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Alkol/Madde Kullanım Sıklığı Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	70
Çizelge 21 Araştırmanın Değişkenlerinin İlişkisel Analizi.....	71
Çizelge 22 Araştırma Sorularının Sonuç Tablosu	73

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 Yerkes-Dodson Yasası.....	25
-----------------------------------	----

I. GİRİŞ

A. Giriş

Alkol ve madde bağımlılığı Dünya'nın neredeyse tamamında, morbidite ve mortalite nedeni olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda suça eğilim, özkıyım, şiddete başvurma ve ihmal ile istismara neden olabilen alkol ve madde bağımlılığı, bir halk sağlığı sorunudur. Çoğu tıbbi sorunda olduğu gibi, sorunun çözülebilmesi için, sebeplerin belirlenmesi ve çözümlere karar verilebilmesi gerekmektedir (Bowman ve Jellinek, 1941). Bu sağlık sorunun birçok beden sağlığı sorununa yol açtığı bilinmektedir; bu araştırma kapsamında psikopatolojik açıdan açtığı veya açabileceği sorunlara odaklanılacaktır.

Alkol ve madde bağımlılığı biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik faktörlerden etkilenebilmektedir. Bu faktörlerin bileşenlerini belirleyerek, değiştirilebilir olan riskler için önleyici müdahalelerin geliştirilmesi, bağımlılığın önüne geçme noktasında elzemdir (Weiss ve Porrino, 2002). Stres ise bu psikolojik faktörlerin bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir.

Stres, kişilerin fiziksel, çevresel ve/veya ruhsal açıdan algıladıkları bir tehdit durumunda ortaya çıkan tepkilerin tamamıdır. Literatürde olumlu veya olumsuz şekilde nitelendirilen stres olgusu başa çıkılması gereken bir durum olarak kabul edilmektedir (Kemeny, 2003). Stresli durumlara ya da yaşam olaylarına maruz kalan kişi, bu durumun ortaya çıkardığı olumsuz duygulanımdan kaçınmak için çeşitli başa çıkma stratejilerine başvurmaktadır. En çok bilinen stresle başa çıkma için kullanılan maddeler ise bağımlılık yaratan maddelerdir. Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan kişilerde gerçekleştirilen araştırmalarda, bağımlı kişilerin maruz kaldığı stresli durumdan uzak kalmak ve bu durumun yarattığı hoşnutsuzluktan kaçınmak için alkol ve madde kullanımına sığınabildiği belirtilmiştir (Kasl, 1984).

Psikopatolojik tanıya sahip olan kişilerin beklenen yaşam süresi, genel popülasyona göre yaklaşık 25 yıl daha azdır. Bu durumun nedeni büyük ölçüde psikopatolojik hastalıklara eşlik eden tıbbi hastalıklardan kaynaklanmaktadır (Parks

ve diğ., 2006; Crump ve diğ., 2013). Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde intihar ve yaralanma daha yaygın olmasına rağmen, şizofreni hastalarındaki erken ölümlerin %60'ı kalp ve akciğer hastalığı gibi tıbbi durumlara bağlı şekilde gerçekleşmektedir. Bu tıbbi durumlar kimi zaman sigara, madde ve alkol tüketimi gibi değiştirilebilir risk faktörlerinin neden olduğu bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanabilmektedir.

Ruhsal hastalığı olan alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları prevalansı artmıştır (Kessler ve diğ., 2005; Lasser ve diğ., 2000; Regier ve diğ., 1990; Merikangas ve diğ., 2007). Epidemiyolojik araştırmalar afektif ve psikotik hastalık ile tütün, alkol ve uyuşturucu kullanım bozukluklarının komorbiditesini değerlendirmiştir (Kessler ve diğ., 1997; Helzer ve Pryzbeck, 1988; Merikangas ve diğ., 2007). Bu çalışmalarda anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve psikotik bozuklukları olan bireylerde alkol ve madde bağımlılığının iki kattan fazla yaygın olduğu bulunmuştur. Ayrıca madde kullanımı/bağımlılığı ile diğer psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkilerin hem erkekler hem de kadınlar için istatistiksel anlamlı olduğu kayıt altına alınmıştır. Benzer değişkenler ile Türkiye'de yapılan bir araştırmada, alkol ve madde kullanan genç erkeklerde en sık karşılaşılan iki tanının anksiyete bozuklukları ve majör depresyon olduğu saptanmıştır (Sevinçok vd., 2000).

B. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, alkol ve madde bağımlısı kişilerin bağımlılık düzeyleri ile, algıladıkları stres düzeyi ve psikopatolojik durumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Bu araştırmanın temel amacıdır, bunun yanında araştırmanın ele aldığı alt problemler şunlardır;

- Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik düzeyleri demografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?
- Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik düzeyleri gelir düzeyine göre farklılaşmakta mıdır?
- Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik düzeyleri bağımlı oldukları maddelere göre farklılaşmakta mıdır?

- Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik düzeyleri bağımlılık süresine göre farklılaşmakta mıdır?
- Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik düzeyleri ailede bağımlı bir birey olma durumuna göre farklılaşmakta mıdır?
- Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik düzeyleri ek psikiyatrik tanılara göre farklılaşmakta mıdır?
- Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerde bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatoloji düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?

C. Araştırmanın Önemi

Çağımızda alkol ve madde kullanım bozukluğu her geçen gün artmakta ve toplumumuzda da kullanım yaşı gün geçtikçe düşmektedir. Bunun yanı sıra bağımlı bireylerin demografik özellikleri ile bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojinin ilişkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Literatür taramasında bulunan sonuçlara göre araştırmalarda bağımlılık genelde nedenler, risk faktörleri, nörolojik etkileri, tedavi yöntemleri, nüks ve sosyal etkiler düzleminde incelenmiştir. Bağımlılığın şiddetiyle ilgili bazı çalışmalar olsa da bu araştırmaların sayısı yetersizdir. Bu nedenle bu çalışmanın literatüre katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

D. Araştırmanın Varsayımları

- Araştırma örneklemini oluşturan gönüllü katılımcıların, araştırma değişkenlerini ölçmek için belirlenen ölçeklerin tümüne doğru ve samimi yanıtlar verdikleri varsayılmaktadır.
- Araştırmanın örnekleminin evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

E. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma, 2023 yılı İstanbul ili Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesinde tedavi gören kişiler ile sınırlandırılmıştır.
- Bu araştırma kapsamında incelenen değişkenleri ölçmek amacıyla kullanılan ölçeklerin ölçtükleri özellikler ile sınırlıdır.

F. Tanımlar

Bağımlılık, bir maddenin yaşamı ve sağlığı olumsuz etkilemesine rağmen kullanımına devam edilmesidir (Diana, 2013). Madde bağımlılığı, vücudun işlevlerini olumsuz yönde etkileyen maddelerin kullanılması, bundan dolayı zarar görüldüğü hâlde bu maddelerin kullanımının bırakılmamasıdır (Güleç vd., 2015).

Alkol bağımlılığı, bireylerin aşırı miktarda alkol tüketmesi, her gün belli bir saat olmaksızın alkol tüketmek istemesi, alkol almadığı zamanlarda yoksunluk çekmesine neden olan bir bağımlılık türüdür (Jellinek, 1952). Stres, kişinin biyolojik ve psikolojik dengesinin bozulmasına gösterdiği tepki durumudur (Selye, 1957). Tehdit duygusu veya acıya neden olan olaylara karşı vücudun kendi dengesini kurabilmek için verdiği normal bir fiziksel cevaptır (Rice, 1999).

Psikopatoloji, duygu, düşünce ve davranış bozukluğu, ruhsal bunalım, anormal/uyumsuz davranış üzerine araştırma dalıdır. Bu terim genel olarak psikiyatride patolojinin hastalık süreci olarak kullanılır. Medikal olmayan psikoloji dilinde, anormal psikoloji de psikopatoloji olarak kullanılır (Kılıç, 2003).

Stres, bir eylem ya da durumun kişi üzerinde meydana getirdiği fiziksel ve psikolojik zorlanma durumunda ortaya çıkan tepki olarak tanımlanmaktadır (Hellriegel, 1992: 36).

II. LİTERATÜR TARAMASI

A. Alkol Kullanımı

Alkol, Arapçada bir şeyin özünü ifade eden ‘‘al kihl’’ kelimesinden türemiştir. Antropolojik kanıtlar, alkol kullanımının tarih boyunca yaygın olduğunu göstermiştir. Alkol kullanımının kökenleri, kayıtlı tarihin öncesine dayanmaktadır ve etanolün Neolitik insan tarafından bile bilindiğine inanılmaktadır. Örneğin; Çin'de yapılan arkeolojik kazılarda alkolün kökeni, fermente edilmiş tahıldan yaklaşık 6000-7000 yıl öncesine kadar dayandırılmaktadır (Hames, 2014).

Alkol, bireylerde birtakım sağlık sorunlarına sebep olan madde olarak kabul edilebilir. Bir kişi, fizyolojik olarak alkole bağımlı olduğunda alkolizm hastası olarak tanımlanabilir ve alkol tüketmediğinde yoksunluk belirtileri gösterebilir. Bazı bireyler ise fizyolojik olarak alkole bağımlı değildir ancak yine de alkol tüketiminden kaynaklanan iş ve aile sorunları ile sağlıkla ilgili komplikasyonlar dahil olmak üzere birçok sorun yaşarlar. Bu sebeple alkolizm veya alkol bağımlılığı, derine yayılmış, kötü huylu ve çok yönlü bir sorundur (Güleç ve diğ., 2015).

Antik Yunan ve Roma'da alkol kullanımı ve buna bağlı sorunlarla karşılaşmıştır. Yunan hekim Hipokrat, ‘‘alkolizm’’ klinik tablosunun tanıdık bir parçası haline gelen mide bulantısı, uykusuzluk ve çarpıntı gibi semptomları sınıflandırmıştır. Ancak buna rağmen alkol kullanımı sonrasında oluşan semptomlara yönelik bilimsel çalışmalar ile sorunların önlenmesi ve tedavisi noktasında yapılan araştırmalar, son dönemlerde daha etkin şekilde devam etmektedir (Phillips, 2014).

Bireylerin aşırı miktarda alkol alması sonrasında beden ve ruh sağlıklarının tehlikeye girmesi, alkolizm olarak tanımlanmaktadır. Alkoliklerin, içme alışkanlıklarını kontrol altında tutma sorunları vardır. Aile ve okul hayatı ile mesleki yaşamı tehdit eder hale gelen alkol kullanımı, kişiler için sosyal bir sorun olarak ortaya çıkabilmektedir. Öte yandan bazı teorisyenler, alkolizmin bir aile hastalığı olduğunu öne sürmektedir çünkü bir veya daha fazla üyenin alkol bağımlısı olduğu ailelerde, tüm aile bu durumdan olumsuz şekilde etkilenmektedir. Alkol sorunu çoğunlukla

ekonomik sorunlara, özgüven kaybına, boşanma, intihar, suçluluk gibi psikolojik ve duygusal zorluklara yol açabilmektedir. Aşırı alkol alımının sağlık açısından sonuçları çoğu zaman karmaşık ve çok boyutludur. Alkolün çok sayıda tıbbi, fiziksel ve zihinsel durumla nedensel olarak ilişkili olduğu saptanmıştır. Sosyal, mesleki ve aile yaşamında birçok aksamalara neden olan alkol, cinsiyet grupları açısından da farklı sonuçlara neden olabilmektedir (Ziyalar, 1991). Yapılan araştırmalar, kadınların alkol tüketiminin olumsuz sonuçlarına erkeklerden daha erken ve daha fazla maruz kaldıklarını göstermektedir. Kadınlar, ağır alkol tüketimi nedeniyle erkeklere göre daha fazla bilişsel ve motor bozukluk riski taşımaktadır. Bilişsel, motor ve üreme sağlığı üzerindeki bu olumsuz etkiler ve kadınlar üzerindeki sosyal norm baskıları, erkeklere kıyasla kadınları aşırı alkol alımından caydırmaktadır (Wechsler ve diğ., 2011).

Alkol kullanım bozukluğu, dünyadaki en yaygın bozukluklardan biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (2018) alkolle ilgili küresel durum raporuna göre, 2016 yılında dünya nüfusunun %43'ü içicidir. Dünya çapında, 15-19 yaşları arasında alkol alımı oranları, toplam nüfus oranından daha düşüktür. Ancak bu oran, 20-24 yaşlarında pik yapmakta ve toplam popülasyonun üzerine çıkmaktadır (WHO, 2018). APA'ya (2013) göre ABD'de alkol kullanım bozukluğu prevalansının 12-17 yaş arasında %4,6, 18 yaş ve üzeri yetişkinlerde ise %8,5 olduğu bildirilmektedir. Bu durum orta yaşa doğru azalmakta olup, en sık ve en yüksek olan 18-29 yaş grubunda %12,4, en az yaygın ve en düşük olan 65 yaş ve üzeri kişilerde %1,5 oranında görülmektedir. İstatistiklere göre, erkeklerin alkol alımı ve buna bağlı bozukluklarda (%12.4) kadınlardan (%4.9) daha fazla tanı aldıkları bilinmektedir. Bunun yanında kadınlar, alkolle ilişkili sağlık sorunları geliştirmeye daha yatkındır (APA, 2013).

Türkiye'de alkol kullanımının yaygınlığını ve demografik faktörlerini belirlemek amacıyla yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Yakın zamanda yapılan bir araştırmaya göre; Türk nüfusu için yaşam boyu alkol kullanım oranı %28,3, son 12 aylık kullanım oranı ise %14,3 olarak bulunmuştur (Buzrul, 2016). Başka bir çalışmada ise alkol kullanımının 16-19 yaş arasında arttığı saptanmıştır (Guler ve diğ., 2009). DSÖ'nün (2016) raporuna göre, Türkiye nüfusunda şiddetli epizodik içme prevalansı erkeklerde %2,8 ve 15 yaşından büyük kadınlarda %0,2 olarak bulunmuştur. Yine aynı rapora göre toplam nüfusta alkol kullanım bozukluğu yaygınlığı erkeklerde %8,1 ve kadınlarda %1,7 olmak üzere ortalama %4,8 olarak

bulunmuştur (DSÖ, 2016). DSÖ ve DSM-5'in bulgularının ardından, Türk nüfusu için yüksek gelir ve yüksek eğitim düzeyinin artan alkol tüketimi için risk faktörleri olduğu da saptanmıştır (Ulukoca ve diğ., 2013).

1. Tanı ve Sınıflandırılması

Alkol tüketimi ile ilgili ABD ve Avrupa'da sağlık örgütleri tarafından çeşitli sınıflandırma sistemleri yayınlanmıştır. Bunlardan ilki olarak kabul edilen Bruhl-Cramer, “dipsomania” veya “içki arama” kavramını ortaya atmıştır. Daha sonraları ise 1849'da alkolik terimi, alkol kullanımının olumsuz sonuçlarına maruz kalan insanları tanımlamak için İsveç'te Magnus Huss tarafından ortaya atılmıştır. 1850 ve 1941 yılları arasında Dünya çapında toplam 39 alkolizm tanı ve sınıflandırması geliştirilmiştir (Gately, 2008).

ABD'de 19. yüzyıldan 1933'e kadar alkol, kaçınılması gereken tehlikeli bir madde olarak kabul edilmiştir. Alkol 1933'te yasallaştığında, Amerikan alkolizm hastalığı modeli ortaya çıkmıştır. Bowman ve Jellinek 1941'de hastalık için içme sıklığı, etiyoloji ve eşlik eden bozukluklara dayalı ayrıntılı bir sınıflandırma şeması yayınlamıştır. Örneğin, Jellinek alfa, beta, gama, delta ve epsilon olarak isimlendirilen beş tür alkolizm olduğunu öne sürmüştür. Sonraki yıllarda en popüler alkol tipolojisi haline gelen bu tanılandırma sistemi, klinisyenler tarafından bugün kullanılmak için yeterli bulunmamaktadır (Morse ve Flavin, 1992).

Alkol kullanım bozuklukları ve bağımlılığı için mevcut nozoloji, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabına ve Hastalıkların, Yaralanmaların ve Ölüm Nedeninin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırmasına dayanmaktadır. Hem DSM hem de ICD için mevcut teşhis kriterleri aşırı kullanım, ilişkili olumsuz sonuçlar ve fiziksel bağımlılık kavramının yıllarca süren evrimine dayanmaktadır (Tabakoff ve Hoffman, 1996).

DSM-V-TR'ye göre alkol kullanım bozuklukları, alkolle ilişkili psikiyatrik bozukluklardır. Bu bozukluklar aşırı alkol tüketiminden kaynaklanan sosyal, kişilerarası ve mesleki sorunlar karşısında sürekli içme davranışını içeren alkol kötüye kullanımındır. Alkol bağımlılığı psikososyal sorunların yanında tolerans ve yoksunluk belirtileri gibi fizyolojik bağımlılık belirtilerini de içerebilmektedir. Bu sendroma alkolizm denir (Bowman ve Jellinek, 1941). Bunun yanında nadiren alkol kullanan ancak alkol kötüye kullanım veya bağımlılık kriterlerini karşılamayan kişiler için

“sosyal içici” kavramı kullanılmaktadır ve son dönemlerde yapılan çalışmalar, bu bireylerin de risk grubu içerisinde olduğunu göstermiştir (Saumty ve Zeiner, 1985).

Alkol Bağımlılığı için DSM-V Kriterleri

- A. 12 aylık dönem içinde herhangi bir zamanda meydana gelen aşağıdakilerden üçü veya daha fazlası ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir bozulmaya veya sıkıntıya yol açan, uyumsuz bir madde kullanım örüntüsü.
1. Tolerans, aşağıdakilerden biri tarafından tanımlandığı şekilde:
 - a. Zehirlenmeyi veya istenen etkiyi elde etmek için belirgin şekilde artan miktarda maddeye duyulan ihtiyaç.
 - b. Aynı miktarda maddenin sürekli kullanımıyla belirgin şekilde azalmış etki.
 2. Aşağıdakilerden herhangi biri ile kendini gösteren yoksunluk: (a) madde için karakteristik yoksunluk sendromu veya (b) aynı (veya ilgili bir maddenin hafifletilmesi veya bunlardan kaçınmak için yakın bir maddenin alınması) yoksunluk semptomları.
 3. Madde genellikle amaçlanandan daha büyük miktarlarda veya daha uzun bir süre boyunca alınır.
 4. Madde kullanımını azaltmak veya kontrol altına almak için sürekli bir istek veya başarısız çabalar vardır.
 5. Maddeyi elde etmek, maddeyi kullanmak veya etkilerini geri kazanmak için gerekli faaliyetlere çok zaman harcanır.
 6. Madde kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki veya eğlence etkinliklerinden vazgeçilir veya azaltılır.
 7. Maddenin neden olduğu veya alevlendirdiği, kalıcı veya yineleyici bir fiziksel veya psikolojik sorun olduğu bilinmesine rağmen madde kullanımına devam edilir (APA, 2013b).

2. Epidemiyolojisi

Günümüzde maddeye bağlı bozukluklar arasında en yaygını alkolizmdir. Elbette bir dizi genetik ve çevresel değişken, alkol kötüye kullanımının gelişmesine katkıda bulunur. Amerikalı yetişkinlerin yarısından fazlası, alkolizmi olan veya olmuş yakın bir aile üyesine sahiptir. Bununla birlikte alkolizm, ABD'de kalp hastalığı ve kanserden sonra üçüncü en büyük sağlık sorunudur ve nüfusun yaklaşık yüzde 7,4'ü

alkol kötüye kullanımı veya alkolizm için tanı kriterlerini karşılamaktadır. Cinsiyet farkı (erkek/kadın) %17,7'ye karşı %6,3'tür. En yüksek prevalans 14-19 ila 40-59 yaşlarındadır (Rehm ve diğ., 2011).

Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye'de son yirmi yılda alkol kullanımının arttığını gösteren bir araştırma yapılmış ve genç nüfusta alkol kullanım prevalansı %42,6, düzenli alkol kullanım oranı %20,5 olarak bulunmuştur (Emeç ve Gülay, 2008). Ayrıca Ceylan ve Türkcan (2003), İstanbul nüfusunu yaş, cinsiyet ve ilçe bazında temsil eden 12-65 yaş arası 1550 kişiden oluşan bir örnekleme alkol kullanım yaygınlığının %33,5 olduğunu bildirmiştir. Örneklemin %25,6'sı halen alkol kullandığını, %7,9'u alkol kullanımını azalttığını ve alkol kullananların %12,6'sı günde bir defadan fazla alkol kullandığını belirtmiştir.

Özetle Türkiye'de alkol yaygınlığı üzerine yapılan araştırmalar, alkol kullanımının nüfusta özellikle genç erişkinlerde arttığını ortaya koymuştur. Ayrıca bu artışa paralel olarak alkol bağımlılığı bozukluklarının yaygınlığının da arttığı bildirilmiştir (Buzrul, 2016).

3. Eş Tanıları

Alkol bağımlılığı sıklıkla ruhsal bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve nadiren de olsa kişilik bozuklukları ile benzer semptomlar sergileyebilir. Alkol bağımlılığı ile duygudurum veya anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiler birçok çalışmada açık şekilde belgelenmiştir. Alkol bağımlılığı olan bireylerin orta ve şiddetli depresif semptomlar gösterdikleri ve bağımlı olmayan bireylere göre anksiyete belirtilerine daha yatkın oldukları öne sürülmüştür (Moore ve diğ., 2006). Grant ve Harford (1995), bağımlı bireylerin büyük bir kısmının yaşam boyu depresyon tanısı için kriterleri karşıladığını öne sürmüşlerdir. Preisig ve ark. (2001) alkol bağımlısı bireylerde depresif semptomların sıklığının %16 ile %59 arasında değiştiğini öne sürmüştür. Benzer şekilde kaygı bozuklukları ile ilgili olarak Gratzler ve ark. (2004), anksiyete bozukluğu olan bireylerin %35-54'ünün yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu tanısı aldığını saptamıştır. Yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda, alkol kötüye kullanımı ile anksiyete ve depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Ceylan ve Türkcan (2003) alkol kullanımını ile bazı ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkide cinsiyet farklılıklarına dikkat çekmiştir. Erkeklerde antisosyal kişilik bozukluğu ve anksiyete bozuklukları, fobi ve panik bozukluk ile depresyon alkolizmle komorbidite göstermiştir.

Özetle yukarıdaki çalışmalar hem anksiyete bozukluklarının hem de depresyonun yüksek oranda alkol bağımlılığı veya alkol kötüye kullanımı ile ilişkili olduğuna dair güçlü kanıtlar sunmaktadır (Arıkan ve diğ., 1999). Buradan hareketle alkolizmin tek başına ve kendinden menkul bir ruh sağlığı sorunu olmadığı söylenebilir. Bu nedenle kişilere, geniş bir tedavi ve önleyici hizmet sunulmalıdır (Evren ve diğ., 2003).

4. Alkol Bağımlılığı ve Bilişsel Süreç

Son yıllarda yapılan önemli çalışmalar, alkol bağımlısı bireylerin bir dereceye kadar beyin fonksiyon bozukluğu yaşadığını göstermiştir. Kronik alkol bağımlılığının, merkezi sinir sistemi işleyişi üzerinde zararlı etkileri olduğu kanıtlanmıştır (Chelune ve Parker, 1981). Uzun süreli kronik alkol kötüye kullanımı, beyin aktivitelerinde bozulmalara yol açmaktadır ve etkileri giderek şiddetlenmektedir. Nöropsikolojik araştırmalar bağımlılığın, neokorteks veya hipokampus gibi soyut kavram oluşturma veya soyut akıl yürütme yeteneği, bilişsel esneklik, problem çözme yeteneği, yeni öğrenme, algısal motor hız ve son olarak görsel-işitsel alanda temel bilişsel bozukluklara neden olduğunu ortaya koymuştur (Field ve diğ., 2008).

Chelune ve Parker (1981) alkol bağımlısı bireylerin, bildikleri ve alıştıkları ortamlarda kendilerini iyi hissettiklerini ancak karmaşık veya yeni ortamlarda birtakım sorunlar yaşadıklarını öne sürmüşlerdir. Araştırma sonuçlarına göre; sözel beceriler aynı kalırken performans ve uyum becerileri bağımlı olmayan bireylere göre önemli ölçüde bozulmuştur. Chelune ve Parker (1981) sözel beceri bozukluğu ile ilgili anlamlı bir sonuç bulamamasına rağmen Monnot ve ark. (2001), sağ lobda lokalize sosyal etkileşimde temel bir unsur olan afektif prozodi işleyişinde (ses perdesi, vurgu, zamanlama, ritim vb.) anlamlı bir bozulma tespit etmiştir. Daha önceki çalışmalarla uyumlu olarak Nixon (2006), alkol bağımlısı bireylerin öğrenme, hafıza, soyut düşünme, problem çözme, görsel-uzaysal ve algısal motor işlevsellik ve bilgi işleme testlerinde düşük nöropsikolojik performans sergilediklerini öne sürmüştür. Ayrıca

hipokampal oluşumda, frontal kortek ile gri ve beyaz madde kaybında giderek hasar aldıkları tespit edilmiştir.

Kısacası şimdiye kadarki literatürün çoğu entelektüel bilişsel becerilere odaklanmıştır. Bununla birlikte alkol bağımlısı bireylerde diğer becerilerin de bozulabileceği düşünülmektedir. Duygusal işleme yetenekleri, birkaç dikkate değer istisna dışında daha az kapsamlı olarak incelenmiştir (Wilson, 1987). Bu sebeple araştırmamız, algılanan stres ve psikopatolojik değişkenleri alkol kullanımı açısından değerlendirecektir.

5. Uyuşturucu Maddeler

Uyuşturucu veya kötüye kullanım maddesi, “bir kişinin ruh halini, algı düzeyini veya beyin işleyişini değiştiren kimyasal madde” olarak tanımlanmaktadır. Madde bağımlılığı “bir kişinin işte veya evde sosyal yükümlülüklerini yerine getirme becerisine olumsuz şekilde etki eden, tehlikeli durumlara sebebiyet veren kullanım” şeklinde açıklanmaktadır (Rowe ve Liddle, 2003). Dünyada yaygın olarak kötüye kullanılan ilaçlar Çizelge 1’de gösterilmiştir (Dasgupta, 2010).

Çizelge 1 Yaygın Kötüye Kullanılan İlaçlar

Depresanlar	Uyarıcılar	Afyonlar	Halüsinojenler
Alkol	Amfetaminler	Eroin	Esrar
Barbitüratlar	Kokain	Morfin	Haşhaş
Benzodiazepinler	Nikotin	Afyon	Kannabinoidler
	Kafein	Kodein	LSD
		Metadon	Meskalin
			Fensiklidin

Bazı durumlarda insanlar aynı anda birden fazla ilaç kullanabilmektedir. Bu duruma kötüye kullanım denmektedir. Madde kötüye kullanımı, özellikle ergenler arasında yaygın olarak görülen bir olgudur. ABD’de 2004 yılında yapılan Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Araştırması’na göre, 12 yaş ve üzeri nüfusun %7,9’u mevcut yasa dışı uyuşturucu maddeleri kullandığını bildirmektedir. 12-17 yaş arasındaki gençlerin %10,6’sı yasadışı uyuşturucu kullandığını belirtmiştir. Ayrıca 18-25 yaş arası genç yetişkinlerin %19,4’ü, 26 yaş ve üzeri yetişkinlerin %5,5’i mevcut yasadışı uyuşturucu kullanımı bildirmektedir. Bununla birlikte 12-17 yaş arası ergenlerin %7,6’sı esrar, %3,6’sı ise reçeteli ilaçları tıbbi olmayan gerekçe ile

kullanırken %0,8'i halüsinojen ve %0,5'i kokain kullanmaktadır (McAuliffe ve Dunn, 2004).

Alkol ve madde kullanımı üzerine yapılan araştırmaların çoğu, ergenlik dönemine odaklanmaktadır çünkü ergenlik, bireylerin yaşamlarında kritik bir dönemdir. Bu dönemde bireyler, uyuşturucu kullanımına karşı daha savunmasızdırlar. Ergenlik, uyuşturucu kullanımını deneme açısından da en riskli dönem olarak kabul edilmektedir (Vitaro ve diğ., 1998). Yapılan çalışmalar yetişkin bağımlıların yaklaşık %90'ının uyuşturucu kullanmaya ergenlik döneminde başladıklarını bildirmiştir. Araştırmalar 21 yaşına kadar yasal veya yasa dışı uyuşturucuları denemeyen bireylerin, hayatlarının geri kalanında deneme ihtimalinin düşük olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalar kişilerin yasadışı uyuşturucu kullanımının ergenlik döneminde başlama eğiliminde olduğunu, genç yetişkinlikte en yüksek noktaya ulaştığını ve daha sonraki yaşlarda giderek azaldığını göstermektedir (Ohannessian, 2014). Bu bulgulara dayanarak, ergenlerin uyuşturucuya karşı savunmasızlığının ardındaki süreçler literatürde sıkça sorgulanmıştır.

Madde kötüye kullanımının araştırmacılar tarafından çokça araştırılan bir konu olmasının nedeni, ergenler üzerinde ciddi fiziksel, davranışsal ve sosyal etkilerinin olması ile ilişkilidir. Madde kullanımının önemli fiziksel sonuçlarından biri ise güvenli olmayan cinsel ilişkiye (örneğin birden fazla cinsel partnere sahip olmak, prezervatif kullanmamak) bağlı sağlık sorunlardır. Bu durum, HIV virüsünün bulaşmasına veya genç yaşta gebeliklere neden olabilir. Yasa dışı uyuşturucu kullanımının diğer sonuçları arasında, kaza sonucu yaralanmalar ve aşırı dozlara bağlı ölümler sayılabilir. Adolesanlarda, madde kullanımının önemli toplumsal sonuçları arasında suç eylemleri de yer almaktadır. Alkol veya uyuşturucu bağımlısı olan ergenlerin uyuşturucu veya alkol satın almak için para bulmak amacıyla suç işlerine bulaşabilecekleri açıktır. Araştırmalar, ergenlerin uyuşturucu kullanımı ile özellikle alkol ve esrar için suç faaliyetleri arasında önemli bir ilişki bulmuştur. Ayrıca ergenlerde uyuşturucu kullanımı ile silah taşıma ve şiddet arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Gül ve Güneş, 2009).

Bağımlılık durumları bir dizi bilişsel ve sosyal değişikliği beraberinde getirir. Bu hızlı değişimler bireylerde cinsel işlev bozuklukları ve hormonal değişimlere neden olabilmektedir. Bunun yanında sosyal ilişkilerin sağlıklı şekilde kurulmasının önüne geçebilir (Gökler ve Koçak, 2008). Bağımlılık durumunun yaratabileceği bu

değişimler kişilerde daha fazla strese neden olabilir ve kişileri hissettikleri stresle baş edebilmek için alkol veya diğer yasa dışı uyuşturucu maddelerini kullanmaya yönlendirebilir (Uğurlu ve diğ., 2012).

6. Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri (DSM-V)

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

1. İstendiğinden daha büyük ölçüde veya uzun süreli kullanım.
2. Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek veya sonuç vermeyen çabalar.
3. Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma.
4. Madde kullanımı için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme.
5. Tekrar eden kullanım sonucu sorumluluklarını yerine getirememe (işte, okulda, evde).
6. Olumsuz etkilerine rağmen kullanıma devam etme (toplumsal ve kişiler arası sorunlar).
7. Kullanımdan dolayı günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması (iş, eğlence vb.)
8. Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi kullanmaya devam etme.
9. Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme.
10. Maddeye tolerans gelişmiş olması.
11. İstenen etkinin ortaya çıkması için artan madde gereksinimi.
12. Aynı miktarda maddenin sürekli kullanımı sonucu etkisinin azalması durumu.
13. Yoksunluk belirtileri (Bulantı, uykusuzluk, kusma, sinirlilik, bunaltı, huzursuzluk, saldırganlık, ishal, terleme, titreme, kas sızıları, ateş vb.). Her madde yoksunluk belirtisi göstermez.

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

Madde kullanım bozukluğu biyolojik, psikolojik ve sosyal bozuklukları içeren ve tekrarlayan durumlarla devam eden kronik ve karmaşık bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının Beşinci Baskısında (DSM-V), alkol; amfetamin, kafein, kokain, halüsinojen, inhalan, nikotin, opioid, sedatif, hipnotik veya anksiyolitik maddeler ve diğer bilinmeyen madde ile ilişkili şekilde ele alınmıştır (APA, 2013).

7. Alkol ve Madde Kullanımı ile Psikopatoloji

Özellikle son otuz yılda, psikopatoloji ile madde kullanımı arasındaki bağlantıyı incelemeye yönelik çalışmalar artmıştır. Araştırmacılar, psikopatoloji ile madde kullanımı arasında bir ilişki olduğunu belirtmiş ve çeşitli örneklerde konu ile ilgili çalışmalar gerçekleştirmişlerdir (Howard ve diğ., 1997).

Birçok çalışma, en yaygın kullanılan madde olan sigara ile depresyon arasındaki ilişkiye vurgu yapmıştır. Örneğin; Kendler ve arkadaşları (1993), yaşam boyu ortalama günlük sigara içme miktarı ile kadınlarda majör depresyon prevalansı arasında güçlü bir bağlantı olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde Fergusson, Lynskey ve Horwood (1996), depresif bozukluğu olan gençlerin, depresif bozukluğu olmayan gençlere göre 4,6 kat daha fazla sigara kullanımı olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu da depresyon ve sigara içme arasında yakın bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Breslau, Kilbey ve Andreski (1993) genç yetişkinler üzerinde yürüttükleri araştırmada, majör depresif bozukluk ve bağımlılık öyküsünün ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca depresyonun genç kızlarda, sigara içme ve sigara içmeye başlama için bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur. Son olarak Niemela ve arkadaşları (2009), çocukluktaki depresif belirtilerin genç yetişkinlikteki günlük sigara kullanımı ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Sigara içme ve depresyon arasındaki ilişkinin yanı sıra sigara kullanımının genel olarak anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sigara kullanımının genç erişkinler arasında panik bozukluk, agorafobi, panik atak bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu gelişimi için bir risk faktörü olduğu kabul edilmektedir. Ayrıca ruhsal sorunu olmayan bireylerle karşılaştırıldığında panik bozukluğu olanların daha yüksek düzeyde sigara tükettikleri saptanmıştır (Rujnan ve diğ., 2019). Patton ve arkadaşları (1998), depresyonun yanı sıra anksiyetenin de akranların sigaraya başlamasını yordadığını bildirmiştir.

Alkol kullanımı ile psikopatoloji arasındaki ilişkiye bakıldığında, veriler özellikle kaygı ve depresyon üzerinde yoğunlaşmaktadır. Üniversite öğrencilerinde yapılan araştırmada; depresyon ve genel psikiyatrik semptomların, artan alkol kullanımıyla ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Araştırmalar, alkol kullanımı ile kaygı arasında yüksek bir ilişki olduğunu göstermektedir (Kültür ve diğ., 2006). Fidalgo, Silveira ve Silveira (2008) ise günlük alkol kullanan ergenlerin büyük bir kısmının anksiyete belirtileri gösterdiğini ileri sürmüştür. Gençler arasında yapılan bir araştırma ise kaygı duyarlılığının alkol kullanım bozukluklarının ortaya çıkmasında bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (Beşirli, 2007). Aynı şekilde genç yetişkinler arasında yapılan bir başka çalışmada ise anksiyete bozukluklarının varlığının alkol bağımlılığı ile bağlantılı olduğu belirlenmiştir (Lopez ve diğ., 2005). Pardini, White ve Stouthamer-Loeber (2007), kaygının herhangi bir alkol kullanım bozukluğundan önce gelmediğini ve kaygı düzeyi artan ergenlerin genç erişkinliğe ulaştıklarında alkol bağımlısı olma olasılıklarının daha düşük olduğunu bildirmiştir.

Esrar kullanımı ile psikopatoloji arasındaki ilişkiye dair araştırma verileri birçok kere sınanmış ve ölçülmüştür. Araştırmalar şimdiye kadar özellikle depresyon, kaygı ve saldırganlık üzerine odaklanmıştır (Taşkent, 2010). Yapılan bir çalışmada, ruhsal problemler yaşayan öğrencilerin esrar kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Balseven ve diğ., 2002). Troisi, Pasini, Saracco ve Spalletta (1998)'e göre depresif, kaygılı ve aleksitimik belirtilerdeki artış, esrar düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Depresyon ve esrar kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırmak amacı ile 3239 kişiden oluşan bir kohort araştırması gerçekleştirilmiştir. Araştırma bulgularına göre; 21 yaşından önceki esrar kullanımı, yüksek kaygı düzeyleri ve depresyon belirtileri ile bağlantılıdır (Hayatbakhsh ve diğerleri, 2007). Ayrıca 7 yıllık bir boylamsal araştırma, günlük olarak esrar kullanımının kaygı ve depresyon ile bağlantılı olduğunu ileri sürmüştür (Patton ve diğerleri, 2002).

Esrar kullanımı ile depresyon arasındaki ilişkide bir fikir birliği olmasına rağmen, bazı araştırmalar bu bulguları desteklememiştir. Örneğin; bir çalışmada esrar kullanımının saldırgan davranışlarla ilişkili olduğu, oysa depresyonla ilişkisinin zayıf olduğu belirlenmiştir (Monshouwer ve diğerleri, 2006). Başka bir çalışma ise mevcut kaygının esrar kullanımıyla ilgili sorunlarla ilişkili olmadığını öne sürmüştür (Low ve diğerleri, 2008). Musty ve Kaback (1995) ağır ve hafif esrar kullanıcıları arasındaki depresif semptomlarda bir fark tespit edememiştir.

8. Madde Kullanımı ve Olumsuz Yaşam Olayları

Olumsuz yaşam olayları ile madde kullanımı arasındaki etkileşim son dönemlerde ilgi konusu olmaktadır ve araştırmalar daha çok ergen örneklemiyle yapılmaktadır. Bu konuda gerçekleştirilen tüm araştırmalar, değişkenler arasında yakın bir bağlantı olduğunu kanıtlamıştır (Zeman ve diğ., 2019). Örneğin; Nordfjaern, Hole ve Rundmo (2010), madde kullanım bozukluğu tedavi merkezlerinde bulunan hastalar arasında olumsuz yaşam olaylarının madde kullanımını yordadığını bildirmiştir. Benzer şekilde Taylor (2006) olumsuz yaşam olaylarının üniversite öğrencilerini, madde kullanım sorunu yaşama konusunda riskli duruma soktuğunu belirtmiştir. Genç ergenlerle yapılan yakın tarihli bir çalışma, romantik ayrılıklarla ilgili stresli yaşam olaylarının alkol, sigara ve esrar kullanımıyla ilişkili olduğunu ancak yasadışı uyuşturucu kullanımıyla ilişkili olmadığını belirtmiştir. Benzer şekilde, aile parçalanmasıyla ilgili stresli yaşam olaylarının esrar kullanımı ve sigara içme ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Sümer ve diğ., 2015). Yaşam olayları ile madde kullanımı arasındaki ilişkide çeşitli etnik gruplar arasındaki fark da araştırılmıştır. Çok çeşitli etnik gruba mensup bir ergen örneklemi arasında yapılan bir çalışmanın sonuçları, beyazların aksine Afro-Amerikalılar arasında stresli olaylar ile madde kullanımı arasında anlamlı olmayan bir bağlantı olduğu ortaya koyulmuştur. Bu durum, stresli yaşam olaylarına verilen tepkinin farklı etnik gruplar arasında farklılık göstermesi ile açıklanabilir (Biafora ve ark. 1994). Ayrıca başka bir çalışma, stresli yaşam olaylarının her iki cinsiyet için de sigara içme ile ilişkili olduğunu göstermiştir ancak erkekler ve kadınlar arasında yasa dışı uyuşturucu ve alkol kullanımında farklılıklar vardır. Yani erkeklerde stresli yaşam olayları alkol kullanımıyla kadınlardan daha güçlü bir şekilde bağlantılı olarak tespit edilmiştir. Kadınlar arasında ise stresli yaşam olayları, psikoterapötik ilaç kullanımıyla daha güçlü bir şekilde bağlantılı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Frone ve diğ., 1994). Olumsuz yaşam olayları ile madde kullanımı arasındaki nedensel ilişkinin yönü araştırılmakta ve araştırmalar genel olarak olumsuz yaşam olaylarının madde kullanımından önce geldiği hipotezini desteklemektedir. Örneğin, Wills, Sandy, Yeager, Cleary ve Shinar (2001), olumsuz yaşam olayları ile ergenler arasında madde kullanımının yoğunlaşması ve başlangıcı arasında pozitif ilişki olduğunu kanıtlamıştır.

9. Madde Kullanım Teorileri

İnsanların madde kullanımını neden gerçekleştirdiği ile ilgili farklı teoriler vardır. Bu teorilerden bazıları aşağıda özetlenmiştir.

Hastalık teorisi, madde bağımlılığını başka bir hastalığın belirtisi olarak değil, ayrı bir hastalık olarak görür ve yaşam boyu tekrar etme riski olduğunu belirtir (Gönüllü ve diğ., 2002).

Psikodinamik teoriler, madde kullanımında kişilik, hisler ve duygular gibi içsel süreçlerin rolünü destekler. Psikodinamik teoriler, madde bağımlılığını diğer davranışsal veya duygusal problemlerin nedeni olmaktan çok bir semptom olarak görmektedir. Bu teoride madde kullanımı oral fiksasyon, ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişki ve çocuğun ihtiyaçlarının karşılanması ile bağlantılıdır (Gönüllü ve diğ., 2002).

Kendi kendine tedavi teorisi, madde kullanımını dayanılmaz duygusal durumlar için bir kontrol mekanizması olarak açıklar. Madde kullanıcıları, bazı maddelerin rahatlama getirdiğini ve mevcut stresli durumlarını olumlu yönde etkilediğini düşünürler. Bu tür maddeleri kullanarak duygularını kontrol etmeye çalışırlar (Zincir ve diğ., 2012).

Haz teorisi, madde kullanımı esnasında alınan zevk ile ilişkilidir. Kişinin maddelere olan açlığının doyumu, haz olarak adlandırılabilir. Benzer şekilde yoksunluk semptomlarının ve stresin hafiflemesi de bir tatmindir (Çinar, 2018).

Davranışsal teori ve sosyal öğrenme modeline göre; ergenler bir maddeyi kullanmayı olumlu ya da olumsuz olarak pekiştirildiği takdirde öğrenir. Maddeler sosyal etkileşimleri artırabilir ve kaygıyı azaltabilir. Bununla birlikte yoksunluk belirtilerinden kaçınmak için daha fazla kullanım devam edebilir (Uğurlu ve diğ., 2012).

Etkileşim teorisine göre madde kullanımı; bireyin çevresi ile etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu modelde birey aktif bir aktördür. Çevreden, bilişsel, duyuşsal ve güdüsel faktörlerden etkilenir. Bu teoride farklı modeller var. Bunlar; etki alanı modeli ve problem davranış modelidir. Etki alanı modelinde alkol kullanımı, davranışsal eğilimler ve yaşam tarzı ile ilişkilidir. Problem davranış modelinde problemlili içme durumu süregendir (Koçak, 2011).

Beklenti teorisinde pekiştirici etki önemlidir. Madde kullanıldıktan sonra gerginlik azalıyorsa bu yaşantılar pekiştirilmekte ve madde kullanımı devamlılık göstermektedir (Akduman ve Taşdelen, 2021).

Gerginlik azaltma teorisi/stres tepkisi azaltma teorisinde, madde kullanımı ödüllendirilir ve bu da öğrenmeye yol açar. Bireyler gerilim, korku, kaygı, çatışma veya hayal kırıklığı gibi duygular yaşadıklarında alkol veya madde alımı gerçekleştirirler ve gerginliklerinin azaldıklarını düşünürler. Stres tepkisini azaltma teorisine göre insanlar, madde kullanımının stresin fiziksel etkilerini azaltabileceğini düşünür ve benzer durumlarda bu davranışı tekrarlarlar.

Öz-farkındalık teorisi, maddelerin bireylerin bilişsel süreçleri etkilediğini savunur. Teoriye göre bireyler, madde kullanımının olumsuz deneyimlerini ve sonuçlarını değerlendiremedikleri için kullanmaktan vazgeçmezler. Bu sebeple, madde kullanımından kaçınmak için olumsuz sonuçların tanınması çok önemlidir (Usta, 2017).

Biyolojik teori genler, nörotransmitterler, biyolojik süreçler ile madde kullanımı arasındaki ilişkiyi inceler. Bu teoride bağımlılık, fizyolojik ve tıbbi bir durum olarak görülmektedir. Madde kullanımı önceki madde kullanımıyla ilişkilidir. Alkol kullanan birey daha sonra madde kullanımına başlayabilir. Bu durum, daha fazla madde kullanımını teşvik eden koşullar yaratılabileceği anlamına gelir (Mutlu, 2018).

B. Stres Kavramı

Stresörler veya stresli yaşam deneyimleri, kişinin fiziksel bütünlüğünün veya psikolojik iyilik halinin korunmasını tehdit eden durumlar olarak tanımlanır. Bireyler bu tür tehditlere karşı kaygı, üzüntü, hayal kırıklığı, bunalmışlık hissi veya çaresizlik gibi olumsuz duygu durumları yaşayabilirler (Sies ve diğ., 2017).

Stres farklı şekillerde tanımlanmıştır. Hekimler, sosyologlar , antropologlar, psikologlar ve hatta zoologların üzerine eğildiği bir konu olan strese akademik çalışmalarda sıklıkla yer verilmektedir. Bu sebeple stresi farklı perspektiflerden incelemek ve insanlık tarihindeki kökleri hakkında genel bir bakış açısına sahip olmak oldukça önemlidir (Hammen, 2005).

Binlerce yıl önce, çok daha karmaşık ve vahşi olan bir çağda, bireylerin hayatta kalmak ve çeşitli fiziksel tehditlerle (hayvanlar, diğer insanlar, sel, yangın vb.)

mücadele etmek için stres tepkisine ihtiyacı vardı. Stresi bir fenomen olarak ele alan ve çalışmalarını bu yönde şekillendiren Selye'nin 1946 yılında yayınlanan "The Stress of Life" isimli eseri geniş çapta yankı uyandırmıştır. Selye stresi "vücuda yönelik olarak yapılan taleplerin zihinsel ve fiziksel olarak bir karşılık bulması" olarak tanımlamıştır. Bu ifade, günümüzde en açıklayıcı tanım olarak kabul edilmektedir. Selye'nin bu tanımı, bakterilerden insana kadar uzanan organizmaların tümünün stres tepkisine uygulanabilir (Selye, 1957).

Bugün yaşadığımız stresin çoğu zihnimize üretilmektedir. Bir tehdit algılarız (iş kaybı, ödev teslim tarihine uymama vb) ve endişelenmeye başlarız. Bu durumlar ve düşünceler karşısında bedenlerimiz, 4000 yıl önce verdiği fiziksel tepkilerin aynısını göstermektedir (Balcıoğlu, 2005).

Stres kaçınılmazdır. Tamamen stressiz bir yaşam da mümkün kılınmaz. Ancak, her stres kötü değildir. Selye, insanı motive eden ve hoşuna giden stres ile rahatsızlık veren stres veya sıkıntı arasında bir ayrım yapmıştır. Bugün stres tartışıldığında genellikle kötü olmayan durumlardan bahsedilmektedir ancak stres, bireyin his duyduğu durumlar ile de ilişki içerisinde olabilir. Düğünler, doğumlar, terfiler, ödüller, eski arkadaşlarla yeniden bir araya gelmek gibi. Olumlu ya da olumsuz herhangi bir değişikliğe uyum sağlamaya çalışmak, bedenin tepki göstermesine sebep olmaktadır (Sies, 2000).

Strese, iç veya dış kaynaklardan gelen istekler ve bu istekleri karşılamaya yönelik algılanan yetenekler arasındaki ilişki diyebiliriz. Bireyin bir talebi karşılayabilecek yeteneklere sahip olduğunu düşünmesi, stres düzeyini düşürebilir. Örneğin; çalışma hayatınızda bir alan ile ilgili sunum hazırlamanız istenebilir. Bu durumda bahse konu alan hakkındaki bilginize ve yeteneklerinize güveniyorsanız stres düzeyiniz azalabilir (Kemeny, 2003). Bu sebeple stres özeldir ve her birey farklı stresörlerden etkilenir demek yerinde olacaktır.

1. Stres Kavramının Tarihsel Gelişimi

Stres, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "21.yüzyılın salgını" olarak nitelendirilmiştir. Stresin ruhsal ve fiziksel sağlığımız üzerindeki etkisi ile ilgili çalışmalar tarih boyunca varlığını korumuştur. Aristoteles, Hipokrat ve diğer birçok filozof, stresin olumsuz etkilerinin farkına varmışlardır. Claude Bernard, çok hücreli organizmaların stresten nasıl korunabileceğini açıklayan ilk kişi olmuştur. 19. yüzyılın

ikinci yarısında Paris'te yaşayan ve dünyanın en büyük fizyologlarından biri olarak nitelendirilen Bernard, organizmaların denge halinde olduklarını ancak beklenmedik bir durumla karşılaştıklarında bu denge halinin bozulduğunu ifade etmiştir. Ardından Harvard'da çalışmalar yapan Walter Bradford Cannon, “Vücudun Bilgeligi” adlı eserinde “homeostasis” kavramını gündeme getirmiştir. Cannon’ın varsayımına göre, herhangi bir aşırılık durumu gerçekleştiğinde organizma bünyesinde sinyal verilir. Böylece iletilmiş olan sinyal sayesinde vücuttaki iç denge korunur. Bu durum da “homeostasis” olarak bilinmektedir (Balcıoğlu, 2005).

“Stresin babası” olarak bilinen Hans Hugo Bruno Selye, 1907 yılında Viyana'da doğmuştur ve stres araştırmalarına 1926 yılında henüz tıp öğrencisiyken başlamıştır. Çeşitli hastalıkları olan bireylerde semptomların pek çoğunun benzer olduğunu gözlemleyen Selye’ye göre bu durum, vücudun deneyimlediği stresli uyarılara verilen ortak bir tepkidir. Laboratuvar fareleri üzerinde deneyler yapan Selye, uzun süreli strese maruz kalma durumunun uyum sorunlarını beraberinde getirdiğini ortaya koymuştur ve bu durumu da “genel adaptasyon sendromu” olarak ifade etmiştir (Kelly ve Bock, 1988).

Öte yandan; psikoloji biliminin ödüller ve cezalar aracılığı ile kazanılan davranışların incelenerek anlaşılabilirliğini savunan bir gruba karşı Berkeley Üniversitesi Psikoloğu Richard Lazarus, bilişsel süreçlere odaklanmıştır. Bulunduğu dönemde ses getiren çalışmalar ortaya koyan Lazarus’un, stres ve stresle başa çıkma yöntemleri ile ilgili araştırmaları öncü niteliğindedir (Robinson, 1990).

2. Stresin Tanımı

Stres, bireyi hayal kırıklığına uğratan, kızgın veya gergin hissettiren herhangi bir olay veya düşünce sonrasında yaşanan duygusal veya fiziksel bir gerginlik hissidir. Bu durum organizmanın bir meydan okumaya verdiği tepki olarak da ifade edilebilir. Aslında, insan vücudu stresi deneyimlemek ve ona tepki vermek için tasarlanmıştır. Değişiklikler veya zorluklar yaşadığınızda, vücudunuz birtakım tepkiler üretir. Bu tepkiler stres kaynaklı olabilir (Finaud ve diğ., 2006).

Fiziksel, duygusal veya psikolojik gerginliğe neden olan her türlü değişiklik olarak tanımlanan stres, vücudumuzun dikkat veya eylem gerektiren herhangi bir uyarıcıya verdiği tepkidir. Herkes bir dereceye kadar stres yaşar. Bununla birlikte

strese verilen tepkinin şekli, bireylerin genel refahı için oldukça önemlidir (Halliwell ve Poulsen, 2006).

Stres kavramının kökenleri incelendiğinde Latince “estricia”, Fransızca “estrece” olarak nitelendirildiği görülmektedir. Süreç içerisinde birçok farklı tanımları yapılan stresin ilk ve en genel tanımı, Hans Selye tarafından yapılmıştır. Ona göre stres, organizmada zorlanma sonucu oluşan tepkidir. Selye, stresin kaçınılması gereken bir şey olmadığını altını çizmiştir. İnsan uykudayken bile kalbi, sindirim ve sinir sistemi çalışmaya devam etmektedir. Bu sebeple stresten tamamen kurtulmak ancak öldükten sonra beklenebilir (Betteridge, 2000).

Selye'nin stres tanımının ardından birçok bilim insanı konu ile ilgili çalışmalarını hızlandırmıştır. Davranışçı yönelimi benimseyenlere göre stres; uyum gücü ile sonuçlanan tehdit algısı olarak tanımlanır. Selye, bilişsel psikoloji alanındaki çalışmaları ile ünlü Richard Lazarus'tan da bahsetmiştir. Lazarus, stresin kesin ve kapsayıcı bir tanımına ulaşmanın zor olduğuna değinmiştir. Lazarus'a göre stres; kişinin içinde bulunduğu şartlarla mücadele etmesinin güç olduğu durumlarda oluşan ve sağlığı tehlikeye düşüren, kendisi ve sosyal çevresi arasında kurduğu bağıdır (Kaluzza, 2007). Yapılan birçok farklı tanımın genel bir değerlendirmesini yapacak olursak stres, organizmanın çevreye adaptasyon sağlamak için verdiği tepkilerin tamamıdır. Stres, bireyin iç dünyasındaki savaştır. Bu savaşta kişi, bulunduğu çevre ile arasında sağlıklı bir ilişki kurarak denge sağlamaya çalışmaktadır (Selye, 1956).

Stres, kendimizi baskı altında hissettiğimizde, bunaldığımızda veya bazı durumlarda başa çıkamadığımızda hissettiğimiz yaygın bir duygudur. Küçük miktarlarda stres bireyler için iyi olabilir, sınava girmek veya konuşma yapmak gibi hedeflere ulaşmak için motivasyon sağlayabilir. Ancak çok fazlası, özellikle de kontrolden çıktığımızda hissettiğimizde, ruh halimizi, fiziksel ve zihinsel sağlığımızı ve ilişkilerimizi olumsuz etkileyebilir (Burton ve Jauniaux, 2011).

Günlük hayatımızda stresle karıştırılan bazı kavramlar bulunmaktadır. Bu kavramlardan biri olan endişe, fiziki veya psikolojik tehditlerin verecekleri zarara gösterilen tepkidir. Stresle birlikte sıklıkla kullanılan bu kavram, aslında stresin temel nedenleri arasındadır. Bunun yanında çatışma da strese neden olan faktörlerden biridir. Çatışmanın belirli bir başlangıç ve bitiş noktası vardır. Bu sebeple takip edilebilen ve neden-sonuç ilişkisi kurulabilen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Selye, 1965).

Bireyin çevresi ile etkileşimi sonucu oluşan stres, organizmayı etkisi altına almaktadır. Streste, bireyin tehlikeli olarak atfettiği bir durumun mevcudiyeti bulunmaktadır ve bu tehlikenin ehemmiyeti algılanmalıdır. Stres, sıklıkla olumsuz durumlar ile bağdaştırılmaktadır ancak stresin her türü bu kategoride değerlendirilmemelidir. Belirli düzeylerdeki stres, bireylerin hayatında motivasyon kaynağı olabilmektedir (Selye, 1975).

Stres, literatürde sıklıkla psikopatolojiler ve hastalıklarla ilişkilendirilen, günlük yaşamda sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. İnsanların maruz kaldığı stresörlerin çeşitliliği ve algılarındaki farklılıklar, stresin genel bir tanımının olmamasının en önemli sebeplerinden biridir. Ancak mevcut stres teorileri stresi, birey ve çevre arasındaki ortak etkileşimin bir ürünü olarak ele almaktadır. İlerleyen bölümde stresin tanımı ile ilgili farklı teoriler sunulacak ve stres ile bedensel belirtiler arasındaki ilişki güncel literatür ışığında değerlendirilecektir.

Walter Canon'un stres tanımı, stresin fizyolojik etkilerini tanımlamaya çalışan ilk açıklamalardan biridir. Canon stresi, zorlu bir durum ile başa çıkmak için gerçekleştirilen bir tepki olarak tanımlamaktadır. Bu reaksiyon sempatik ve endokrin sistemini tetikleyerek savaş-kaç tepkisine neden olmaktadır. Bu sinir sistemlerinin aktivasyonu vücutta zincirleme reaksiyonlara neden olmaktadır. Örneğin; kan basıncının hızlanması, kan şekerinin artması, kalp atış hızında değişiklikler yaşanması, sindirim sistemindeki problemler bu reaksiyonlardan birkaçıdır. Özetle Canon'un yaklaşımına göre stres; vücut sistemlerinde bir takım ani değişiklikleri tetikleyerek iç dengeyi bozar ve bu bozulma zamanla bir takım sağlık problemlerini de beraberinde getirebilir.

Hans Selye Genel Adaptasyon Sendromu (GAS) araştırmasında, farelerin iç sistemlerini irdelemiştir ve strese tepki olarak insanlarda yaşanan değişiklikler ile benzer olduğunu gözlemlemiştir. Bu değişiklikler; adrenal bezlerde büyüme, lenf bezlerinde küçülme, ülser gelişiminin başlaması şeklindedir (Selye, 1956). GAS, bir organizmanın kendisini biyolojik strese karşı üç aşamada savunduğunu varsaymaktadır. Bu aşamalar; alarm, direnç ve tükenme olarak isimlendirilmiştir. Çalışmamızda daha detaylı şekilde ele alacağımız bu aşamalardan alarm aşamasında, organizmada otonomik bir uyarılma meydana gelir ve vücut stres tepkisine karşı hazırlanır. Direnç aşamasında, savunma mekanizması stres etkenine uyum sağlamaya

çalışırken vücut sınırlarını zorlar. Stres etkeninin etkisi devam ederse, organizma sonunda tükenir ve son aşamaya gelir.

Canon ve Selye'nin stres teorileri, stresin fizyolojik etkileri açısından benzerlikler göstermektedir. Canon, sürekli strese maruz kalmanın tıbbi sorunlara neden olabileceğini belirtmiştir. Ayrıca uzun süre strese maruz kalan bireylerin; kardiyovasküler ve bağışıklık sistemi problemleri, kalp rahatsızlıkları ve kanser ile yüzleşme risklerinin bulunduğunu öne sürmüştür. Hem Cannon hem de Selye'nin stres çalışması, stresin fizyolojik sonuçlarını anlamak için önemli sonuçlara sahiptir ancak stresin psikolojik etkilerini açıklama noktasında yetersiz kalmaktadır. Lazarus ve Folkman ise stres tanımına algı ve yorumlama kavramlarını ekleyerek stresin insan psikolojisi açısından daha geniş değerlendirilmesini sağlamıştır.

C. Algılanan Stres

Lazarus ve Folkman'ın “Algılanan Stres Teorisi” stresin fizyolojik boyutlarından çok psikolojik ve bilişsel yönlerini vurgulamaktadır. Lazarus ve Folkman, stres tepkisinin ancak birey tarafından stres olarak yorumlandığında ortaya çıkacağını savunmaktadır. Başka bir deyişle stres deneyimine neden olan şey olayların kendisi değil, insanların belirli yaşam olaylarını nasıl algıladıklarıdır (Lazarus ve Folkman, 1984).

Stres tanımı için önemli bir değişken olan “uyarıcıyı değerlendirme süreci” iki aşamadan oluşmaktadır. Birincil değerlendirmeler, basitçe potansiyel tehlikenin bir değerlendirmesini içermektedir (Eskin, 2013). “Başım belada mı?”

Lazarus ve ark. (1984) üç tür birincil değerlendirme tanımlamıştır. Bunlar

- İlgisiz
- İyi Huylu-Olumlu
- Stresli

Stresli değerlendirmeler, bireyin refahı için tehdit olarak kabul edilir ve üç kavramı içerisinde barındırmaktadır (Erbay diğ., 2016).

- Zarar/Kayıp
- Tehdit
- Meydan Okuma

1. Zarar/kayıp aşamasında, kişi genellikle ya bir yaralanma-hastalık ya da sevilen birinin kaybı yoluyla zaten zarar görmüştür. Zarar/kayıp değerlendirmesi genellikle; korku, umutsuzluk, endişe ve nihayetinde strese neden olur.
2. Tehdit aşamasında ise, hasar henüz alınmamıştır ancak öngörüsü şimdiden olası olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olmuştur.
3. Üçüncü tür birincil değerlendirme meydan okuma ise diğerlerinden farklı olarak, büyüme veya kazanç için bir değişiklik sunar (Şanlı, 2017).

İlk değerlendirmeden sonra birey mevcut tüm kaynakları gözden geçirir ve durumla nasıl başa çıkacağını değerlendirir. İkincil değerlendirmeler ise, bireyin kaynaklarının ve başa çıkma stratejilerinin olayın zarar/kayıp, tehdit ve meydan okuma kavramlarının yeterli olup olmadığını gösterir. Sonuç olarak stres yaşantısı, kişinin değerlendirme süreçlerine bağlıdır ve psikolojik stres, bireyin olumsuz olayla başa çıkmak için kaynaklarının yetersiz olduğuna inandığı zaman ortaya çıkmaktadır (Çalışkan ve diğ., 2018).

Canon ve Selye'den farklı olarak Lazarus, olumsuz düşüncelerin stres ve fizyolojik sonuçlar arasındaki ilişkide önemli bir rol oynadığını savunmuştur. Bu açıdan bakıldığında, Lazarus ve Folkman'ın "Algılanan Stres Teorisi"nin farklı bir bakış açısı sunan ilk çalışmalardan biri olduğu kabul edilmektedir. Ayrıca son dönemlerde stresin fizyolojik sonuçları üzerine yapılan çalışmalar, Algılanan Stres Teorisinden farklı olarak, bilişsel süreçlerden ziyade biyolojik süreçlere odaklanmıştır (Biggs ve diğ., 2017).

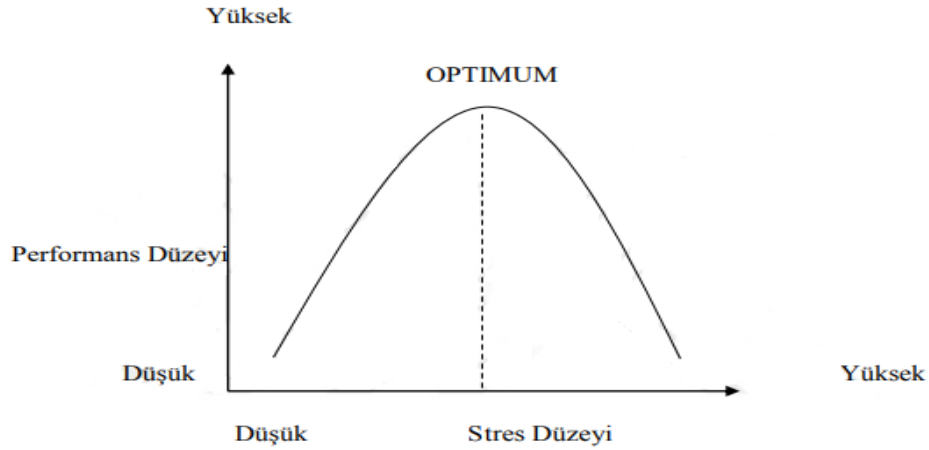
1. Stresin Türleri

Stres beyni ve vücudu etkisi altına almaktadır. Stresin düzeyi, bireylerin gösterdikleri performans ile ilişkilidir. Stresin artması bireyleri savaşmaya veya tam tersi kaçmaya itebilir. Bu sebeple stresle nasıl başa çıkacağımızı öğrenmek, zihinsel ve fiziksel sağlığımız açısından önemlidir. Bireyler, stresli durumlara farklı tepkiler verir. Buna bağlı olarak hem stresin etkisi hem de başa çıkma biçimleri kişiden kişiye değişebilmektedir (Goldberger ve Breznitz, 2010).

Her birey farklı uyarıcılara tepki gösterir. Örneğin; işle ilgili stres yetişkinler arasında yaygınken çoğu çocuk tehdit edici, zor veya acı verici durumlarla baş edemediğinde stres yaşar. Bunlar arasında; ergenliğin başlangıcında vücutta yaşanan

değişiklikler, okulda arkadaşlarla ve sosyalleşmeyle ilgili sorunlar, sınavlar ve ev ödevleri, okul değiştirme veya ebeveynlerin ayrılması gibi büyük değişiklikler, kronik hastalıklar, ailede mali sorunlar veya sevilen birinin kaybı sayılabilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde stresörlerin öznel olduğu görülmektedir (Selye, 1955).

Stres kavramı, genellikle olumsuz durumları nitelemek amacıyla kullanılmaktadır ancak bu, doğru bir algı değildir. Çünkü stres, bireyin içinde bulunduğu şartlar göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Kimi durumlarda stres faktörü kişiyi olumlu yönde etkiler ve amaçlarına ulaşması noktasında güdüler. Bu durum olumlu stres olarak isimlendirilir. Bireyleri rahatsız eden, hoş gitmeyen ve kaygı uyandıran durumlar karşısında ortaya çıkan stres türü ise olumsuz strestir. Beklenmedik şekilde işten ayrılma, evlilik birlikteliğini sonlandırma veya sevilen bir yakının kaybı olumsuz stres yaratan durumlar içerisinde değerlendirilebilir (Cardeña ve diğ., 2003).



Şekil 1 Yerkes-Dodson Yasası

Yerkes-Dodson Yasası, performans düzeyinin uyarılma ile yüksek ilişki içerisinde olduğunu belirtmiştir. Robert M. Yerkes ve John Dillingham Dodson tarafından ortaya atılan bu yasaya göre, bireyin performansı uyarılma ile artış gösterir ancak bu artış belirli bir noktaya geldiğinde durur. Bunun yanında şiddetli uyarıcı performansı olumsuz etkilemektedir (Welford, 1973).

2. Stresin Aşamaları

Genel Adaptasyon Sendromu (General Adaptation Syndrome), stres altındayken vücudun geçtiği fizyolojik değişiklikleri tanımlayan üç aşamalı bir süreç olduğunu ileri sürmektedir (Burchfield, 1979). Selye farelerin tepkilerine göre süreci alarm, direnç ve tükenme aşamaları olarak kategorize etmiştir (Selye, 1951).

Alarm Aşaması: Bu aşamada vücudun stres ile karşılaştığında verdiği ilk tepki olarak düşünülür. Stres karşısında gösterilen bir tepki olan "savaş ya da kaç" tepkisi, canlıyı tehlikeli olaydan kaçmaya veya korumaya yarar. (McCarty ve Pacak, 2000).

Direnç Aşaması: Stresli olay ile karşılaşmış şok yaşayan vücut şoku atlattıktan sonra kendini toparlamaya ve onarmaya başlar. Daha düşük oranda kortizol salgılanır ve nabız ile kan basıncı normale dönmeye çalışır. Vücut bu iyileşme sürecine girse de bir süre daha yüksek alarm modunda kalabilir.

Bu aşamada vücut, stresle başa çıkmak için farkında olmadığı değişikliklerden geçer. Stres hormonu salgılanmaya devam eder ve kandaki basınç yüksek kalmaya devam eder. Direnç aşamasının en önemli belirtileri; sinirlilik ve zayıf konsantrasyondur (Torpy ve Chrousos, 1997).

Tükenme Aşaması: Tükenme aşaması, uzun süren yani kronik stresin sonucunda ortaya çıkar. Stres karşısında uzun süre mücadele halinde olmak fiziksel, emosyonel ve bilişsel kaynaklarınızı, vücudunuzun artık strese karşı koyacak gücü kalmadığı bir ana varana dek tüketebilir. Tükenme aşamasının en önemli belirtileri; depresyon, kaygı ve endişedir (Evans, 1950).

3. Strese Neden Olan Faktörler

İnsanlarda stres yaratan durumları birbirinden ayırmak olanaksızdır. Çünkü bireyler çalışma hayatındayken özel hayatından, özel hayatındayken ise çalışma hayatından tamamen soyutlanamaz. İnsan hayatı tüm süreçleri beraber, bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Bu sebeple bireyleri etkisi altına alan stres faktörleri üç ana grupta ele alınmıştır. Bunlar; bireysel faktörler, çevresel faktörler ve örgütsel faktörlerdir (Eisenberg ve diğ., 1997).

a. Bireysel Faktörler

Yaş, stresi etkileyen en önemli bireysel faktörler arasındadır. Stresle baş etmek her yaşta zordur ancak yaşın ilerlemesi bu durumu daha zor hale getirebilir. Yaşın ilerlemesi ile vücut, gençken olduğu gibi fiziksel olarak stresle başa çıkamayabilir. Kalp ve ciğerler eski kapasitesine sahip olmayabilir ve vücut stresli olaylardan sonra kendini toparlamakta zorlanabilir. Bunun yanında bilişsel olarak stresle baş etmek daha zor olabilir. İyi bir gece uykusu, bazı durumlarda stresi azaltmaya yardımcı olabilir ancak yaşlandıkça uyku düzeni değişir ve sağlıklı

uyuyamayabilirsiniz. Böyle durumlarda gevşeme teknikleri kullanılarak sağlıklı bir uyku için zemin hazırlanmalıdır (Rice, 1999).

Stresi cinsiyet faktörü ile birlikte ele alırsak; iş hayatının yanında ebeveyn görev ve sorumluluklarının tamamını üstlenen ataerkil yapıdaki bir kadının, erkeklere oranla daha fazla strese maruz kaldığı görülmektedir (Lipp, 2003). Kadının çalışma hayatında ayrımcılığa ve tacize uğraması ile erkeklere oranla daha duygusal bir yapıya sahip olması, strese neden olabilir. Ayrıca kadın ve erkeklerin belirli hormonal evrelerde stresörlere daha duyarlı oldukları da edinilen bilgiler arasındadır (Barnett ve diğ., 1987).

Bireysel stres faktörlerinden bir diğeri de medeni durumdur. Evli bireylerin bekar bireylere oranla daha fazla sorumluluk üstlendikleri ve bu sorumlulukların da üzerlerinde büyük bir baskı oluşturduğu düşünülmektedir. Ancak medeni durum yalnız başına bir belirleyici olarak kabul edilmemelidir. Sağlıklı bir evliliği olan bireylerin, iş ve özel hayatlarında mutlu oldukları ve stresörlere karşılaştıklarında baş etme becerilerinin yüksek olduğu edinilen bilgiler arasındadır. Bu noktada ilişkilerde dengeyi sağlamak, stresin azalmasına destek olacaktır (Lazarus ve Folkman, 1985).

Farklı kişilik tipleri strese farklı tepkiler verir. Beş ana kişilik özelliği vardır. Kişiliğiniz bu özelliklerin tümünü veya bir kısmını içerebilir. Ancak bazıları diğerlerinden daha baskın olabilir. Bu, beş faktör kişilik modeli olarak bilinir. Nevrotiklik, duygu durumu ve öz bilinç ile ilişkilidir. Dışadönüklük, sosyal etkileşim arar. Açıklık; yaratıcı ve estetik, yeni deneyimler arar. Uyumluluk, işbirlikçi olma eğilimindedir ve diğerleriyle iyi geçinir. Vicdanlılık; görev bilincine sahiptir. Bu özellikler bireyin strese nasıl tepki verdiğini belirleyebilir. Kişiliğiniz, stres tolerans seviyeniz hakkında bilgi verebilir. Örneğin; nevroitiklik, negatif stres tepkisi ile yüksek ilişki içerisindedir ve bu özelliğe sahip bireyler daha düşük stres toleransına sahiptirler. Bununla birlikte, bir kişinin stresle başa çıkabilmesi, onu hiç yaşamadığı anlamına gelmez (Eren, 2000).

Stres, dış dünyayı nasıl algıladığımızı ve ona nasıl tepki verdiğimizizi etkiler. Düşük sosyoekonomik statü, düşük benlik saygısı, güvensizlik ve dünyanın tehdit edici bir yer olduğu algısı, strese neden olan faktörler arasındadır. Düşük sosyoekonomik statüye sahip insanlar, çeşitli nedenlerle daha yüksek düzeyde stres yaşamaktadırlar. Bunun yanı sıra yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bireyler, daha sağlıklı seçimler yapma eğilimindedirler. Daha yüksek sosyoekonomik durum, sağlık

için daha fazla kaynak sağlar. Düşük sosyoekonomik statüye sahip olan bireyler, sağlıklarıyla daha az ilgilenemedikleri için daha kötü sağlık sonuçlarına sahip olma eğilimindedirler. Bu durum da stresli bir yaşamı doğurur (Tutar, 2000).

b. Çevresel Faktörler

Çevresel stres, bir çevre içindeki verimliliği ve çevrenin gelişimini olumsuz etkileyen faktörleri ifade eder. Çevresel stres etkenleri genellikle, kirlilik veya orman yangını gibi doğanın maruz kaldığı stresi ifade eder (Lazarus ve Cohen, 1977).

Çevresel stres faktörlerinin birçok nedeni vardır. İnsanlar, çevreleri istikrarlı ve öngörülebilir olduğunda, kendilerini güvende hissetme eğilimindedirler. Stres genellikle bir kişinin çevresindeki bir şey onu değiştirmeye zorladığında ortaya çıkar. Çevresel stres etkenleri sıklıkla rahatsızlık, endişe ve saldırganlık düzeylerinin artmasına neden olabilir. Çevresel stresin birçok nedeni vardır. Bunlardan bazıları; gürültü, hava, sıcaklık, savaş, kalabalık, çok parlak veya loş ışıklardır (Evans, 1984).

Duyusal çevresel stresörler; görme, tatma, koku alma, duyma ve dokunma gibi beş duyuyu etkileyen çevresel faktörleri ifade eder. Bu tür stres faktörleri arasında yüksek ses, aşırı sıcaklıklar ve kirlilik bulunur. Sınava hazırlanan veya uyumaya çalışan bir kişi, yüksek ses dolayısıyla strese girebilir. Bu durum, kişinin çalışma materyallerine konsantre olmasını engelleyebilir. Aynı zamanda bir kişinin uykuya dalmasını veya uykuda kalmasını engelleyebilir. Sınava stresli ve hazırlıksız şekilde girmek, kişinin kötü notlar almasına neden olur. Bununla birlikte uyku eksikliği, sinirliliği artırabilir ve iş veya okul performansını olumsuz etkileyebilir (Baum ve diğ., 1981).

Çok soğuk veya çok sıcak bir iş yeri, strese neden olabilir. Örneğin, işteyken sürekli terleyen bir kişi, büyük olasılıkla konsantre olmakta veya sorumluluklarını tamamlamakta zorlanacaktır. Fiziksel olarak rahat olmak, stresi azaltmak veya yönetmek için çok önemlidir (Güçlü, 2001b).

Çevre kirliliği de strese neden olan faktörler arasındadır. Örneğin; sis, bir kişinin görme yeteneğini etkileyebilir, bu da kişiyi araba kullanırken gergin veya stresli hale getirebilir. Kirlilik aynı zamanda bir insanı bulunduğu ortamda rahatsız edebilecek kokular da üretebilir (Cohen ve diğ., 2013).

Ekonomik belirsizlikler, çevresel stres faktörleri arasındadır. Bunlar, iş döngüsünde strese yol açabilecek değişiklikleri içerir. Örneğin, COVID-19 pandemi salgını, birçok kuruluşun işlerini olumsuz yönde etkileyen ve ekonomik sistemde büyük çöküntüye yol açan küresel bir kriz olarak nitelendirilmektedir (Bohlken ve diğ., 2020). Sonuç olarak; çalışanlar işten çıkarmalarla ve maaş kesintileriyle karşı karşıya kalmıştır. Bu tür olumsuz deneyimler, çalışanlar arasında stres ve kaygıya neden olmuştur (Keim ve diğ., 2002).

c. Örgütsel Faktörler

Günümüzde stresin en sık görüldüğü alanlardan biri iş hayatıdır. Çalışma, kişinin faydalı bir sonuç kazanmak adına fiziksel veya bilişsel olarak güç harcayarak yaptığı etkinlik, bir eylem sürecidir. Birey çalışarak, ekonomik, psikolojik, sosyal ve kültürel rolleri açısından doyum sağlayabilmeyi hedefler (Kahn ve Byosiere, 1992).

Örgütsel stres; örgüt ikliminin ve çalışma ortamının zararlı ve saldırgan yönlerine karşı bilişsel, davranışsal ve duygusal bir tepki olarak tanımlanabilir. Örneğin, bir çalışan problemlerini çözme noktasında kendini huzursuz ve çaresiz hissediyorsa bu durum, örgütsel stres altında ele alınabilir (Sonnetag ve Frese, 2013).

Çalışma hayatında bireyleri etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlardan biri, işi mükemmel yapma beklentisidir. Bu durum bireylerde kaygı ve endişeye sebep olur. Ayrıca verilen görevlerin sınırlı bir süre içinde tamamlanma beklentisi, çalışanların zihinlerinde çok çalışmak için baskı oluşturur. Çalışanlar süre sınırının sonuna geldikçe stresleri artar ve bu durum özel yaşamlarını da etkiler. Bunun yanı sıra meslektaşlar arasındaki şiddetli rekabet de bir stres kaynağı olabilir. Çalışanlar ve işverenler arasında çok fazla mesafe olması, katı kurallar ve düzenlemeler, çalışanları strese sokabilir (Thompson ve diğ., 1996).

4. Stresin Sonuçları

Stres, herkesin zaman zaman hissettiği bir şeydir ve günlük hayatın bir parçası olarak düşünebileceğimiz çok sayıda stresli durum vardır. Düşük seviyeli stres, insan hayatı için motive edici olabilir. Ancak farkında olmasak da stres, insan hayatını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Rahatsız edici baş ağrınızın, uykusuzluğunuzun veya işteki üretkenliğinizin azalmasının sebebinin hastalık olduğunu düşünebilirsiniz ancak esas sebep stres olabilir (Spielberger ve diğ., 2014).

Bireyler stres durumunda fizyolojik, psikolojik ve davranışsal birçok değişim yaşayabilir. Asabi, sabırsız veya kırgın; aşırı yüklenmiş veya bunalmış; endişeli, gergin veya korkmuş; hayata karşı ilgisiz gibi. Stres durumunda vücudun otonom sinir sistemi kalp atış hızını, nefesi, görüş açısını ve daha fazlasını kontrol eder. Bu noktada "savaş ya da kaç tepkisi", vücudun stresli durumlarla yüzleşmesine yardımcı olur (Sarason ve Spielberger, 1975). Bir kişi uzun süreli stres yaşadığında, stres tepkisinin sürekli aktivasyonu vücutta aşınmaya ve yıpranmaya neden olur. Fiziksel, duygusal ve davranışsal belirtiler gelişir. Stresin fiziksel belirtileri şunları içerir:

- Ağrı ve sızılar,
- Göğüs ağrısı veya kalbin hızla çarptığı hissi,
- Yorgunluk veya uyku sorunu,
- Baş ağrısı, baş dönmesi veya titreme,
- Yüksek kan basıncı,
- Kas gerginliği veya çene kenetlenmesi,
- Mide veya sindirim sorunları,
- Cinsel isteksizlik,
- Zayıf bağışıklık sistemi.

Stresin duygusal belirtileri bireyi ve sosyal çevresini etkisi altına almaktadır. Kişilerin yaşam kalitesini düşüren stresin, duygusal belirtilerinden birkaçı sıralanmıştır (Knoll ve Carlezon, 2010). Bunlar;

- Endişe,
- Huzursuzluk,
- Motivasyon veya odaklanma eksikliği,
- Bunalmış hissetmek,
- Sinirlilik veya öfke,
- Üzüntü veya depresyon.

Fiziksel ve duygusal belirtileri bulunan stresin, birtakım davranışsal belirtileri de bulunmaktadır (Pearlin ve diğ., 1981). Bireyi huzursuz eden stresin duygusal belirtileri şunlardır:

- Aşırı veya az yemek,
- Öfke patlamaları,
- Uyuşturucu veya alkol kullanımı,

- Tütün kullanımı,
- Sosyal geri çekilme,
- Daha az sıklıkla egzersiz yapmak.

Kronik stresi olan kişiler, sağlıksız birtakım davranışlarla bu durumu yönetmeye çalışırlar. Bu davranışlar arasında; çok fazla ve çok sık alkol almak, kumar oynamak, aşırı derecede yemek yemek, sigara ve uyuşturucu kullanımı bulunmaktadır (Kasl, 1984).

5. Stres ile Başa Çıkma Yöntemleri

Stres birikimlidir. Bedenimiz, hayatımız boyunca belirli miktarda stresle başa çıkmak için donanımlıdır. Ancak dünyamız giderek daha karmaşık ve yorucu hale gelmektedir. Stresli dönemlerimizi yönetmek için stresle başa çıkma tekniklerine sahip olmamız gereklidir. Bu durum önümüzdeki yıllarda giderek daha kritik hale gelecektir (Basowitz ve diğ., 1955).

Stres ile başa çıkma teknikleri, stresörlerin üzerimizdeki etkilerini azaltan düşünce kalıpları ve davranış alışkanlıklarıdır. Örneğin; işyerinde kötü bir eleştiri aldığımızda, düşüncelerimiz genellikle “yöneticimin ne kadar sıkı çalıştığını gözlemlemek için yeterli fırsatı olmadı” veya "yöneticim teknik olmayan becerilere değer vermiyor" gibi fikirlere odaklanır. Bu durum düşünceleri rasyonelleştirmeye çalışmakla ilişkilidir ve bir başa çıkma mekanizmasıdır. Ancak bu ve benzeri durumlarda kendimize odaklanarak sorunu dış kaynaklara atfetmemek, sürecin sağlıklı bir şekilde ilerlemesine katkı sağlayacaktır (Seaward, 2017).

Stresle başa çıkma yöntemleri, olumsuz olarak algıladığımız durumları yönetme çabamızdır. İnsanlar otomatik olarak karmaşık başa çıkma mekanizmaları geliştirirler ayrıca bu mekanizmalar kişilere göre değişkenlik gösterir (Balcar ve diğ., 2011).

Psikiyatristlerin baskı dediği şey aşırı veya şiddetli sonda. Hayatta gerçekten yıkıcı bir şey olduğunda, özellikle genç yaşta meydana geldiğinde, zihnimiz normalliği sürdürmek için umutsuz bir çabayla tüm kayıtları yok edebilir. Hafıza, bilinçli zihin için kullanılamaz hale gelir. Bu durumu, bir dosyayı silmek için bilgisayarınızdaki “sil” tuşuna basmakla karşılaştırabilirsiniz. Çocukluk çağı cinsel istismarıyla ilgili olarak bastırılmış anılar hakkında son zamanlarda çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu, tam bir bastırmaya neden olabilen şiddetli travma türüdür (Palmer ve Cooper, 2013).

Bazı insanlar stresten diğerlerinden daha fazla etkilenmektedir. Kimileri için her sabah kapıdan zamanında çıkmak çok stresli bir deneyim olabilirken, bir kısım insan ise şiddetli stresörlerden bile daha az etkilenebilir. Bazı insanların stresli durumlar yaşama olasılığı diğerlerinden daha fazladır. Örneğin; çok fazla borcu olan veya mali güvencesi olmayan kişilerin para konusunda stresli olma olasılığı daha yüksektir. Bunun yanı sıra azınlık bir grubun önyargı veya ayrımcılık konusunda strese girme olasılığı daha yüksektir. Başka bir örnek vermek gerekirse, kısıtlı bireylerin veya uzun süreli sağlık sorunları olan kişilerin sağlıkları konusunda strese girme olasılıkları daha yüksektir (Copp, 2010).

a. Egzersiz

Düzenli egzersiz ve spor yapan bireylerin, stresle başa çıkma noktasında daha kuvvetli oldukları bilinmektedir. Koşu, tenis, pilates, yoga ve diğer sportif etkinlikler bedendeki gerilimi alarak kasların güçlenmesine destek olur, dolaylı olarak stresi de azaltır (İlgöz, 2014).

Yaşamında spora yer veren ve düzenli egzersiz yapan bireylerin gece uykularının daha kaliteli olduğu, sabah enerjik uyandıkları görülmektedir. Dingin bir bedenle uyanan bu bireylerin güne zinde başladıkları ve stresörlerle karşılaştıklarında motivasyonlarını kaybetmedikleri bilinmektedir (Yalınpala, 2021).

Sportif faaliyetler bireyin, ruhsal ve bedensel sağlığı açısından oldukça önemlidir. Ancak bu aktiviteleri gerçekleştirirken uzman kişilerin desteği alınmalıdır. Çünkü bilinçli olmadan yapılan her türlü spor faaliyeti, birtakım sorunlara hatta hastalıklara yol açabilmektedir (Sarp,2000).

b. Gevşeme

Nefes egzersizleri, stresli durumlarla karşılaşıldığında sıklıkla kullanılan teknikler arasındadır. Bu teknik yalnızca birkaç dakika sürer ve her yerde yapılabilir. Bu egzersizler, günlük rutinin bir parçası olarak düzenli olarak yapılırsa bireyi rahatlattığı görülmektedir (Yıldırım, 1991).

Nefes egzersizi ayakta, sırtı destekleyen bir sandalyede oturarak veya yerde bir yoga matı üzerinde uzanarak yapılabilir. Bireyin kendini bedensel olarak rahat ettirmesi en önemli kurallar arasındadır. Eğer mümkünse nefes alış-verişini kısıtlayan giysilerin gevşetilmesi, sürece olumlu yönde katkı sağlayacaktır. Ardından nefesin, karnın derinliklerine doğru akmasına izin verilmelidir. Burundan yavaş ve düzenli

şekilde alınan nefes, ağızdan verilmeli ve yalnızca nefese odaklanılmalıdır. Bazı bireyler nefes egzersizi esnasında 1'den 5'e kadar saymayı faydalı bulurlar ancak ilk başta 5'e kadar ulaşamayabilir. Bu durumda denemeye devam edilmeli ve süreç içerisinde en az 5 dakika egzersiz sürdürülmeye çalışılmalıdır. Bireyin stresörlerden uzaklaşmasına destek sağlayan bu yöntem, daha sağlıklı bir bedene ve zihne ulaşılmasına yardımcı olmaktadır (Kaba, 2019).

c. Meditasyon

Meditasyon, stresi ortadan kaldırabilir ve beraberinde iç huzuru getirebilir. İhtiyaç duyulan anlarda yapılan meditasyon, bireyin sağlıklı yaşam için attığı adımlardan biridir. Herkes meditasyon yapabilir. Oldukça pratiktir ve maliyetli değildir. Herhangi bir özel ekipman gerektirmez. Nerede olursanız olun (yürüyüşte, zorlu bir iş toplantısının ortasında, otobüste veya bekleme salonunda) meditasyon yapabilirsiniz (Househam ve diğ., 2017).

Meditasyon, binlerce yıldır uygulanmaktadır. Başlangıçta, yaşamın kutsal ve mistik güçlerinin anlaşılmasına yardımcı olmayı amaçlamıştır ancak günümüzde genellikle rahatlamak ve stresi azaltmak için kullanılmaktadır (Astin, 1997).

Meditasyon bireyin hem duygusal hem de bedensel sağlığına fayda sağlamaktadır. Stresle başa çıkmak için sıklıkla kullanılan bu teknik, merkezde kalmayı ve iç huzuru korumayı öğrenmeye yardımcı olur. Bu faydalar meditasyon seansı sona erdiğinde de devam eder. Meditasyon bireyin gün boyunca daha sakin kalmasına yardımcı olabilir (Goleman ve Schwartz, 2017).

d. Uyku

Hayat streslidir. Faturalar, iş, ilişkiler, yeni bir eve taşınmak veya bir hastalıkla başa çıkmak gibi günlük stres faktörleri vücudun çalışma şeklini etkileyebilir. Stres doğrudan uykuyu etkiler ve yeterince uyumamak stresi daha da arttırabilir (Han ve diğ., 2012).

Stresliyseniz, vücudun kendini onardığı ve yenilediği uyku dönemine geçemeyebilirsiniz. Gün içerisinde kaygılı ve endişeli hissetmek, tüm gece boyunca uykuya dalmada güçlüğü neden olabilmektedir. Stres altındaysanız, genel olarak daha az uyuyabilir ve düşük bir uyku verimliliğine sahip olabilirsiniz (Sadeh ve diğ., 2004).

Uyku, güçlü bir stres azaltıcıdır. Düzenli bir uyku rutini, vücudu sakinleştirir ve yeniler, konsantrasyonu artırır. İyi dinlenmiş olduğunuzda daha iyi bir problem çözücüsünüz ve stresle daha iyi başa çıkabilirsiniz. Uykusuzluk ise enerjinizi düşürür ve zihinsel berraklığı azaltır (Partinen, 1994).

e. Gıda Kontrolü

Bireylerin yedikleri yiyecekleri kontrol altında tutarak stresi yönetmeleri olasıdır. Tuz ve doymuş yağı azaltarak daha sağlıklı yiyecekler tüketen bireylerin bedenlerini zararlı dış etkenlere karşı korumaya aldıkları bilinmektedir. Bedenin sağlığı, ruh sağlığını da dolaylı yoldan etkilediğinden stresi azaltması beklenmektedir (Takeda ve diğ., 2004).

f. Zaman Yönetimi

Stres yaşamadan ağır bir iş yükünün altından kalkarsanız iyi bir zaman yönetimi çok önemlidir. Zaman yönetimi, yapacak çok işiniz olduğunda size yön vererek stresi azaltmanıza yardımcı olur. Planlama yapılması, kontrolün bireyde olmasını sağlar ve üretkenliğin artmasına yardımcı olur. Zamanı verimli kullanmak, bireyin mevcut işinden daha fazla zevk almasına ve hayatı yaşamak için iş dışındaki zamanı verimli kullanmasına öncülük eder (Michie, 2002).

Zamanı kötü yönetmek, stresin önemli bir nedenidir. Bireyler genellikle, yapacak çok şey olduğu ve yeterli zaman olmadığı hissine kapılırlar. Bu durumda kaygı düzeyleri artar ve odaklarını kaybedebilirler. Kötü zaman yönetiminin neden olduğu stres belirtileri arasında; sinirlilik ve ruh hali değişiklikleri, yorgunluk ve bitkinlik, odaklanma ve uyku problemleri sayılabilir. Bu sebeple zamanı daha etkin yönetmek önemlidir (Mesri ve Godlewski, 1977).

Harekete geçmeyi taahhüt ettiğiniz sürece zaman yönetimi kolaydır. Basit adımlar, zamanınızın daha etkili yönetimiyle sonuçlanabilir. Bu noktada daha iyi planlama yaparak görevleri sıralamak önemlidir (Güçlü, 2001b).

g. Sosyal Destek

Stresli, endişeli veya tükenmiş hissettiğimizde yakın ilişkiler, günlük veya kronik stresi yöneterek ruh sağlığını korumanın doğal bir yolu olabilir. Arabanız bozulduğunda, sevdiğiniz birini kaybettiğinizde ya da işinizde zor bir dönemden geçtiğinizde, hayatınızdaki destekleyici insanlar yardıma koşabilir. Arkadaşlarınız ve

aile üyelerinizle kurduğunuz güçlü ilişkiler ruh halinizi yükseltebilir, bakış açınızı iyileştirebilir ve zihinsel sağlığınızı koruyabilir (Creel ve diğ., 2013).

Sosyal desteği yüksek olan kişiler, stresli durumlar karşısında daha dirençli olabilmektedir. Ayrıca daha düşük bir stres algısına sahiptirler ve hayatın stres faktörlerine karşı daha az fizyolojik tepki verirler. Arabanın bozulması sebebiyle ıssız bir yolda kaldığınızda arkadaşınız yanınızdaysa, bu durum gözünüze daha çok bir macera gibi gelebilir. Bu nedenle sosyal destek, stresi yönetmek için başvurulacak bir strateji olabilir (Sungur, 1999).

h. İnanç

Deneyimlediğimiz hayatta varlığının daha kutsal olduğu bir şeye inanmak, yaşamdaki stresle başa çıkmaya yardımcı olan bir güç olabilir. İnançın, güçlü bir stres tamponu olabileceği ve stresle başa çıkma yeteneğini geliştirdiği bilinmektedir. İnanç, strese karşı birtakım değerleri güçlendirebilir. Hemen hemen tüm dinler sevgi ve nezaket gibi değerleri önceler. Öfke, düşmanlık ve saldırganlık gibi stres yaratan duyguları ise kınar. İnanç, umut ve kabullenme sağlayabilir. İşlerin en iyi şekilde sonuçlanacağına dair umudu teşvik eder. İnanç aynı zamanda yolunda gitmeyen ve kontrol edemediğiniz şeyleri kabul etmenize de yardımcı olur. İnanç, bireyleri toplumla birleştirir. Birlikte olmak ve paylaşmak, sosyalleşmeyi doğurur ve bu durum da stresi azaltarak bireyi dinginleştirir (Plante ve diğ., 2001).

D. Depresyon Nedir

Depresyon, derin bir hüznün ile gelen depresif ruh halini ifade eder. Düşünce, konuşma ve fizyolojik işlevlerde yavaşlamanın yanı sıra bireylerde değersizlik hissine neden olan spesifik bir durumdur. Depresyonda olan kişi, daha önce kendisine zevk veren olağan aktivite ve durumlardan zevk alamamaya başlar. Karamsarlık ve keder ile kendini gösteren bu durumun en belirgin semptomu, depresif ruh halidir. Bu tür duygular, insanlarda olumsuz yaşam deneyimlerine yaygın bir tepki olarak görülebilir (Hammen, 2005). Kişi gerçek bir depresyon geçiriyorsa çökkün ruh haline sahiptir. Bu ruh halinin yoğun şekilde görülmesi, bireyin günlük hayatını devam ettirmesi noktasında zorlanmasına sebep olur. Ayrıca zihinsel ve fiziksel alanda enerji eksikliği ile kendini gösteren psikomotor yavaşlama ve düşünce içeriğinde kısıtlılıkla belirgin bilişsel yavaşlama görülür (Altar, 1999).

Depresyonda olan bireyde, ilgi/arzu eksikliği belirgin semptomlar arasındadır. Ayrıca umutsuzluk, karamsar düşünceler, suçluluk ve değersizlik duyguları, özgüvende azalma, tekrarlayan ölüm düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü, uykusuzluk ya da aşırı uyku, iştahsızlık ve kilo kaybı ya da aşırı iştah ve kilo alımı görülmektedir (Peterson ve diğ., 1981).

Depresyon günlük yaşam üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve yaşam kalitesi ile sağlık algısını ciddi şekilde bozar. Depresif bireyler, günlük yaşamlarındaki olumsuz duygu durumlarının yanı sıra yorgunluk, bitkinlik ve işlevsellik kaybının neden olduğu sorunlardan yakınmakta ve fiziksel sağlıklarının bozulduğunu düşünmektedirler (Mete, 2008).

Depresyon yaşayan bireylerin genel görünümünde; belirgin yüz ve alın hatları, çökük omuzlar ve üzgün bir yüz ifadesi vardır. Bireyin hafif veya orta derecede depresyonu varsa iletişim kurmak kolaydır ancak majör depresyondaysa sesinin kısık olması ve çok yavaş konuşması nedeniyle iletişim kurmak zorlaşabilir. Şiddetli depresyonda mutizm görülebilir. Depresyona giren kişilerin bilinçleri açıktır, psikomotor gerilik, ajitasyon, ağlamaklı bakışlar ve küntlük belirgin özellikleridir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Literatürde bu hastalığın altında yatan patofizyolojiye yönelik bazı açıklamalar öne sürülmüştür. İlk açıklama, monoamin ve serotonin eksikliği ile ilgilidir. Serotonin, sirkadiyen döngülerin düzenlenmesi için çok önemli olan bir nörohormon olan melatonine dönüştürülür (Albayrak ve Ceylan, 2004). İkinci açıklama, sirkadiyen döngülerin düzensizliğinin depresyona yol açtığıdır. İnsanlarda olduğu kadar hayvanlarda da depresyon ve sirkadiyen ritimler arasında açıkça bağlantı olduğunu gösteren kanıtlar vardır. Majör depresif bozuklukta sirkadiyen döngü sıklıkla faz gecikmelidir ve depresyonun yoğunluğu gecikmenin boyutuyla ilişkilidir. Sirkadiyen anormallikler depresif bozuklukta önemlidir. Üçüncü açıklama, gündüz/gece döngüsü boyunca depresyon ve aktivite kalıpları arasındaki etkileşime odaklanır. Örneğin, depresif hastalar uyanıklık sırasında aktivite düzeylerini düşürmüş ve uyku saatlerinde daha yüksek motor aktivite göstermişlerdir. Son açıklama, vardiyalı çalışmaya rağmen geceleri kronik ışığa maruz kalma ile ilgilidir. Bu, duygudurum bozukluklarının daha yüksek prevalansı ile ilişkilidir. Geceleri yüksek ışığa maruz kalma, artan depresif bozukluk oranlarıyla ilişkilidir (Gönül ve Akdeniz, 2002).

1. Majör Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri (DSM V)

A. Aşağıdakilerden en az 5'inin en az 15 gün süre ile gün boyu bulunması gerekir (1.veya 2. kriter mutlaka bulunmalı)

1. Depresif duygudurum
2. Anhedoni, ilgi-istek azalması
3. İştah azalması ya da artması
4. Uyku azalması ya da artması
5. Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon
6. Enerji azalması, yorgunluk
7. Suçluluk, değersizlik hissi
8. Konsantrasyon güçlüğü
9. İntihar eğilimi

B. İşlev kaybı vardır.

C. Semptomatoloji bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir.

D. Başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir manik ya da hipomanik nöbet yoktur.

Yas durumunun dışlanması gerekir: DSM-V'te kaldırılmıştır (APA, 2013).

2. Yaygınlık

Depresyon, psikiyatrik bozukluklar arasında yaygın olarak görülen bir rahatsızlıktır. Toplumda yaklaşık olarak her on kişiden birinde görülmekle birlikte kadın ve erkekler arasındaki dağılımı oldukça değişkendir (Richards, 2011). Her dört kadından birinin ve her 8-10 erkekten birinin hayatında en az bir kez depresif dönem geçirdiği bildirilmektedir. Bu verilere göre; kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla depresyon görülmektedir. Genel olarak depresyonun yaygınlık oranının %9-20 arasında olduğu bildirilmiştir. Majör depresyon daha çok orta yaşlarda (20-40 yaş) görülen bir hastalıktır (Lim ve diğ., 2018).

3. Risk Faktörleri

Bir bozukluğun oluşumundaki etkileri hızlandıran her türlü faktöre risk faktörü denir. Depresyonun risk faktörleri genetik özellikler, depresif kişilik, aile öyküsü, eğitim düzeyi, sosyal çevre, çocukluk deneyimleri, medeni durum, olumsuz yaşam deneyimleri, yaş ve bazı fiziksel hastalıklar ile düşük sosyoekonomik düzeydir (Hammen, 2018). Yapılan çalışmalarda depresyonun görülme sıklığı ve yaygınlığının sosyoekonomik düzey ile doğru orantılı olduğu bildirilmiştir ancak son dönemlerde yapılan çalışmalar depresyonun, yüksek gelir düzeyine sahip bireylerde de sıklıkla görüldüğünü ortaya koymuştur (Mazure, 1998).

Birçok araştırmacı, yaşam olayları ile depresyon arasında bir ilişki olduğunu savunmaktadır. Ancak bazı araştırmacılar olumsuz yaşam olaylarının bir alt yapı oluşturduğunu ve depresyonu tetiklediğini ancak doğrudan depresyon geliştirmedeğini iddia etmişlerdir. Yani stresli yaşam olaylarının depresyona neden olduğunu savunanlar olduğu gibi bu olayların sadece depresyonu tetikleyici bir rol oynadığını savunanlar da vardır (Cui ve Vaillant, 1997). Olumsuz yaşam deneyimleri, insanların bu olaylarla ne şekilde baş edebildiği ile ilgilidir. Stresli yaşam olayları ortaya çıktığında etkilenen genetik faktörler, majör depresyona yatkınlık oranını artırır (Ünal ve diğ., 2002).

55 yaş üstü kişilerde depresyon gelişme riski daha yüksektir. Vücut fonksiyonları, hormonal salgılar ve metabolik faaliyetler yaşla birlikte azalır ve bu da genel olarak yaşam kalitesini düşürür. Ölüm korkusu ve yaşamda ortaya çıkan tıbbi sorunlar kişinin depresyona girmesine neden olur (Mirowsky ve Ross, 1992).

E. Olumsuz Benlik

“Persona” kelimesinin Latince’den İngilizceye “personality” olarak geçmesi ile kişilik durumunu tanımlayan ilk kelimeye ulaşılmıştır. Kişilik, psikolojik açıdan çok fazla etki merkezi olan, fazlası ile melez bir gelişim sürecine sahip bir kavramdır. Kişilik, çocukluk çağından itibaren yakın etki alanı olan anne ve bakım verenden başlayarak hayatın daha ileriki dönemlerinde toplum ve mensup olduğu toplumsal gruptan etkilenmektedir. Yaşadığı toplumun kuralları ve politikaları da bu gelişim sürecini olumlu ya da olumsuz şekilde etkisi altına almaktadır. Kişilik, bireyin kendi keşif davranışları sonucunda dışardan aldığı geri bildirimle göre kendi davranış

şemalarını tekrardan uyarlaması ve düzenlemesi anlamına gelmektedir (Roberts ve Yoon, 2022).

Benlik kavramı, psikoloji literatüründe farklı bakış açılarıyla tanımlanmıştır. İlgili literatür incelendiğinde benlik kavramına William James'in 1890 yılında yazdığı "The Principles of Psychology" adlı eserinde yer verildiği görülmüştür. Bu kitapta benlik kavramı dört boyutta sınıflandırılmıştır: Bunlar; sosyal benlik, maddi benlik, manevi benlik ve saf egodur. William James maddi benliği, hayatımızda sahip olduğumuz şeyler olarak tanımlamıştır. Bunlar; annemiz, babamız, arkadaşlarımız, arabamız ve evimiz olabilir. Bu değişkenlerden memnuniyet durumunuz, mutlu olmanız için önemli bir faktördür. Sosyal benlik, kişinin çevresi tarafından nasıl algılandığı ve bir grubun parçası olma arzusu ile ilişkilidir. Manevi benlik, bireyin psikolojik durumunu içerir. "Ben dürüst ve adaletli biriyim ya da değilim" gibi söylemlerde bulunmak ruhsal yani manevi benlik ile bağlantılıdır. Saf ego ise benliğin deneysel olarak incelenemeyen kısmıdır (James ve diğ., 1890).

Kişilik ve benlik günlük hayatta sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılan ve yaygınlıkla anlamları karışan iki psikolojik fenomendir. Bu kavramlar arasında yaşanan bu tanım kaymasının nedeni, sosyal bilimler alanında tanım yapmanın zorluğu ile beraber birbirleri ile yakın ilişki içerisinde olmalarıdır. Bu iki kavram, söyleniş tarzından başlayarak içerdiği tecrübeye kadar birçok alanda birbirleri ile karışmaktadır (Hoyle, 2010).

İlk olarak, "öz-ben" ile "ben" arasındaki temel farkın altı çizilmelidir. "Öz-Ben" in bir sürecin mi yoksa bir yapının mı sonucu olduğu muğlaktır. Bu karmaşıklık, öz-ben ile ben kavramlarının birbirinden ayırt edilememesinden kaynaklanmaktadır. Öz-ben kavramı süreci ifade eder ve "benlik" ile arasındaki diyalektikten doğar. "Ben" ise çoğu zaman sosyal etkileşimlerde ortaya çıkan refleksif bir olgudur (James, 1890). Öte yandan, benlik kavramı ise bu dönüşlü sürecin ahlaki, ruhsal, fiziksel ve sosyal sonucunu ifade etmektedir. Bazı teorisyenlere göre benlik değişmez. Öte yandan bazı araştırmacılar için benlik sürekli değişir. Epstein'a göre benlik, bireyin deneyimlerinden edindiği bilgileri düzenler. Epstein, benliğin duygusal yönünü ele almadığı için eleştirilmiştir. Bunun üzerine Jussim, benliğin bilişsel ve duygusal olarak iki boyutu olduğunu belirtmiştir (Carter ve Grover, 2015).

Lewis, benlik kavramının gelişiminin iki yönü olduğunu öne sürmektedir. Bunlar varoluşsal ve kategorik benliktir. Varoluşsal benlik, öz-planlamanın en temel kısmıdır; diğerlerinden ayrı ve farklı olma duygusu olarak tanımlanmaktadır. Lewis'e göre varoluşsal benlik bilinci, iki ila üç aylıkken başlar ve çocuğun dünya ile olan ilişkisi sonucu ortaya çıkar (Lewis, 1990).

Benlik, bireylerin psikososyal gelişim süreçleri içerisinde bakım verenleri ve sosyal çevreleri ile etkileşim ve deneyimlerinin doğal bir sonucu olarak ortaya çıkan komplike bir duygu, düşünce ve davranış ağıdır. Kişi, sosyalleşerek mevcut donanımlarının bilincine ulaşır, pozitif ya da negatif ölçümler yaparak kendine birtakım amaçlar edinir (Gecas, 1982). Kendileri ile ilgili olumlu düşünceleri bulunan bireyler, kendileri ve çevreleri ile güven bağı kurarlar. Bu yönelime sahip bireyler, stres yaratan durumlarla karşılaştıklarında daha sağlam kalabilmekte ve etkili baş etme becerileri kullanabilmektedirler. Bu sebeple benlikle ilgili olumsuz algılamalar, kişinin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Mead, 1934).

Benlik işlevsel olarak diğer insanlar ile olan ilişkilerimizi düzenler ve sosyal uyum sağlamamıza yardımcı olmaktadır. Birçok farklı benlik tanımlamaları bulunmaktadır ve bu tanımlamalar çevresel uyarıcılara göre değişkenlik göstermektedir. Olumsuz benlik ise kişinin ruh sağlığını, başarısını ve çevresiyle ilişkilerini etkileyen kendine yönelik olumsuz değerlendirmelerini barındıran çok boyutlu öz-algıdır (Higgins, 1987). Bilişsel Davranışçı Kuramın öncülerinden olan Beck, benlik kavramında “bilişsel üçlü modeli”nin öneminden bahsetmektedir. Bu modele göre birey kendisine, dünyaya ve geleceğe ilişkin olumlu olmayan bir bakış açısını benimsiyorsa kendisini önemsiz, değersiz ya da problemlili olarak algılama eğilimindedir. Bu algıya sahip olan birey, kendi yaşamına ve dünyaya olumsuz anlamlar yükler. Onun için dünya, keder ve mutsuzluğun bir arada olduğu yerdir. Gelecekle ilgili fikirleri de bundan farklı değildir. Geleceğe baktığında var olduğu durumdan daha olumlu bir tablo göremez hatta hayatının daha da kötüye gideceği ile ilgili fikirleri vardır. Bu sebeple benlik algısının değiştirilmesinde öncelikle bireyin kendisine, dünyaya ve geleceğe ilişkin fikirlerinin önemi üzerinde durulmalıdır. Kişinin kendisiyle ilgili farkındalığının artması için öncelikle benliğini ne şekilde tanımladığına bakılmalıdır. Ardından dış dünya ve geleceğe yönelik düşüncelerini değerlendirmesi sağlanmalıdır. Bu şekilde farkındalığı artan birey, kendisiyle ilgili değerlendirmelerinin objektif olup olmadığı ile yüzleşir. Eğer olumsuz

değerlendirmelere sahipse bunları değiştirme noktasında çaba içine girebilmektedir (Arip ve diğ., 2011).

F. Somatizasyon

Somatizasyon, duygusal disforiyi fiziksel işaretlerle ifade etme eğilimi olarak tanımlanır. Somatizasyonda psikososyal veya duygusal problemler fiziksel belirtilerle ifade edilir. Bu belirtiler fiziksel bir hastalığa bağlanır ve tıbbi yardım aranır. Tanımı ve sınıflandırması konusunda fikir birliğine varılmamış olan somatizasyon için kullanılan ortak ifade “somatik bir hastalık tarafından açıklanamayan fiziksel şikayetlerin varlığı”dır (Kellner, 1990).

Somatizasyon, bireysel ıstırapın yanı sıra aile ilişkilerinin bozulmasına ve sosyal ve mesleki işlevselliğin olumsuz etkilenmesine yol açar. Lipowski, “somatizer” terimini, duygusal rahatsızlıklarını somatik ifade eden insanlar için kullanmıştır. Sık sık bir veya birden fazla somatik şikayette bulunan somatizerlerde, genel olarak somatik şikayetler ile ilişkili patolojik veya patofizyolojik mekanizmalar tespit edilemez. Bu şikayetlerin geçici nedenleri bulunsa bile şikayetler ve sonuçta ortaya çıkan yetenek kaybı, abartılı olma eğilimindedir (Lipowski, 1988). DSM-V tanı sistemine göre, vakaları “Somatoform Bozukluğu” tanı kriterlerini karşılamayan ancak fiziksel bir hastalığa atfettiği somatik belirtiler nedeniyle yoğun bir rahatsızlık yaşayan bireyler, sıklıkla bir bulgu bulma umuduyla tıbbi bakım talep edebilirler (APA,2013). Bu, sağlık hizmetleri açısından maddi ve manevi bir yüke neden olabilir.

Lipowski, temel bir halk sağlığı sorunu olarak gördüğü somatizasyonu “çözülmemiş bir tıp sorunu” olarak tanımlamaktadır. Somatizasyon, zihinsel süreçlerle tanımlanan somatik belirtilerin yer aldığı klinik bir olgudur. Somatizasyon, birçok psikolojik hastalığın geçici bir şikayeti veya birincil semptomudur (Lipowski, 1990).

Psikodinamik teoriye göre somatizasyon; bir ego savunması ve bastırılmış duyguların bilinçsizce yeniden kanalize edilerek sembolik bir iletişim biçimi (organ dili) ile kavramsallaştırılmasıdır. Sigmund Freud'un Anna O. ile gerçekleştirdiği ünlü vaka çalışması, somatizasyon belirtileri gösteren bir kadını ele almaktaydı. Freud, babasının hastalığından kaynaklanan bastırılmış kederin sonucunda fiziksel semptomlar gösterdiğine inandığı Anna O. ile gerçekleştirdiği görüşmelerde, birtakım

tedavi yöntemlerini uyguladı ancak Anna O.'nun semptomları devam etti. Bu vaka Freud'un daha sonraki çalışmaları için öncü niteliğindedir (Rodin, 1991).

Çoğu insan hayatlarının bir noktasında somatizasyon yaşar. Anksiyeteden kusmak, stres nedeniyle baş ağrısı çekmek veya travma sonrası fiziksel olarak zayıf hissetmek somatizasyon örnekleridir. Ancak bu örnekler tipik olarak durumsal ve geçicidir. Somatizasyon, uzun süreli ve şiddetli sıkıntıya neden olduğunda klinik bir sorun haline gelir (Zoccolillo ve Cloninger, 1986). Bir kişi semptomlarını bedensel bir hastalık olarak yorumlayabilir ve bir doktora görünebilir. Ancak bu durumda doktor, kişinin semptomları için nadiren fiziksel bir açıklama bulacaktır. Fiziksel bir sorun bulurlarsa, belirtiler muhtemelen kişinin durumuyla ilgisiz veya orantısız olacaktır. (Örneğin; spor maçında ayak bileğini kıran biri, nefes alma sorunları olduğunu bildirebilir). Somatik semptomlar sahte veya hayali değildir. Somatizasyon yaşayan insanlar, kişisel çıkarları için hasta numarası yapmazlar. Somatik semptomların gözlemlenebilir bir nedeni olmayabilir ancak yaşanan acı ve sıkıntı gerçektir (Silber, 2011).

Psikolojik veya duygusal faktörlerin fiziksel (somatik) semptomlarla ifade edilmesi şeklinde tanımlanan somatizasyonda bireyler, her zaman fiziksel sorunlarına odaklanırlar yani psikiyatrik bakım aramaktansa genellikle medikal tavsiye ve tedavi ararlar (Ford, 1986).

Somatoform Bozukluk Tanı Kriterleri (DSM-V)

- A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti.
- B. Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar:
 1. Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.
 2. Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde bir kaygı.
 3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır.
 4. Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (altı aydan daha uzun süreli olarak).

Varsa belirtiniz:

Ağrının baskın olması ile giden (önceki adı ağrı bozukluğu): Bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskın olduğu kişiler içindir.

Varsa belirtiniz:

Süregiden: Süregiden gidiş, ağrı belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (altı aydan daha uzun) belirlidir.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden yalnızca biri karşılanır.

Orta derecede: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğu karşılanır.

Ağır: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğunun karşılanmasının yanı sıra çoğul bedensel yakınmalar (ya da çok ağır bir bedensel belirti) vardır (APA, 2013).

1. Somatizasyona Neden Olan Faktörler

Somatizasyonun oluşum nedenlerine dair birçok görüş var. Bunlar; biyolojik duyarlılık, travma/stres, bilinçdışı etkenler ve kültürel tutumlar başlıkları altında ele alınabilir. Biyolojik duyarlılığa göre birey, ağrı veya mide bulantısı gibi belirli duyumlara karşı yüksek bir duyarlılığa sahip olabilir ve bu duyumları hastalığa bağlama olasılığı daha yüksektir. Somatizasyon ve travma/stres arasındaki ilişki yadsınamaz (Smith, 1990). Araştırmalar, travmatik geçmişe sahip bireylerin, somatizasyona daha duyarlı olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte bilinçdışı faktörler oldukça önemlidir. Somatizasyon, kişiyi duygusal bunalımdan koruyan bir savunma mekanizması olabilir. Bazı psikolojik belirtiler o kadar yoğundur ki kişi bunlarla bilinçli olarak yüzleşemez. Bu sebeple kişinin sıkıntısı, daha sonra vücutta bir çıkış yolu bulabilir ve fiziksel bir belirtiyeye dönüşebilir. (Mai, 2004). Bireyin içinde bulunduğu toplumun değerleri, gelenek ve görenekleri, psikososyal gelişimini etkilemektedir. Bazı kültürlerde hasta insanlara daha ayrıcalıklı davranılabilir. Bu sebeple fiziksel olarak problem yaşadığını gösteren kişi, ilgi ve sempati elde edeceğini düşünebilir. Yani kişinin zihni ve bedeni, yardım almak için sıkıntıyı somatikleştirmeyi öğrenebilir. Somatizasyona birden fazla faktör neden olabilir. Somatizasyonun nedeni ne olursa olsun, semptomlar gerçektir ve bu durumu yaşayan bireyin hayatını zorlaştırır (Mayou, 1993).

G. Anksiyete

Anksiyete, tehlikeli bir duruma karşı yaşanan yoğun endişe ve korkuyu ifade etmek için kullanılan bir kavramdır. Bireyler, gelecekte yaşanabilecek tehdit olasılığına ilişkin saplantılı düşünceleri nedeniyle deneyimlerini yanlış değerlendirme eğilimindedirler. Anksiyetenin kaynağında bilişsel çarpıtmaların rol oynadığı varsayılmaktadır. (Creske ve diğ., 2011).

Anksiyete, düşüncelerin zihinde tekrarlayıcı şekilde dönüp durması ile somatik şikayetlerin varlığını içeren tatsız bir iç kargaşa durumuyla karakterize bir duygudur. Anksiyete henüz gerçekleşmemiş olaylara yönelik öznel korkudur. Gerçek bir tehdide yönelik verilmiş bir tepki ile aynı değildir, gelecekteki tehdit beklentisi ile ilişkilidir (Noyes ve Saric, 1998). Bireyin duyumları aracılığı ile tehdit olarak gördüğü bir duruma verdiği tepkilerin tamamını kapsayan huzursuzluk ve endişe hissidir. Genellikle kas gerginliği, huzursuzluk, yorgunluk ve konsantrasyon problemleri bu duruma eşlik etmektedir. Anksiyete günlük hayatta sıklıkla görülebilir ancak psikopatolojik seviyede düzenli olarak görülmesi anksiyete bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Stein ve Sareen, 2015).

Anksiyete oldukça çeşitlidir. Bireylerin temel sorgulamalar yaparak varoluşsal kaygılar yaşaması anksiyete ile ilişkilendirilebilir. Bunun yanı sıra anksiyete, gündelik hayatımızda sıklıkla karşılaşılabileceğimiz durumlarda da görülebilir. İnsanlar günlük rutinde somatik kaygı, sahne kaygısı veya sınav kaygısı da yaşamaktadırlar. Bunun yanı sıra sosyal anksiyete, bireylerin tanımadıkları insanlar ile vakit geçirdiklerinde yaşadıkları endişeyi barındırır. Anksiyete, birçok ruh sağlığı bozukluğu ile ilişkilidir. Örneğin; takıntı zorlantı bozukluğu yaşayan bir birey, stresörlerle karşılaştığında kaygılanabilir. Anksiyete belirtileri olan bir kişinin tedavisi için ilk adım, detaylı bir görüşme sağlanarak bireyde kaygı uyandıran durumları belirlemek olabilir. Bunun yanında birey ile iş birliği içerisinde uygun yöntem ve teknikler kullanılarak süreç devam ettirilmelidir. (Nutt ve Ballenger, 2008).

Anksiyete yaşayan bireylerin %20-40'ında depresyon ve anksiyete bozukluklarının birlikte ortaya çıktığı ileri sürülmektedir. Anksiyete bozukluğu vakalarında utanmanın kaygıya eşlik ettiği durumlarda belirtiler daha şiddetli hale gelmektedir. Anksiyete; fiziksel yaralanma, yakın birini kaybetme korkusu veya yaşamı tehdit eden durumlarda ortaya çıkabilmektedir (Fava ve diğ., 2000). Anksiyete

bozuklukları sıklıkla diğer ruh sağlığı bozuklukları, özellikle de majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk, yeme bozuklukları veya bazı kişilik bozuklukları ile birlikte ortaya çıkabilmektedir. Yapılan çalışmalar dermatolojik hastalığı olan bireylerde psikiyatrik bozukluk yaygınlığını %5 olarak saptamıştır. Ayrıca bu bireylerin %44'ünde depresyon, %35'inde ise anksiyete bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Bulik, 2002).

1. Kaygı (Anksiyete) Türleri

Kaygı normal bir duygudur. Kaygı, beynimizin strese tepki verme ve bireyleri olası tehlikelere karşı uyarma şeklidir. Anksiyetenin, her biri ayrı bir semptom listesine sahip olan yaklaşık birkaç alt türü bulunmaktadır: Bunlar; Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif- Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk, Fobiler, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Sosyal Kaygı Bozukluğudur (Holmes ve Newman, 2006).

Yaygın anksiyete bozukluğunda birey, günlük rutin işlerini yerine getiremeyecek düzeyde kaygı hisseder. Bu kaygıların nedeni belirli olmasa dahi kurtulamaz (Fricchione, 2004). Obsesif- kompulsif bozukluk, bireyin takıntılı düşünceler ve zorlayıcı davranışlara sahip olduğu yaygın bir ruhsal bozukluktur. Obsesif-kompulsif bozukluk; erkekleri, kadınları ve çocukları etkileyebilir. Semptomlar genellikle ergenlik döneminde başlar. İnsan doğası gereği belirli zamanlarda endişe ve panik duyguları yaşar. Bu durum, stresli veya tehlikeli durumlara verilen doğal bir tepkidir ancak panik bozukluğu olan bireylerde bu tepkiler çok radikal şekilde görülür (Stein, 2002). Panik atak yaşayan bireylerde stres anında hızlı kalp çarpıntısı ve terleme gibi semptomlar görülebilmektedir. Kişi, boğuluyormuş veya kalp krizi geçiriyormuş gibi hisseder. Anksiyete bozukluğunun alt türü olan fobi, normalde tehlike arz etmeyen bir nesneye yönelik şiddetli kaygı tepkilerini içerir. Fobi, bir nesne veya duruma karşı sürekli ve aşırı korku ile tanımlanan bir kaygı bozukluğudur. Fobiler genellikle altı aydan uzun süredir devam eder. Bireyler durumdan veya nesneden kaçınmak için büyük çaba harcarlar. Nesne veya durumdan kaçınılamazsa, şiddetli şekilde kaygı yaşarlar. Fobisi olan bireylerin büyük çoğunluğunun, birden fazla fobisi vardır (Sheehan, 1982). Travma sonrası stres bozukluğu, sarsıcı ve yaşamı tehdit eden bir deneyimin ardından meydana gelen bir anksiyete bozukluğudur. Bu bozukluğun belirtileri olayla ilgili flashbackler ve kabusları, duruma aşırı odaklanmayı, kolayca irkilmeyi, diğerlerinden uzaklaşmayı ve olayı hatırlatan durumlardan uzak durmayı içerir (Yehuda, 2002). Son olarak sosyal

kaygı bozukluğu yaşayan bireyler ise topluluk içinde olumsuz değerlendirme noktasında büyük kaygı yaşarlar. Bu durumu “aşırı utangaç olma” olarak nitelendirebiliriz (Noyes ve Saric, 1998).

2. Nevrotik Kaygı (Anksiyete)

Nevrotik kaygı bilinç dışında ortaya çıkar, belli bir nedenle oluşmaz, bilinç dışındaki dürtülerin bilince yaklaşması ile meydana gelen içsel bir kaygıdır. İçsel kaygıda ego, dürtülerin ifade edilmesine engel olur ve savunma mekanizmalarını harekete geçirir. Nevrotik kaygıda kişi, iç çatışmayı ego ve id ya da ego ve süper ego arasında yaşar. Kişinin kaygı yaşamasının sebebi id ve ego arasında yaşanan çatışmadan kaynaklanır. Bu çatışma genellikle bilinç dışında gerçekleştiği için kişi bunun farkında değildir. Kişinin dürtüleri saldırganlık ve cinselliktir. Ego bunları ifade etmesine izin vermez, bunları dile getirirse ve bunlarla hareket ederse bilinç dışı tarafından cezalandırılacağından korkmaktadır (Freud, 1936). Kaygının kaynağı bilinç dışında olduğu için kişi endişe ve kaygı yaşar ve bunun sebebini bilemez. Kaygının sebebi kişinin id dürtülerini bastırmasıdır, İdden gelen dürtüleri bastıran kişi sürekli kaygı halinden kaçamaz çünkü id her zaman bilinçdışı dürtülerle hareket eder ve bu dürtüleri yerine gelmezse süper ego ile sorun yaşar. Egonun bu durumu dengelemesi gerekir ve dengelemesi için de ortaya benliğin savunma mekanizmaları çıkar (Rycroft ve Carstairs, 2018).

3. Durumluk ve Sürekli Kaygı

Spielberger (1972) kaygıyı durumluk ve sürekli kaygı olarak ikiye ayırmıştır. Durumluk kaygı tehlikeli bir duruma verilen etki tepki sürecidir, dışarıda bir tehlike varsa o etkidir ve dışarıdaki tehlikeye verilen ise tepkidir. Durumluk kaygı sadece bir durum varsa o durum içerisinde meydana gelir ve sonrasında devam etmez. Durumluk kaygı için anlık kaygıda diyebiliriz, sadece bir süre devam eder, olay bitince kaygı da bitmiş olur. Sürekli kaygı ise kişinin bir tehlike olmaksızın kendi içinde sürekli hissettiği bir içsel kaygıdır. Bu kaygı çok yoğun yaşandığı için kişinin günlük yaşamını etkileyebilir ve kişide kaygı bozukluğu oluşturabilir. Aynı zamanda kişinin durumluk kaygısını da etkileyecektir (Spielberger, 1972).

Yaygın Anksiyete (Kaygı) Bozukluğu Tanı Kriterleri (DSM-V)

A. Pek çok olay ya da etkinlik hakkında (iş, okul performansı) neredeyse her gün son 6 aydır yoğun kaygı ve endişe duyma

B. Endişesini, kuruntularını kontrol etmekte güçlük çekme

C. Kaygı ve endişeler aşağıdaki üç (ya da fazla) belirti ile ilişkilidir (bazı belirtiler son 6 aydır görülmenin dışında, çoğu gün görülür)

Not: çocuklarda bir belirti yeterlidir

1) Huzursuzluk ya da köşeye sıkışmış hissetme

2) Kolayca yorulma

3) Konsantrasyon güçlüğü ya da zihnin bomboş olması

4) Kolay kızma

5) Kaslarda gerginlik

6) Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da rahatsız uyuma)

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, ilaç) ya da başka sağlık durumunun (örn. Hipertiroid) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda (sosyal fobi) olumsuz değerlendirilme, takıntı, zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısız inançların içeriği) (APA, 2013).

H. Hostilite (Düşmanlık)

Somatik hastalıkların etiyolojisinde, başlangıcında ve prognozunda hostilitenin rolü hakkındaki mevcut görüş 1970'lerde ortaya çıkmıştır ve o zamandan beri araştırmalar hızla devam etmektedir. Öfke ve düşmanlık gibi bazı kavramların psikosomatik etkileri, Freudyen kuramlar tarafından kabul edilmiştir ancak düşmanlık kavramı, güçlü bir bağlantısı olmayan ampirik bulgulara dayanmaktadır (Johnson, 1990).

Ampirik temelli bir konseptin örneği olan A tipi kişi rekabet gücü, meşgul olma, çabuk davranma ve sabırsızlık ile karakterize davranış örüntüsüne sahiptir. Öfke, saldırganlık ve düşmanlık potansiyeli de A Tipi davranışın bileşenleri olarak görülmüştür. A tipi davranışın koroner arter hastalığının patogenezindeki rolüyle ilgili yapılan yoğun araştırmalar, bahsedilen bileşenlerin daha ayrıntılı bir şekilde tanımlanmasına neden olmuştur. Öfke, düşmanlık ve saldırganlık yapıları birbiriyle ilişkilidir ancak birbirleri yerine kullanılamaz. Böylece çağdaş psikoloji, bu kavramlar arasında bir ayırım yapar (Pahlavian ve diğ., 2009).

Hostilite, toplum üzerinde geniş etkileri olan bir kişilik yapısıdır. Hostilite; yapısının bir parçası olan sinirlilik, paranoya, depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi birçok psikiyatrik tanının temelini oluşturur. Hostilitenin, çocuklar ve ergenler arasında % 3-20 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bu bulgu, popülasyonun önemli bir bölümünün hostilite durumundan etkilendiğini göstermektedir. Bunun yanında hostilite, madde kullanımı ve çok sayıda sosyal problemle ilişkili olabilmektedir. Ayrıca bu ilişki, birtakım somatik problemlere de yol açabilmektedir (Friedman, 1992).

Şiddet temelli olan hostilite, birçok sağlık sorununa yol açması sebebiyle sisteme büyük bir yük getirmektedir. Hostilite, düşünüldüğünden daha tehlikeli problemleri beraberinde getirebilir. Hostilitenin kökenlerini ve sonuçlarını inceleyerek önleme ve müdahale çalışmaları gerçekleştirmek, olumsuz sonuçlarını azaltma noktasında sisteme destek sağlayacaktır (Siegler, 1994). Hostiliteye sebep olan erken dönem deneyimlerinin belirlenmesi ve ele alınması, halk sağlığı açısından önemli olabilir. Bununla birlikte, konuyla ilgili literatür çelişkilidir ve çeşitli tanımları ve kavramsal hiyerarşileri kullanır. Örneğin; öfke kuramcısı olarak bilinen Buss, öfkeyi bağımsız bir duygu olarak görmekte ve düşmanlığı, öfkenin bilişsel bir alt bileşeni olarak

değerlendirmektedir. Buss'ın bu fikrine karşı çıkan bazı kuramcılar ise öfkenin aynı zamanda çok faktörlü bir düşmanlık yapısının etkili bir alt bileşeni olduğunu kabul etmişlerdir. Buradan hareketle araştırmacıların öfke, saldırganlık ve düşmanlığın birbirleriyle yakından ilişkili kavramlar olduğunu desteklediğini söylemek mümkündür. Temel ayırım noktası, hangi kavramın ana kavram olarak belirleneceği noktasındadır (Buss ve Durkee, 1957).

Saldırganlık davranışı, çocukluk çağında gelişimsel olarak ortaya çıkan temel bir örüntü olarak kabul edilirken; düşmanca tutumlar ise duygusal öfke duygularına karşı öğrenilmiş veya kalıtsal reaksiyonların daha gelişmiş bir versiyonudur. Saldırganlık aynı zamanda bu duygu ve davranışlara tepki vermenin bir yolu olarak görülebilir. Gündelik hayatta öfke, saldırganlık ve düşmanca tutumlar gibi kavramlar birbirlerinin yerine sıkça kullanılmaları nedeniyle anlam kaymasına maruz kalmak durumundadır. Ek olarak, aynı temel yapılar farklı fenotiplerde, farklı kültürel bağlamlarda farklı anlamlar içerebilmektedir. Temel kavram tanımlarını açıklığa kavuşturmak amacı ile kültürün içinde bulunduğu açıklamalar, yanlış anlaşılmaları azaltabilir ve bu konuda daha tutarlı bir anlayış kazandırabilir.

Hostilite, psikanalitik teorinin yapı taşları arasındadır. İnsanın doğuştan kötü olduğu ve düşmanca duygularla dünyaya geldiğini savunan Freudyen görüşe göre hostilite, depresyon, nevroz, uyum bozuklukları, düşük öz-yeterlilik gibi özelliklerle ortak bir varyansa sahiptir. Psikanalitik gelenek içinde depresyon, bireyin kendine yönelik düşmanlığı olarak kabul edilmektedir. Ancak birçok kurama göre düşmanlık, bireyin sosyal etkileşimleri göz önünde bulundurularak daha geniş bir perspektifte değerlendirilmiştir. Düşmanlık ve depresyon, olumsuz duygular olmaları sebebiyle benzer kökleri paylaşabilirler ancak depresif belirtiler kişinin iç dünyasına daha fazla odaklanırken düşmanlık sosyal çevre ile ilişkileri büyük ölçüde etkiler. Teorik olarak farklı kavramlar olsa da düşmanlık ve depresyonun yakından ilişkili olduğunu belirtmekte fayda vardır.

1. Hostilite ve Kalıtsal İlişki

Genetik ve çevresel faktörler hostiliteyi etkiler. İkizlerin örneklem olarak seçildiği hostilite araştırmaları, farklı düşmanlık (hostilite) yapılarının kalıtım derecesi tahminlerinin 0.18-0.50 arasında olduğunu göstermiştir. Her ne kadar " hostilite genleri" nin yeri üzerinde hipotezler bulunsa da, genomun düşmanlığın altında yatan

belirli bölgeleri olduğu daha tespit edilememiştir (Özbaran ve diğ., 2009). Düşmanlık için insan genomunun araştırma çalışmaları yeni yeni daha yaygın hale gelmiştir. Ancak dolaylı bir etki olarak günümüzde düşmanlık, durumunun güçlü belirleyicileri beynin serotonin üretimini düzenleyen durumlar üzerinde etkili olduğu varsayılmıştır (Anlı, 2017).

Bu araştırmalar serotonin eksikliğinin depresyondaki etiyolojik rolü incelenmiş ve serotonin düzeyinin saldırganlık ile ilişkili dolaylı bir role sahip olabileceğini bulgulamıştır. Serotonin ile ilişkili genler, duyguları düzenlemede ve çevreyi yorumlamada gerekli olan serotonin sistemini düzenlemeleri, hostilite seviyelerini etkileme noktasında genleri güçlü adaylar haline getirmektedir (Yüksel, 2001). Bu varsayım, merkezi sinir sistemindeki düşük serotonin seviyesinin, yüksek düşmanlıkla ilişkili olduğunu gösteren bulgular ile desteklenmektedir. Bu nedenle, düşmanlığın gelişmesinin arkasındaki genetik ve çevresel faktörler arasında karmaşık bir etkileşim vardır, ancak boylamsal olarak yapılan çalışmalarda kanıtlar hala sınırlı bir niteliğe sahiptir (Ak, 2009).

2. Hostilite ve Çevre İlişkisi

Çocuğun gelişim döneminde çevresel faktörlerin, daha sonraki gelişimini ve refahını etkilediği bilinmektedir. Literatürde riskli aileler, saldırgan ve çelişkili, soğuk, desteksiz ve ihmal edici, çocukların duygu kontrolünü ve ifadesini, sosyal yeterliliğini, ayrıca fizyolojik ve nöroendokrin sistemlerini rahatsız eden özellikleri ile tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2004). Örneğin, Lehman ve diğ., riskli aile ortamlarını yetişkinlerin retrospektif bildirimleri ışığında depresyon ve düşmanlıkla ilişkili olduğunu bildirmektedir. Ayrıca, ileriye dönük çalışmalar, ihmal edilmiş veya istismara uğramış çocukların, genç yetişkinlikte depresyon, antisosyal kişilik bozukluğu ve yakın eş şiddeti riski açısından daha yüksek olduğunu göstermektedir (Yekeler ve Pehlivan, 2015).

Kesitsel ve geriye dönük çalışmalarda düşmanlık, destek ve uyum bakımından düşük bir aile ortamı ile ilişkilendirilmiştir. Ancak, geriye dönük tasarımlarda nedensellik yönü hakkında bir sonuç çıkarılamamaktadır. Dahası, bir katılımcının zayıf hafızası, mevcut yaşam durumu veya geçmişin anımsamalarını bozabilecek kişilik faktörleri nedeniyle bu bulguların güvenilir ve geçerliliği tehlikeye girebilir (Yöndem ve Bıçak, 2008).

3. Sosyoekonomik Durum Hostilite İlişkisi

Sosyoekonomik durumun, stres ve sağlık problemleriyle ilgili olduğu bilinmektedir. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin, diğer bireylere göre daha yüksek düzeyde düşmanlık seviyelerine sahip olma eğiliminde oldukları belirlenmiştir. Gallo ve Matthews tarafından önerilen model, olumsuz duygular ve düşük sosyoekonomik düzeyin ilişkisine değinmiştir. Bu modele göre, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan bireyler alaycı bir tutum sergilerler çünkü düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireyler, diğerlerine oranla daha sık ve daha şiddetli stresörlerle karşılaşır. Olumsuz duygular ve alaycı tutumlar, bireyin stres ortamına verdiği bir cevaptır (Gallo ve Matthews, 2003).

Sosyal hiyerarşinin daha düşük seviyelerinde insanlar, daha yüksek seviyedeki bireylerle karşılaştırıldığında hizmetlere, olanaklara ve diğer imkanlara daha az erişebilir. Bu eksiklikler zayıf beslenme, yetersiz egzersiz ve kötü eğitim gibi olumsuz durumları beraberinde getirir. Bununla birlikte bu bireyler; duyguları kontrol etme becerisi ve sosyal destek yetersizliği sebebiyle de yaşamlarında birtakım problemlerle mücadele etmek durumundadırlar. Bu mücadele, aile olgusunu derinden etkilemektedir. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip ebeveynler, çocuklarına karşı daha cezalandırıcı ve daha katı olmak suretiyle düşmanca bir aile ortamı yaratabilirler (Stocker ve Richmond, 2007). Çevre ile ilgili stresli olma durumu, aile içi ilişkileri olumsuz etkilemektedir. Ayrıca şiddetli baskıya maruz kalan bu çocuklar; alaycı tutumlara yönelmeyi tercih edebilir, öfkelerini dışa yansıtabilir, dünyayı tehdit edici bir yer olarak algılayabilir ve gelecekteki stresörlere karşı güçsüz bir ruh haline bürünebilirler. Dolayısıyla, düşük sosyoekonomik düzeye sahip çocuklar, strese karşı daha az dirençli olabilir, olayları olumsuz veya düşmanca bir şekilde yorumlamaya daha yatkın olabilirler. Bu nedenle düşmanlık ve sosyoekonomik düzey arasında bir bağlantı olduğu varsayılmaktadır. Ek olarak; yetişkinlik dönemindeki sosyoekonomik düzeyin, çocuklukta sosyoekonomik düzeye kıyasla daha güçlü bir şekilde düşmanlık ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Haukkala, 2002).

III. YÖNTEM

A. Araştırmanın Modeli

Nicel araştırma yönteminin tarama modelinde hazırlanan bu çalışmada ilişkisel tarama modelinden yararlanılmıştır. Tarama modeli var olan durumu betimlemek isteyen araştırmalarda kullanılmaktadır (Karasar, 2011). İlişkisel tarama ise iki veya daha fazla değişkenin görece değişimlerini değerlendirmektedir. İlişkisel tarama modeli içerisinde korelasyon analizinin de bulunduğu birçok analiz yöntemi bulunmaktadır. Korelasyonel analizi araştırma tarafından seçilen değişkenlerin birlikte değişimini değerlendirmektedir (Karasar, 2011).

Bu araştırma alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerde bağımlılık şiddeti, psikopatolojik özellikler ve algılanan stres düzeyi arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesini sunacaktır.

B. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evreni, Türkiye’de alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerdir. Araştırmanın çalışma grubu ise 2023 yılı Mart ve Nisan ayları arasında, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi’nde AMATEM B2 ve B3 yataklı servisinde bağımlılık tedavisi gören 18-65 yaş aralığındaki kadın ve erkeklerden oluşan 91 kişidir.

Evrenden alınacak örneklem büyüklüğünün tespit edilmesinde, sürekli değişkenlerde örneklem büyüklüğünün tahmin edilmesi için önerilen formüllerden yararlanılarak (Büyüköztürk ve diğerleri, 2014) örneklem kümesi 384 kişi olarak tespit edilmiştir. Örneklem büyüklüğü hastanenin Amatem servisinde tedavi gören hasta sayısının yıllara göre ortalaması alınarak belirlenmiştir. Hastanedeki yatak kapasitesinin kısıtlı oluşu ve yatarak tedavi gören hasta sayısının bir yıl içerisinde yaklaşık olarak 420 kişi olmasından kaynaklı araştırma süresince ulaşılan örneklem sayısı 91 kişiden oluşmuştur. Veri toplama araçlarının hatalı ve eksik doldurulma olasılıkları dikkate alınarak uygulamalar 94 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu

hastalara ulaşmak için amaçlı örnekleme yönteminden yararlanılmıştır. Hatalı ve eksik doldurulan ölçekler ayıklandıktan sonra geriye kalan 91 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

C. Veriler ve Toplanması

Veriler 2023 yılında mart-nisan ayları arasında toplanmıştır. Araştırmada verilerin toplanmasından önce İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Kuruldan, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulundan (E.P.K) ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden çalışma izni alınmıştır.

Verileri toplama amacı ile hastaların yataklı olarak tedavi gördüğü servislere gidilerek sorumlu araştırmacı tarafından uygulama gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçlarının uygulanması için uygun ortam gözetilmiş ve sorumlu araştırmacının bizzat kendi tarafından uygulama gerçekleştirilmiştir. Uygulama öncesinde katılımcıların hem sözlü hem de yazılı olarak katılımcıların bilgilendirilmiş onamına başvurulmuştur. Katılımcılara Demografik Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri, Bağımlılık Profil İndeksi ve Algılanan Stres Ölçeği bir arada verilmiştir. Yaklaşık olarak 20-30 dk içinde uygulama tamamlanmıştır.

D. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak demografik bilgi formu, Kısa Semptom Envanteri, Bağımlılık Profil İndeksi ve Algılanan Stres Ölçeği kullanılmıştır. Bahse konu veri toplama araçlarını psikometrik özelliklerine aşağıda yer verilmiştir.

1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmanın uygulama kısmında kullanılmak üzere demografik bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Katılımcıların cinsiyet, yaş ve bağımlı olunan madde gibi sorular bu formda yer almaktadır.

2. Bağımlılık Profil İndeksi Tarama Formu

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), bağımlılık ile ilgili davranışların şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 5 alt boyuttan oluşan ölçek, Ögel ve diğerleri (2012) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin boyutlar;

- Madde kullanım özellikleri
- Bağımlılık tanı ölçütleri
- Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi
- Şiddetli madde kullanma isteği
- Maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu şeklindedir.

Ölçeğin geliştirme araştırması sırasında hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0.89 şeklindedir. Ölçeğin uygulaması sonucunda 12 puan ve altı puana sahip kişiler düşük şiddette bağımlılığa, 12-14 puan arası puana sahip olan kişiler orta şiddette bağımlılığa ve 14 puan ve üzerine sahip olanlar ise ağır şiddette bağımlılığa sahip olduğu belirtilmektedir. Bütün alt boyutlar eşit ağırlığa sahip olarak hesaplanmaktadır. Bütün alt boyutların toplamı ise toplam ölçek puanını vermektedir. Bütün alt boyutlar eşit ağırlıkta BAPİ toplam puanını belirlemektedir. Bunun nedeni bağımlılık şiddetini her alt ölçeğin farklı biçimde etkilediği varsayımdır. 22 sorudan oluşan tarama formu, katılımcıların bağımlılık riskini derecelendirmektedir. Sadece yetişkinlere yönelik olan bu ölçek, üçlü likert şekilde hazırlanmıştır. Risk belirleme noktasında bir değerlendirme sunan ölçek genel bir yargı elde etmek için genellikle kullanılmaktadır (Ögel vd., 2012).

3. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri, seçilmiş psikopatolojik sorunları hızlıca belirlemek amacı ile kullanılan ve 53 maddeden oluşan bir ölçektir. SCL-90'nın orijinal formundan Türkçeye Hisli Şahin ve Durak tarafından uyarlanan ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0.96 olarak hesaplanmıştır. Ölçekte toplam 9 alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin boyutlarının toplamı ile

- Somatizasyon (S) (2,7,23,29,30,33,37.)
- Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (5,15,26,27,32,36.)
- Kişilerarası duyarlılık (KD) (20,21,22,42.)
- Depresyon (D) (9,16,17,18,35,50.)
- Anksiyete bozukluğu (AB) (1,12,19,38,45,49.)
- Hostilite (H) (6,13,40,41,46.)
- Fobik anksiyete (FA) (8,28,31,43,47.)
- Paranoid düşünce (PD) (4,10,24,48,51.)

Alt boyutları hesaplanmaktadır. Likert tip şeklinde hazırlanan kısa semptom envanterinin her maddesi «hiç / biraz var / orta derecede var / epey var / çok fazla var» şeklinde seçeneklere sahiptir. Sırası ile bu cevapların puanlaması 0, 1, 2, 3, 4 şeklinde gerçekleştirilmiştir. Puanların yorumlanması ise geliştirici tarafından “puanların yüksekliği, bireyin ruhsal belirtilerinin arttığını gösterir” ifade edilmiştir.

4. Algılanan Stres Ölçeği

Algılanan Stres Ölçeğinin ilk geliştiricileri olan Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) ölçeği 14 maddeden oluşacak şekilde hazırlamıştır. Öz bildirim'e dayalı şekilde geliştirilen bu ölçek kişilerin algıladığı stresi ele almaktadır. Türkçe uyarlaması Eskin ve diğerleri tarafından (2013) uyarlanan ölçeğin 3 farklı formunun geçerliliği bu araştırma kapsamında sınanmıştır. Her form için yapılan iç tutarlılık analizi sonuçları sırasıyla .84, .82 ve .66 olduğu saptanmıştır (Eskin ve vd., 2013). Bu çalışma da on dört maddelik form kullanılmıştır. Her maddede “Hiçbir zaman (0)”, “Neredeyse hiçbir zaman (1)”, “Bazen (2)”, “Oldukça sık (3)” ve “Çok sık (4)” olmak üzere değişen 5'li likert tipi puanlama üzerinden değerlendirmektedir. Ölçekte "yetersizlik algısı" ile "stres/rahatsızlık algısı" olmak üzere 2 farklı faktör bulunmaktadır. Toplamda en fazla 40 puan alınabilmekte ve yüksek puan algılanan stresin yükseldiğini ifade etmektedir. 4., 5., 7. ve 8. maddeler ters puanlanmaktadır (Eskin vd., 2013)

E. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması

Çalışmada araştırılmak üzere seçilen değişkenleri değerlendiren ölçeklerden toplanan veriler ve demografik bilgiler ışığında İBM SPSS v24 programına yüklenmiştir. Yüklenen verilerin çözümlemesi için ölçek geliştirme formundaki yönlendirmeler göz önüne alınmıştır. Ters kodlamalar yapılmış ve alt ölçeklerine göre ayrılmış olan veriler seçilmiş analizlerin varsayımları açısından sınanmıştır. Analizlere geçilmeden önce belirlenen hipotezleri test etmek için seçilen analizlerin varsayımları test edilmiştir. İlk olarak normallik varsayımının sağlanması amacı ile normallik dağılımı kolmogorov-smirnov testi, basıklık ve çarpıklık değerleri ile sınanmıştır. Normallik analizi sonucunda uygun olan parametrik ve nonparametrik testlerden seçim yapılmıştır.

Ölçeklerin toplam puanlarının cinsiyet gibi ikili gruplar arasında farka bağımsız örneklem t-testi yardımı ile, yaş ve benzeri gibi üçlü gruplar ise tek yönlü varyans analizi ile farklılıkları sınanmıştır. Ölçek puanlarının toplamı açısından ilişki analizi ise Pearson Korelasyon testi ile gerçekleştirilmiştir.

IV. BULGULAR

A. Bulgular

Çalışmanın bu kısmında katılımcı grubunun ölçeklerden aldıkları puanların istatistiksel analizi sunulacaktır. Araştırmanın amaçları verilen araştırma sorularının istatistiksel cevapları yine bu bölümde tablolandırılacaktır. Ayrıca araştırmanın temel sorularının yanı sıra demografik değişkenlerin ölçekler açısından aldığı değerleri ve gruplar arası farklılıklara bakılmıştır.

Çizelge 2 Güvenirlik Analizi Tablosu

Ölçekler	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Bağımlılık Profil İndeksi Tarama Formu	.761	22
Kısa Semptom Envanteri	.798	53
Algılanan Stres Ölçeği	.801	14

Bu araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi sonucunda Bağımlılık Profil İndeksi Tarama Formu ($\alpha = ,761$), Kısa Semptom Envanteri ($\alpha = ,798$) ve Algılanan Stres Ölçeği ($\alpha = ,801$) değerlerinin sosyal bilimler alanları için kabul edilebilir bir değer olduğu sonucuna varılmıştır (Bademci, 2006).

Çizelge 3 Normallik Analizi Tablosu

Ölçekler	Shapiro Wilk	Skewness	Kurtosis
Bağımlılık Profil İndeksi Tarama Formu	.075	.075	,315
Kısa Semptom Envanteri	.154	.351	-.658
Algılanan Stres Ölçeği	.213	.126	.918

Farklılık testleri gerçekleştirilmeden önce normal varsayımı sınanmıştır. Yapılan testlerin sonucunda verilerin normal dağıldığı görülmüştür. Dağılım sonucunda parametrik farklılık testlerinden olan bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada yapılan normallik analizleri

sonucunda verilerin normal dağıldığı sonucuna varılmıştır. Tabloda verilen shapiro-wilk testi sonucu normallik dağılımını gösterdiği gibi çarpıklık ve basıklık değerleri de +1.5 ile -1,5 arasında olduğu görülmüştür. Bu değerler arasındaki çarpıklık ve basıklık değerleri normallik varsayımını sağlamaktadır (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Çizelge 4 Katılımcıların Demografik Dağılımı Tablosu

Demografik Değişkenler	Gruplar	N	%
Cinsiyet	Kadın	16	17,6
	Erkek	75	82,4
Yaş	18-27 yaş arası	15	16,5
	28-37 yaş arası	27	29,7
	38-47 yaş arası	25	27,5
	48-57 yaş arası	16	17,6
	58-65 yaş arası	6	6,6
	66 ve üstü yaş	2	2,2
	Medeni Durum		
	Evli	37	40,7
	Bekar	54	59,3
Eğitim Düzeyi	İlkokul	25	27,5
	Ortaokul	22	24,2
	Lise	31	34,1
	Lisans	12	13,2
	Yüksek Lisans/Doktora	1	1,1
Çalışma Durumu	Çalışıyor	33	36,3
	Çalışmıyor	58	63,7
Gelir Seviyesi	Asgari Ücret Cıvarı	49	53,8
	Asgari Ücretten Fazla	35	38,5
	Asgari Ücretin Birkaç Katı	7	7,7
Kullanıma Başlama Yaşı	10-15 yaş arası	14	15,4
	16-20 yaş arası	50	54,9
	21-40 yaş arası	27	29,7
Bağımlı Olunan Madde	Alkol	44	48,4
	Madde	45	49,5
	Alkol/Madde	2	2,2
Bağımlılık Süresi	0-10 yıl arası	39	42,9
	16-20 yıl arası	27	29,7
	21-40 yıl arası	25	27,5
Kullanım Sıklığı	Her gün Birkaç Defa	50	54,9
	Haftada Birkaç Defa	32	35,2
	Haftada Bir Defa	9	9,9
Ailede Bağımlı Var Mı	Var	35	38,5
	Yok	56	61,5
Başlama Sebebi	Merak	11	12,1
	Eğlence	16	17,6
	Arkadaşlar	36	39,6
	Diğer	28	30,8
Psikopatolojik Tanı	Var	24	26,4
	Yok	67	73,6
Özkiyim Girişimi	Var	12	13,2
	Yok	79	86,8
Yasal Sorun Yaşama	Var	39	42,9
	Yok	52	57,1
Tedavi Girişiminde Bulunma	Var	61	67,0
	Yok	30	33,0

Çizelge 4'de gösterildiği gibi araştırmaya dahil katılımcıların kadın olanları 16 (%17,6), erkek olanların ise 75 (%82,4) kişi olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılar yaş kategorileri açısından dağılımlarına bakıldığında, 18-27 yaş arasında olanların 15 (%16,5), 28-37 yaş arasında olanların 27 (%29,7), 38-47 yaş arasında olanların 25 (%27,5), 48-57 yaş arasında olanların 16 (%17,6), 58-65 yaş arasında olanların 6 (%6,6) ve 66 yaş üstü olanların ise 2 (%2,2) kişi olduğu sonucuna varılmıştır. Kişisel bilgi formunda medeni durum ile ilgili sorulan soruya verilen cevaplar incelendiğinde, evli olanların 37 (%40,7), bekar olanların ise 54 (%59,3) kişi olduğu sonucuna varılmıştır. Eğitim düzeyi açısından yapılan değerlendirme sonucunda ilkokul mezunu olanların 25 (%27,5), ortaokul mezunu olanların 22 (%24,2), lise mezunu olanların 31 (%34,1), lisans mezunu olanların 12 (%13,2) ve yüksek lisans ve doktora mezunu olanların 1 (%1,1) kişi olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çalışma durumları değerlendirildiğinde çalışanların 33 (%36,3), çalışmayanların ise 58 (%63,7) kişi olduğu sonucuna varılmıştır. Gelir seviyesi açısından yapılan değerlendirme sonucunda asgari ücret civarı gelire sahip 49 (%53,8), asgari ücretten fazla gelire sahip 35 (%38,5) ve asgari ücretin birkaç katı gelire sahip 7 (%7,7) kişi olduğu değerlendirilmiştir. Katılımcıların madde veya alkol kullanımına başlama yaşları açısından yapılan değerlendirme sonucunda; 10-15 yaş arasında başlayanların 39 (%42,9), 16-20 yaş arasında kullanıma başlayanların 27 (%29,7) ve 21-40 yaş arasında kullanıma başlayanların 25 (%27,5) kişi olduğu belirlenmiştir. Bağımlı olunan maddenin değerlendirildiği analizde ise alkol kullananların 44 (%48,4), madde kullananların 45 (%49,5) hem alkol hem de madde kullananların ise 2 (%2,2) kişi olduğu sonucuna varılmıştır. Katılımcıların bağımlılık süresi açısından yapılan analiz sonuçları göstermektedir ki bağımlılık süresi 0-10 yıl arası olanlar 39 (%42,9), 16-20 yıl arası olanlar 27 (%29,7) ve 21-40 yıl arası olanların ise 25(%27,5) kişi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alkol veya madde kullanım sıklığı açısından gerçekleştirilen araştırmanın sonuçları göstermektedir ki her gün birkaç defa kullananların 50 (%54,9), haftada birkaç defa kullananların 32 (%35,2) ve haftada bir defa kullananların ise 9 (%9,9) kişi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ailede bağımlı olup olmama durumları açısından yapılan değerlendirme sonucunda ailesinde bağımlı olan katılımcıların sayısı 35 (%38,5), olmayan katılımcıların sayısı ise 56 (%61,5) olarak tespit edilmiştir. Alkol ve madde kullanımına başlama sebebi olarak katılımcıların 11 (%12,1) tanesi merak, 16 (17,6) tanesi eğlence, 36 (%39,6) tanesi arkadaşlar ve 28 (30,8) tanesi diğer sebeplerin neden olduğunu belirtmiştir. Psikopatolojik tanıya sahip olup olmama durumları açısından yapılan değerlendirme sonucunda olan katılımcıların sayısı 24 (%26,4), olmayan katılımcıların

sayısı ise 67 (%73,6) olarak tespit edilmiştir. Özkıyım girişiminde bulunup bulunmama durumları açısından yapılan değerlendirme sonucunda özkıyım girişiminde bulunan katılımcıların sayısı 12 (%13,2), özkıyım girişiminde bulunmayan katılımcıların sayısı ise 79 (%86,8) olarak tespit edilmiştir. Bağımlı olma nedeni ile yasal bir sorun yaşama durumları açısından yapılan değerlendirme sonucunda sorun yaşayan katılımcıların sayısı 39 (%42,9), sorun yaşamayan katılımcıların sayısı ise 52 (%57,1) olarak tespit edilmiştir. Daha önce tedavi girişiminde bulunup bulunmama durumları açısından yapılan değerlendirme sonucunda bulunan katılımcıların sayısı 61 (%67,0), özkıyım girişiminde bulunmayan katılımcıların sayısı ise 30 (%33,0) olarak tespit edilmiştir.

Çizelge 5 Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Değişkenler	N	Min	Max	X	SS
Bağımlılık Profil İndeksi Tarama Formu	91	6	180	82.3	45.8
Algılanan Stres Ölçeği	91	16	70	42.5	9.68
Kısa Semptom Envanteri	91	12	41	22.4	5.93

Çizelge 5’de görüldüğü gibi, katılımcıların Bağımlılık Profil İndeksi Tarama Formu’nun toplam puan ortalaması ($x=82.3$, $ss=45.8$), Algılanan Stres Ölçeği’nin toplam puan ortalaması ($x=42.5$, $ss=9.68$) ve Kısa Semptom Envanteri’nin toplam puan ortalaması ($x=22.4$, $ss=5.93$) şeklinde sıralanmıştır.

Çizelge 6 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Cinsiyet Grupları Durumları Açısından Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları

Değişkenler	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
Bağımlılık Şiddeti	Kadın	16	23,37	6,35	-,700	,486
	Erkek	75	22,22	5,87		
Algılanan Stres	Kadın	16	44,68	6,95	-,987	,326
	Erkek	75	42,05	10,15		
Kısa Semptom Envanteri	Kadın	16	93,87	45,56	-1,11	,269
	Erkek	75	79,82	45,82		

Çizelge 6’da görüldüğü üzere, bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından cinsiyet grupları istatistiksel anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bir başka şekilde ifade etmek gerekir ise kadın ve erkek grupları bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından benzer durumdadır.

Çizelge 7 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Medeni Durum Grupları Açısından Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları

Değişkenler	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
Bağımlılık Şiddeti	Evli	37	21,40	5,09	-1,36	,175
	Bekar	54	23,12	6,04		
Algılanan Stres	Evli	37	42,21	9,02	-,243	,808
	Bekar	54	42,72	10,19		
Kısa Semptom Envanteri	Evli	37	78,62	47,33	-,638	,525
	Bekar	54	84,90	45,04		

Çizelge 7’de görüldüğü üzere, bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından medeni durum grupları istatistiksel anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bir başka şekilde ifade etmek gerekir ise evli ve bekar kişiler bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından benzer durumdadır.

Çizelge 8 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Çalışma Durumu Grupları Açısından Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları

Değişkenler	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
Bağımlılık Şiddeti	Çalışıyor	33	20,15	4,17	-2,86	,005
	Çalışmıyor	58	23,72	6,41		
Algılanan Stres	Çalışıyor	33	44,4	9,89	1,471	,145
	Çalışmıyor	58	41,3	9,47		
Kısa Semptom Envanteri	Çalışıyor	33	62,9	39,89	-3,12	,002
	Çalışmıyor	58	93,0	45,68		

Çizelge 8’de görüldüğü üzere, algılanan stres açısından çalışma durumu grupları istatistiksel anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bir başka şekilde ifade etmek gerekir ise çalışan ve çalışmayan kişiler algılanan stres durumları açısından benzer durumdadır.

Çizelge 8’de gösterilen bağımlılık ($p<0.05$) ve psikopatolojik semptomların şiddeti ($p<0.05$) düzeyleri çalışma durumu grupları açısından birbirlerinden istatistiksel anlamlı şekilde farklılaşmıştır. Farklılığın niteliği incelendiğinde ise çalışmayan kişilerin bağımlılık ($x=23,72$, $Ss:6,41$) ve psikopatolojik semptom şiddetinin ($x=93,0$, $Ss:45,68$) olumsuz şekilde çalışan kişilerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çizelge 9 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Ailede Bağımlı Olma/Olmama Durumu Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları

Değişkenler	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
Bağımlılık Şiddeti	Var	35	22,9	6,38	,615	,540
	Yok	56	22,1	5,68		
Algılanan Stres	Var	35	45,1	8,98	2,106	,058
	Yok	56	40,8	9,81		
Kısa Semptom Envanteri	Var	35	78,5	51,97	-,600	,550
	Yok	56	84,5	42,02		

Çizelge 9’da görüldüğü üzere, bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından ailede bağımlı olma durumu grupları istatistiksel anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bir başka şekilde ifade etmek gerekir ise ailesinde bağımlı kişi olan ve olmayan kişilerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından benzer durumdadır.

Çizelge 10 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Psikopatolojik Tanıya Sahip Olma/Olmama Durumu Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları

Değişkenler	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
Bağımlılık Şiddeti	Var	24	21,4	5,39	-,973	,333
	Yok	67	22,7	6,11		
Algılanan Stres	Var	24	44,6	6,49	1,246	,216
	Yok	67	41,7	10,53		
Kısa Semptom Envanteri	Var	24	93,3	48,46	1,337	,185
	Yok	67	78,5	44,65		

Çizelge 10’da görüldüğü üzere, bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından psikopatolojik tanıya sahip olma durumu grupları istatistiksel anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bir başka şekilde ifade etmek gerekir ise psikopatolojik tanıya sahip olan ve olmayan kişilerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından benzer durumdadır.

Çizelge 11 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Özkıyım Girişiminde Bulunma/Bulunmama Durumu Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları

Değişkenler	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
Bağımlılık Şiddeti	Var	12	26,0	7,5	2,288	,025
	Yok	79	21,8	5,5		
Algılanan Stres	Var	12	47,4	10,4	1,908	,060
	Yok	79	41,7	9,4		
Kısa Semptom Envanteri	Var	12	111,9	31,4	2,470	,015
	Yok	79	77,7	46,1		

Çizelge 11’de görüldüğü üzere, algılanan stres açısından özkıyım yaşamış veya yaşamamış olma istatistiksel anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bir başka şekilde ifade etmek gerekir ise özkıyım girişiminde bulunan ve bulunmayan kişiler açısından algılanan stres durumları benzerdir.

Çizelge 11’de gösterilen özkıyım yaşamış veya yaşamamış kişiler, bağımlılık ($p<0.05$) ve psikopatolojik semptomların şiddeti ($p<0.05$) düzeyleri açısından birbirlerinden istatistiksel anlamlı şekilde farklılaşmıştır. Farklılığın niteliği incelendiğinde ise özkıyım girişiminde bulunan kişilerin bağımlılık ($x=26,0$, Ss:7,5) ve psikopatolojik semptom şiddetinin ($x=111,9$, Ss: 31,4) olumsuz şekilde özkıyım girişiminde bulunmayan kişilerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çizelge 12 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Yasal Sorun Yaşama Durumu Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları

Değişkenler	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
Bağımlılık Şiddeti	Var	39	24,84	6,02	3,577	,001
	Yok	52	20,61	5,22		
Algılanan Stres	Var	39	46,02	8,94	3,136	,002
	Yok	52	39,88	9,46		
Kısa Semptom Envanteri	Var	39	85,10	44,71	,501	,618
	Yok	52	80,19	47,01		

Çizelge 12’de görüldüğü üzere, psikopatolojik semptomların şiddeti açısından bağımlılık nedeni ile yasal sorun yaşamış veya yaşamamış kişilerin istatistiksel anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bir başka şekilde ifade etmek gerekir ise bağımlılık nedeni ile yasal sorun yaşamış ve yaşamamış kişilerin algılanan stres durumları benzerdir.

Çizelge 12’de gösterilen bağımlılık nedeni ile yasal sorun yaşamış veya yaşamamış kişiler, bağımlılık şiddeti ($p<0.05$) ve algılanan stres ($p<0.05$) düzeyleri açısından birbirlerinden istatistiksel anlamlı şekilde farklılaşmıştır. Farklılığın niteliği incelendiğinde ise yasal sorun yaşamış kişilerin bağımlılık şiddeti ($x=24,84$, Ss:6,02) ve algılanan stres ($x=46,02$, Ss: 8,94) olumsuz şekilde yasal sorun yaşamamış kişilerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çizelge 13 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Tedavi Girişiminde Bulunma/Bulunmama Durumu Bağımsız Örneklem T- Testi Sonuçları

Değişkenler	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
Bağımlılık Şiddeti	Var	61	22,8	5,13	,857	,394
	Yok	30	21,6	7,35		
Algılanan Stres	Var	61	42,7	9,24	,378	,706
	Yok	30	41,9	10,68		
Kısa Semptom Envanteri	Var	61	80,0	45,73	-,690	,492
	Yok	30	87,1	46,49		

Çizelge 13’de görüldüğü üzere, tedavi girişiminde bulunan veya bulunmayan kişiler bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından istatistiksel anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bir başka şekilde ifade etmek gerekir ise daha önce tedavi girişiminde bulunan veya bulunmayan kişiler bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından benzer durumdadır

Çizelge 14 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Yaş Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Gruplar	N	\bar{X}	SS.	F	p
	18-27 yaş (a)	15	107,6	46,40	2,039	,081
	28-37 yaş (b)	27	75,55	31,07		
	38-47 yaş (c)	25	86,04	49,91		
	48-57 yaş (d)	16	77,56	50,70		
	58-65 yaş (e)	6	73,00	55,38		
	66 ve üstü yaş (f)	2	16,00	,0000		
Algılanan Stres	18-27 yaş (a)	15	43,86	7,06	1,643	,157
	28-37 yaş (b)	27	40,18	10,95		
	38-47 yaş (c)	25	45,68	10,07		
	48-57 yaş (d)	16	42,12	9,28		
	58-65 yaş (e)	6	41,66	5,50		
	66 ve üstü yaş (f)	2	30,00	,0000		
Kısa Semptom Envanteri	18-27 yaş (a)	15	24,60	6,92	1,715	,140
	28-37 yaş (b)	27	23,37	5,44		
	38-47 yaş (c)	25	22,48	6,77		
	48-57 yaş (d)	16	20,87	4,06		
	58-65 yaş (e)	6	17,50	4,27		
	66 ve üstü yaş (f)	2	20,0000	,00000		

Çizelge 14’de görüldüğü üzere, algılanan stres, bağımlılık ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından yaş grupları istatistiksel anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bir başka şekilde ifade etmek gerekir ise her yaş grubundan kişiler bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından benzer durumdadır.

Çizelge 15 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Öğrenim Düzeyi Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Gruplar	N	\bar{X}	SS.	F	p
Bağımlılık Şiddeti	İlkokul (a)	25	96,16	54,10	2,128	,084
	Ortaokul (b)	22	89,40	31,29		
	Lise (c)	31	75,26	43,41		
	Lisans (d)	12	64,50	47,20		
	Yüksek L/Doktora (e)	1	6,00	.		
Algılanan Stres	İlkokul (a)	25	44,00	9,407	1,006	,409
	Ortaokul (b)	22	40,36	13,91		
	Lise (c)	31	43,93	6,722		
	Lisans (d)	12	39,25	6,903		
	Yüksek L/Doktora (e)	1	48,00	.		
Kısa Semptom Envanteri	İlkokul (a)	25	21,80	5,82	1,033	,395
	Ortaokul (b)	22	24,63	6,38		
	Lise (c)	31	21,87	5,09		
	Lisans (d)	12	21,25	7,26		
	Yüksek L/Doktora (e)	1	21,00	.		

Çizelge 15’de görüldüğü üzere, algılanan stres, bağımlılık ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından eğitim düzeyi grupları istatistiksel anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bir başka şekilde ifade etmek gerekir ise her eğitim düzeyinden kişiler bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından benzer durumdadır.

Çizelge 16 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Gelir Düzeyi Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Gruplar	N	\bar{X}	SS.	F	p
Bağımlılık Şiddeti	Asgari Ücret Civarı (a)	25	93,62	43,42	5,453	,006
	Asgari Ücretten Fazla (b)	22	75,45	45,22		
	Asgari Ücretin Birkaç Katı (c)	31	39,14	36,56		
Algılanan Stres	Asgari Ücret Civarı (a)	25	41,97	10,92	,313	,732
	Asgari Ücretten Fazla (b)	22	42,77	8,69		
	Asgari Ücretin Birkaç Katı (c)	31	45,0000	3,91		
Kısa Semptom Envanteri	Asgari Ücret Civarı (a)	25	6,84	,978	1,543	,219
	Asgari Ücretten Fazla (b)	22	4,63	,783		
	Asgari Ücretin Birkaç Katı (c)	31	3,80	1,43		

Çizelge 16’da görüldüğü üzere, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından gelir düzeyi grupları istatistiksel anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bir başka şekilde ifade etmek gerekir ise her gelir düzeyinden kişiler algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından benzer durumdadır.

Çizelge 16’da görüldüğü üzere, gelir düzeyi grupları bağımlılık şiddeti açısından birbirlerinden istatistiksel anlamlı şekilde farklılaşmıştır ($p<0.05$). Grupların farkı incelendiğinde ise gelir düzeyi görece düşük olan kişilerin bağımlılık şiddetlerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çizelge 17 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Alkol/Madde Kullanımına Başlama Yaşı Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Gruplar	N	\bar{X}	SS.	F	p
Bağımlılık Şiddeti	10-15 yaş arası (a)	39	78,85	50,05	,122	,885
	16-20 yaş arası (b)	27	81,42	43,04		
	21-40 yıl arası (c)	25	85,74	49,99		
Algılanan Stres	10-15 yaş arası (a)	39	41,57	12,75	,079	,924
	16-20 yaş arası (b)	27	42,74	8,02		
	21-40 yıl arası (c)	25	42,59	11,02		
Kısa Semptom Envanteri	10-15 yaş arası (a)	39	23,71	7,599	1,183	,311
	16-20 yaş arası (b)	27	22,82	5,65		
	21-40 yıl arası (c)	25	21,03	5,45		

Çizelge 17’de görüldüğü üzere, algılanan stres, bağımlılık ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından alkol ve madde kullanımına başlama yaşı grupları istatistiksel anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bir başka şekilde ifade etmek gerekir ise alkol ve madde kullanımına başlama yaşı bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından farklılaştırıcı bir değişken değildir.

Çizelge 18 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Bağımlı Olunan Alkol/Madde Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Gruplar	N	\bar{X}	SS.	F	p
Bağımlılık Şiddeti	Alkol (a)	39	73,06	47,99	2,465	,091
	Madde (b)	27	92,46	41,93		
	Alkol/Madde (c)	25	53,00	53,74		
Algılanan Stres	Alkol (a)	39	42,34	10,54	,980	,379
	Madde (b)	27	42,26	8,896		
	Alkol/Madde (c)	25	52,00	1,41		
Kısa Semptom Envanteri	Alkol (a)	39	18,59	3,96	31,747	,000
	Madde (b)	27	26,28	5,11		
	Alkol/Madde (c)	25	20,00	4,24		

Çizelge 18’de görüldüğü üzere, algılanan stres ve bağımlılık şiddeti açısından alkol ve/veya madde kullanım grupları istatistiksel anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bir başka şekilde ifade etmek gerekir ise alkol ve/veya madde kullanan kişiler, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından benzer durumdadır.

Çizelge 16’da görüldüğü üzere, alkol ve/veya madde kullanım grupları psikopatolojik semptomların şiddeti açısından birbirlerinden istatistiksel anlamlı şekilde farklılaşmıştır ($p<0.05$). Grupların farkı incelendiğinde ise madde kullanan kişilerin görece alkol veya alkol-madde kullanan kişilerden psikopatolojik semptomların şiddetinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çizelge 19 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Bağımlılık Süresi Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Gruplar	N	\bar{X}	SS.	F	p
Bağımlılık Şiddeti	0-10 yıl arası (a)	39	89,78	50,80	2,873	,062
	16-20 yıl arası (b)	27	88,74	34,52		
	21-40 yıl arası (c)	25	64,04	45,15		
Algılanan Stres	0-10 yıl arası (a)	39	43,38	9,06	,411	,664
	16-20 yıl arası (b)	27	42,55	10,27		
	21-40 yıl arası (c)	25	41,12	10,21		
Kısa Semptom Envanteri	0-10 yıl arası (a)	39	21,74	6,18	1,115	,332
	16-20 yıl arası (b)	27	23,85	4,86		
	21-40 yıl arası (c)	25	21,96	6,54		

Çizelge 19’da görüldüğü üzere, algılanan stres, bağımlılık ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından alkol ve madde kullanım süresi grupları istatistiksel anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bir başka şekilde ifade etmek gerekir ise alkol ve madde kullanım süresi bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından farklılaştırıcı bir değişken değildir.

Çizelge 20 Katılımcıların Bağımlılık, Algılanan Stres ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Alkol/Madde Kullanım Sıklığı Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Gruplar	N	\bar{X}	SS.	F	p
Bağımlılık Şiddeti	Her gün Birkaç Defa (a)	50	77,40	44,46	,951	,390
	Haftada Birkaç Defa (b)	32	91,51	50,79		
	Haftada Bir Defa (c)	9	78,00	33,10		
Algılanan Stres	Her gün Birkaç Defa (a)	50	41,98	10,27	1,305	,276
	Haftada Birkaç Defa (b)	32	44,37	7,76		
	Haftada Bir Defa (c)	9	38,88	12,03		
Kısa Semptom Envanteri	Her gün Birkaç Defa (a)	50	22,84	5,88	7,660	,091
	Haftada Birkaç Defa (b)	32	23,68	5,45		
	Haftada Bir Defa (c)	9	15,66	3,20		

Çizelge 20’de görüldüğü üzere, algılanan stres, bağımlılık ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından alkol ve madde kullanım sıklığı grupları istatistiksel anlamlı şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bir başka şekilde ifade etmek gerekir ise alkol ve madde kullanım sıklığı bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından farklılaştırıcı bir değişken değildir.

Çizelge 21 Araştırmanın Değişkenlerinin İlişkisel Analizi

Değişkenler	1	2	3
Psiko.Semp.Şiddeti	*		
Bağımlılık Şiddeti	,199	*	
Algılanan Stres	,338**	,249**	*

Korelasyon analizinin sonuçları gösterildiği Çizelge 21’de psikopatolojik semptomların şiddeti puanı ile algılanan stres puanı ve bağımlılık şiddeti ile algılanan stres puanı arasında istatistiksel anlamlı şekilde ilişki olduğu tespit edilmiştir.

V. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

A. Sonuç

Çizelge 22 Araştırma Sorularının Sonuç Tablosu

No	Araştırma Soruları	Durum
1	Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik düzeyleri demografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?	Evet
2	Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik düzeyleri gelir düzeyine göre farklılaşmakta mıdır?	Evet
3	Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik düzeyleri bağımlı oldukları maddelere göre farklılaşmakta mıdır?	Evet
4	Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik düzeyleri bağımlılık süresine göre farklılaşmakta mıdır?	Hayır
5	Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik düzeyleri ailede bağımlı bir birey olma durumuna göre farklılaşmakta mıdır?	Hayır
6	Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik düzeyleri ek psikiyatrik tanılara göre farklılaşmakta mıdır?	Hayır
7	Alkol ve/veya madde bağımlılığı olan bireylerde bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?	Evet

B. Tartışma

Bu araştırma alkol ve madde kullanımının psikopatolojik arka planını incelemek amacı ile gerçekleştirilmiştir. Alkol ve madde kullanımının psikopatolojik sonuçlarını katılımcıların demografik özellikleri üzerinden analiz eden bu çalışmada alkol ve madde kullanımı ile psikopatolojik durum arasında istatistiksel anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Aşağıda benzer değişkenler ile gerçekleştirilen araştırmalar derlenmiştir.

Alkol ve madde bağımlılığı, bireylerin fiziksel ve psikolojik bağımlılık geliştirdikleri, kontrolden çıkarak yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur. Bu bağımlılıklar, insanların sağlığını, ilişkilerini, iş performansını ve genel yaşam kalitesini ciddi şekilde etkiler. Alkol ve madde bağımlılığı üzerine yapılan araştırmalar, bağımlılığın nedenlerini, risk faktörlerini, tedavi yöntemlerini ve bağımlılığın beyin ve vücut üzerindeki etkilerini anlamak için önemlidir. Araştırmalar aynı zamanda toplumun bu sorunla mücadele etmek için alabileceği önlemleri belirlemede de yardımcı olur.

Araştırmaların genel olarak ele aldığı başlıca konular arasında şunlar yer almaktadır:

- Nedenler ve risk faktörleri: Alkol ve madde bağımlılığının temel nedenleri ve risk faktörleri üzerine yapılan çalışmalar, bireylerin neden bu tür bağımlılıklara yatkın olduğunu anlamak için önemlidir. Genetik faktörler, çevresel etkiler, stres ve travma gibi pek çok faktörün bağımlılık riskini etkileyebileceği belirlenmiştir.
- Beyin kimyası ve etkileri: Madde bağımlılığı, beynin ödül sistemi ve kimyası üzerinde önemli etkiler yapar. Araştırmalar, madde kullanımının beyinde hangi mekanizmaları etkilediğini ve bağımlılığın nasıl geliştiğini anlamak için beyin tarama teknikleri ve nörolojik çalışmaları içerir.
- Tedavi yöntemleri: Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi, bireyin ihtiyaçlarına göre belirlenen çeşitli yöntemleri içerir. Yapılan araştırmalar, farmakolojik tedaviler, bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel röportaj ve destekleyici tedaviler gibi farklı tedavi yaklaşımlarının etkinliklerini değerlendirmektedir.
- Geri dönüşüm ve nüks: Bağımlılığın tedavisi, bazı kişiler için tekrarlayan geri dönüşümlere neden olabilir. Araştırmalar, nüksü önlemek ve tekrarlayan tedavilere nasıl daha iyi yanıt verilebileceğini anlamak için önemlidir.
- Toplumsal ve ekonomik etkiler: Alkol ve madde bağımlılığı, sadece bireyler üzerinde değil, aynı zamanda aileler, topluluklar ve toplumlar üzerinde de önemli etkileri olan bir sorundur. Araştırmalar, bağımlılığın toplum ve ekonomi üzerindeki maliyetini ve etkilerini inceleyerek, önleme ve müdahale stratejilerini belirlemeye yardımcı olur.

Topuz (2004), Boğaziçi Üniversitesi öğrencileri arasında alkol kullanım nedenleri ve ilişkili özellikler üzerine bir araştırma yapmıştır. Bu çalışmada, İçki İçme Motifleri Anketi Türkçeye çevrilmiş ve uyarlanmıştır. Soruların bir kısmı içme sorunu, bir kısmı alkolden mahrum bırakma ve bir kısmı da bağımlılık kriterleri ile ilgilidir. 1585 öğrenci (842 kadın, 743 erkek) örnekleminde öğrencilerin yaklaşık %62'si alkol kullandığını belirtmiştir. Alkole başlama nedenleri arasında merak, iyi hissetmek, yetiştirilme tarzı, daha özgüvenli hissetmek, konsantrasyona yardımcı olmak arkadaş baskısı gelmektedir. Bu sonuçlar çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Araştırma sonuçlarımızda merak %12,1 eğlence %17,6 arkadaşlar %39,6

ve diğer sebepler %30,8 olarak bulunmuştur. Aynı araştırmada içkiye başlama yaşının 11-15 arasında olduğu, sosyal olarak aktif öğrencilerin daha fazla alkol tükettikleri, erkeklerin kadınlara göre daha fazla risk grubunda olduğu saptanmıştır (Topuz, 2004).

Taşkent (2010) yaptığı bir çalışmada çeşitli kurumlarda bağımlılık tedavisi gören 62 kişiden oluşan bir araştırma grubu ile herhangi bir alkol madde kullanımı olmayan 60 kişilik bir kontrol grubunu kullandıkları savunma mekanizmaları karşılaştırmış ve bu mekanizmaların araştırma ve kontrol grubunun yaşadığı çocukluk çağı travma öyküsü (ÇÇTÖ), dissosiyatif yaşantılar ve bağımlılık şiddeti üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırma grubu katılımcılarının maddeyi ilk kullandıkları yaş olarak ortalama 18.6 ± 4.8 alkolü ilk kullanma yaşı olarak ise ortalama 17.5 ± 4.7 değerleri elde edilmiştir. Araştırmada bağımlılığın şiddetini ölçmek için Michigan Alkol ve Madde Tarama Testi (MAMTT) kullanılmış olup araştırma grubunun MAMTT testi puan ortalaması 27.0 ± 12.1 olarak saptanmıştır. Araştırma ve kontrol grubunda ailede psikiyatrik hastalık tanısı alan birisinin bulunması açısından herhangi bir fark bulunamamıştır. Bu sonuçlar yaptığımız çalışmanın sonucunu destekleyen verilerdendir. İki grup ailede alkol/madde bağımlılığı öyküsü bulunması açısından karşılaştırıldığında araştırma grubu, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazladır. Bu veri ise yapmış olduğumuz çalışmadaki benzer veri ile zıt sonuçlara sahiptir. Çünkü yaptığımız çalışmada ailesinde bağımlı kişi olan ve olmayan kişilerin bağımlılık şiddeti, algılanan stres ve psikopatolojik semptomların şiddeti açısından benzer olduğu bulunmuştur.

Araştırma grubu katılımcılarının %38,7'si intihar %40,3'ü ise kendini yaralama girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Çalışmamızın sonucunda ise özkıyım girişiminde bulunan kişilerin bağımlılık ($x=26,0$, Ss:7,5) ve psikopatolojik semptom şiddetinin ($x=111,9$, Ss: 31,4) olumsuz şekilde özkıyım girişiminde bulunmayan kişilerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma grubu katılımcılarının %27,4'ü en az bir kez cezaevine girdiğini; ceza evine giren katılımcıların %41,2'sinin ceza evi yaşantılarının en az birisinin Alkol/madde kaynaklı olduğu, %61,3 tutuklandığını ve tutuklanan katılımcıların %76,3'ünün ise tutuklanmaların en az birisinin alkol/madde kaynaklı sebeplerden olduğunu belirtmiştir. (Taşkent, 2010) Çalışmamızda ise bağımlılık nedeni ile yasal sorun yaşamış veya yaşamamış kişilerin bağımlılık şiddeti ($p < 0.05$) ve algılanan stres ($p < 0.05$) düzeyleri açısından birbirlerinden istatistiksel anlamlı şekilde farklılaştığı bulunmuştur. Farklılığın niteliği

incelendiğinde ise yasal sorun yaşamış kişilerin bağımlılık şiddeti ($x=24,84$, Ss:6,02) ve algılanan stres ($x=46,02$, Ss: 8,94) olumsuz şekilde yasal sorun yaşamamış kişilerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızda bağımlılığın şiddeti ile psikopatolojik tanıya sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. ($p>0,05$, $p=0,333$) Taşkent'in çalışmasına göre araştırma grubundaki bireylerin çocukluk çağı travması, dissosiyatif yaşantı puanlarının alkol kullananlarda, kullanmayanlara oranla anlamlı bir biçimde yüksek çıktığı bulgulanmış ve bu yönü ile çalışmamıza karşıt bir veri sunmuştur. Bu çalışmada yapılan korelasyon analizine göre araştırma grubu katılımcılarının MAMMT, çocukluk çağı travma öyküsü ve dissosiyatif yaşantı toplam puanları ile immatür savunma mekanizmaları arasında pozitif ve anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Ayrıca dissosiyatif yaşantı ortalama puanı ile MAMTT ve çocukluk çağı travmaları toplam puanları arasında da pozitif ve anlamlı bir korelasyon bulgulanmıştır (Taşkent, 2010).

Ögel ve arkadaşları (2001) ergenlerde madde kullanımı ile ilgili gerçekleştirdikleri çalışmada, Türkiye'de 9 ilden 24.000 öğrenciyi katılımcı olarak seçmiştir. Sonuçlar; ortaokullarda en az bir kez sigara içme oranının %55,9, ilkokullarda ise %16,1 olduğunu göstermektedir. En az bir kez alkol kullanma oranı ortaokullarda %45, ilkokullarda %15,4 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar alkol kullanımı açısından yaptığımız çalışmanın sonucunu destekleyen verilerdendir. Bu çalışma grubunda, sigara ve alkolden sonra uyuşturucu maddelerin yaygın olarak kullandığı görülmüştür. Esrar kullanma yaygınlığı ilkokulda %1,2, ortaokulda %4 olarak bulgulanmıştır. Bu grupta en az kullanılan maddeler ise eroin (%2,5), ekstazi (%2,5) ve kokain (%2,4) olarak saptanmıştır. İlkokul öğrencilerinde sakinleştirici veya uyarıcı kullanım yaygınlığı %1,7 olarak belirlenmiştir. Ortaokul öğrencilerinde bu oran %2,5 olarak hesaplanmıştır. Aynı çalışmada öğrenciler "maddeyi kim verdi?" sorusuna ise şu şekilde cevaplar verilmiştir: %13 maddenin arkadaş grubu tarafından paylaşıldığını (en yüksek oran), %10,2 maddenin kendinden büyük bir arkadaşı tarafından verildiğini, %7,5 maddeyi kendisiyle aynı yaşta veya daha küçük bir arkadaşının verdiğini, %3,1'i arkadaşından aldığını belirtmiştir. Çalışmamızın sonuçlarında da başlama nedeni olarak en yüksek oranda (%39,6) yakın arkadaşların neden olduğu belirtilmiştir, bu açıdan araştırma sonuçlarımızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. İlk kullanıma hap olan ergenlerin %8,3'ü maddenin arkadaş grubu

tarafından paylaşıldığını, %4,2'si arkadaşından aldığını, %9,4'ü maddenin kendinden büyük bir arkadaşı tarafından verildiğini, %10,4'ü maddenin kendisiyle aynı yaşta veya daha küçük bir arkadaşı tarafından verildiğini söylemiştir. Uçucu maddeler için ise %24,7'si maddenin arkadaş grubu tarafından paylaşıldığını, %1,2'si arkadaşından aldığını, %4,7'si maddenin kendinden büyük bir arkadaşı tarafından verildiğini, %5,9'u ise maddenin kendisiyle aynı yaşta veya daha küçük bir arkadaşı tarafından verildiği ifade etmiştir. Esrar için %24,2'si maddenin arkadaş grubu tarafından paylaşıldığını, %3,2'si arkadaşından aldığını, %21,8'i kendisinden yaşça büyük bir arkadaşı tarafından verildiğini, %15,3'ü kendisiyle aynı yaşta veya daha küçük bir arkadaşı tarafından verildiğini belirtmiştir. Ekstazi için %12,5'i maddenin arkadaş grubu tarafından paylaşıldığını, %12,5'i arkadaşından aldığını, %16,7'si kendisinden yaşça büyük bir arkadaşı tarafından verildiğini, %8,3'ü maddenin kendisiyle aynı yaşta veya daha küçük bir arkadaşı tarafından verildiğini ifade etmiştir. Son olarak eroin için %15,4'ü maddenin arkadaş grubu tarafından paylaşıldığını, %7,7'si maddenin kendisiyle aynı yaşta veya daha küçük bir arkadaşı tarafından verildiğini belirtmiştir. İlkokul öğrencilerinde arkadaşlarının %6'sı, ortaokul öğrencilerinde ise %10,3'ü arkadaşlarının esrar kullandığını bildirmiştir. Ayrıca katılımcıların %7,0'si ilk madde kullanımlarının arkadaşlarının bu maddeleri kullanması nedeniyle olduğunu belirtmişlerdir (Ögel ve diğ., 2001). Çalışmamızın sonucunda ise Alkol ve madde kullanımına başlama sebebi olarak katılımcıların 11 (%12,1) tanesi merak, 16 (%17,6) tanesi eğlence, 36 (%39,6) tanesi arkadaşlar ve 28 (%30,8) tanesi diğer sebeplerin neden olduğunu belirtmişti.

Taner (2005) Boğaziçi Üniversitesi'nde 673 lisans öğrencisiyle tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı ve belirlenen risk faktörlerinin araştırılması üzerine bir araştırma yapmıştır. Bu çalışmada alkol birinci sırada, tütün ikinci sırada ve esrar üçüncü sırada yer almıştır. Bu çalışmada sosyoekonomik düzeyin tütün, alkol ve madde kullanımı ile ilişkisi ele alınmıştır. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin, tütün kullanımlarının yaygınlığı yüksek bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bireylerin, hayatları boyunca en az bir kez alkol kullandıkları bildirilmiştir. Yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin, orta düzey ve düşük düzeyde sosyoekonomik gruba mensup bireylere göre daha yüksek alkol kullanım yaygınlığına sahip olduğu bildirilmiştir. Yaptığımız çalışmada yüksek sosyoekonomik

düzeyle sahip kişilerin alkol kullanım oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışmamızı destekler niteliktedir.

Esrarın ilk kullanım yaşı ilkökulda $12,2 \pm 2,3$, ortaokulda $13,8 \pm 1,9$ olarak tespit edilmiştir. Uçucu maddeler için yaş ortalaması ilkökulda $12,0 \pm 2,2$, ortaokulda $13,4 \pm 1,8$ idi. Alkol için yaş ortalaması ilkökulda $10,6 \pm 1,8$, ortaokulda $13,3 \pm 2,3$ idi. Sebepler incelendiğinde ise ilk sebep merak (%9,9), ikinci sebep saldırganlık (%8,6), ardından zevk (%8,4), can sıkıntısı (%8,1), özel bir sebep olmaması (%8,1), problemlerden kurtulma isteği (%7,8), rahatlama (%7,1), arkadaşların kullanımı (%7,0), kendini iyi hissetme (%6,3), uyku isteği (%4,5) ve diğer nedenler (%5,4) olarak belirlenmiştir. (Ögel ve diğ., 2001). Bizim çalışmamızda ise alkol ve madde kullanımına başlama sebebi olarak katılımcıların 11 (%12,1) tanesi merak, 16 (17,6) tanesi eğlence, 36 (%39,6) tanesi arkadaşlar ve 28 (30,8) tanesi diğer sebeplerin neden olduğunu belirtmiştir.

Yaşamlarında en az bir kez esrar kullanma yaygınlığı, orta düzey grupta daha yüksektir. Bunu yüksek düzey grup izlemiştir. Özetle, diğer sosyoekonomik düzeylere göre; alt düzey sosyoekonomik düzeye mensup bireylerde sigara kullanımı, orta düzey sosyoekonomik gruba mensup bireylerde esrar kullanımı ve yüksek sosyoekonomik düzeye mensup bireylerde alkol kullanımı yaygınlığı fazladır. Bununla birlikte en iyi arkadaşın tütün kullanması öznenin tütün kullanma riskini 3,28 kat; en yakın arkadaşının alkol kullanması alkol kullanma riskini 21,56 kat; en yakın arkadaşının esrar kullanması esrar kullanma riskini 104,75 kat artırmıştır. Tütüne başlama nedenleri merak, can sıkıntısı ve öfke olarak ifade edilmiştir. Alkol kullanımı ise eğlence ile ilişkilendirilmiştir. Bireylerin yarısından fazlasının alkol kullanımına meraktan başladığı bildirilmiştir. Rahatlamak ve gruba uyum sağlamak meraktan sonra gelen faktörlerdendir. Diğer maddelerde ise yine merak ilk sırada yer alırken, bunu rahatlama ve eğlence izlemiştir (Taner, 2005).

Artan madde kullanıcı sayısına bağlı olarak, son zamanlarda gençlerle Türkiye'de yapılan birçok yaygınlık çalışması bulunmaktadır. İstanbul'da 707 kişi ile yapılan alkol ve sigara yaygınlığı araştırmalarında, yaşamda en az bir kez alkol kullanım oranı %54,7 olarak saptanmıştır (Ögel ve diğ., 2000). Son bir yılda haftada en az bir kez alkol kullanım oranı erkeklerde %17,9, kadınlarda ise %2,3'tür. Bir önceki aya göre bu oran erkeklerde %18,4, kadınlarda %2,3 olarak bulgulanmıştır. Çalışmaya göre sarhoşluk, erkeklerde kadınlara göre üç kat daha fazlaydı. Aynı

araştırmada örneklemin %76,9'u yaşamları boyunca en az bir kez sigara içtiğini bildirmiştir. Sigaraya başlama yaşı $16,9 \pm 5,4$ 'tür. Düzenli olarak sigara içenlerin oranı %60,3'tür. Bu grubun yaş aralığı 26-35 idi. Aynı zamanda günde 10 adetten fazla sigara içen katılımcıların %79,4'ünün de her gün veya haftada en az iki kez alkol kullanabildiği tespit edilmiştir. (Ögel ve diğ., 2000). Çalışmamızın sonuçlarında ise kullanım sıklığı açısından bakıldığında her gün birkaç defa kullananların 50 (%54,9), haftada birkaç defa kullananların 32 (%35,2) ve haftada bir defa kullananların ise 9 (%9,9) kişi olduğu sonucuna ulaşılmıştı, bu açıdan bakıldığında bağımlı örneklem grubunun kullanım sıklığının genel popülasyondan daha fazla olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, alkol ve madde bağımlılığı, stres ve psikopatoloji arasında karmaşık bir ilişki vardır. Bu faktörler birbirini etkileyerek bağımlılığın gelişimini ve sürekliliğini etkileyebilir. Bağımlılıkla mücadelede ve tedavi süreçlerinde, bireylerin psikolojik durumları, stresle başa çıkma mekanizmaları ve madde kullanımı arasındaki ilişkilerin dikkate alınması önemlidir. Uygun tedavi ve psikolojik destekle birlikte, bireyler bağımlılıkla mücadelede daha başarılı olabilir ve daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilir.

C. neriler

Bu alışma 2023 yılı Mart ve Nisan ayları arasında, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde AMATEM B2 ve B3 yataklı servisinde bağımlılık tedavisi gören 18-65 yaş aralığındaki kadın ve erkeklerden oluşan 91 kişilik örneklem grubunu kapsamaktadır. Aşağıda bu çalışmanın sınırlılıkları ve gelecekte benzer çalışmayı yapacaklara bazı öneriler yer almaktadır.

- Bu alışma yataklı servislerdeki hasta sirkülasyonunun yavaş olması sebebiyle kısıtlı veri setiyle yapılmıştır. Gelecekte yapılacak benzer çalışmalar daha geniş örneklem gruplarıyla yapılırsa evreni daha iyi temsil edeceği düşünülmektedir.
- Çalışma, cretsiz kalabilme imknı sunan bir devlet hastanesinin yataklı servislerinde yapıldığı için sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan örneklem grubu üzerinden veri toplandığı söylenbilir. Özel hastanelerde de ücretli bir şekilde bağımlılık tedavisi gören daha yüksek sosyoekonomik

düzyeyden bağımlılar üzerinden de veriler toplanarak yapılacak bir araştırmanın daha geçerli ve güvenilir olacağı düşünülmektedir.

- Çalışma, kısıtlı bir zaman aralığında toplanan verilerle yürütülmüştür. Gelecekte yapılacak çalışmaların daha geniş bir zamanda toplanan verilerle yeniden yapılması literatüre katkı sağlayacaktır.
- Çalışma 18-65 yaş aralığındaki bireyler üzerinde yürütülmüştür fakat alkol ve madde kullanımının 18 yaş öncesi dönemde de çok sık olduğu bilinmektedir gelecek çalışmalarda 18 öncesi yaş grubunu dahil ederek yapılan çalışmaların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Araştırmada elde edilen verilerden bir kısmının öz bildirimine dayalı olması araştırma bulgularının güvenilirliğini azaltmaktadır gelecek çalışmalarda daha nesnel veriler üzerinden çalışmanın daha iyi olacağı düşünülmektedir.
- Çalışmada ele alınan değişkenler başka çalışmalarda detaya indirgenebilir, örneğin bağımlı olunan maddeler teker teker ele alınarak daha az sayıda veya daha spesifik patolojilerle ilişkisi açısından incelenebilir.
- Çalışmamızda kadın ve erkek oranı eşit tutulamamıştır, gelecek çalışmalarda yaş gruplarına göre dikey araştırmaların yapılması veya kadın erkek sayısının eşit tutulması bu açıdan daha geçerli sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır.
- Bağımlı bireylerin, bağımlı olmayan bireyler ile mevcut değişkenler açısından karşılaştırılmasının bu araştırmanın sonuçlarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Gelecekte yapılan çalışmaların boylamsal olarak tasarlanması sonucun gvenilirliğini ve etkililiğini arttıracaktır.

VI. KAYNAKLAR

KİTAPLAR

APA (2013) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 5th edition (DSM 5). Washington, DC, American Psychiatric Association.

APA (2013b) **Substance-related and addictive disorders**. Washington, DC, American Psychiatric Association. Available from <http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>.

ARIKAN, Z., ÇEPİK-KURUOĞLU, A., ELTUTAN, H., & IŞIK, E. (1999). **Alkol bağımlılığı ve depresyon**.

BARNETT, R. C., BIENER, L. E., & BARUCH, G. K. (1987). **Gender and stress**. Free Press.

BASOWITZ, H., PERSKY, H., KORCHIN, S. J., & GRINKER, R. R. (1955). **Anxiety and stress**.

COHEN, S., EVANS, G. W., STOKOLS, D., & KRANTZ, D. S. (2013). **Behavior, health, and environmental stress**. Springer Science & Business Media.

ÇALIŞKAN, S., AYDOĞAN, S., IŞIKLI, B., METINTAŞ, S., YENİLMEZ, F., & YENİLMEZ, Ç. (2018). **Üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ve ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi**.

EREN E. (2000) **Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi**, Genişletilmiş Altıncı Baskı, İstanbul, Beta Yayınları.

EVANS, G. W. (Ed.). (1984). **Environmental stress**. CUP Archive.

FRIEDMAN, H. S. (1992). **Hostility, coping, & health** (pp. xvi-263). American Psychological Association.

GATELY, I. (2008). **Drink: a cultural history of alcohol**. Penguin.

GOLDBERGER, L., & BREZNITZ, S. (Eds.). (2010). **Handbook of stress**. Simon and Schuster.

- HAMES, G. (2014). **Alcohol in world history**. Routledge.
- HOLMES, M., & NEWMAN, M. G. (2006). **Generalized anxiety disorder**.
- İLGÖZ, M., (2014). “Stres Kaynakları, Sonuçları ve Stresle Mücadele”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), BEU, SBE, İstanbul.
- JAMES, W. (1890). **The consciousness of self**.
- JAMES, W., BURKHARDT, F., BOWERS, F., & SKRUPSKELIS, I. K. (1890). **The principles of psychology** (Vol. 1, No. 2). London: Macmillan.
- JOHNSON, E. H. (1990). **The deadly emotions: The role of anger, hostility, and aggression in health and emotional well-being**. Praeger Publishers.
- KAHN, R. L., & BYOSIERE, P. (1992). **Stress in organizations**.
- KALUZA, G. (Ed.). (2007). **Gelassen und sicher im Stress**. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. Springer publishing company.
- LAZARUS, R., & FOLKMAN, S. (1985). **Stress and coping**. New York.
- LIPP, M. E. N. (2003). **Stress do Professor (o)**. Papirus Editora.
- MEAD, G.H. (1934). **Mind, Self, and Society**. The University of Chicago Press, Chicago.
- NOYES JR, R., & HOEHN-SARIC, R. (1998). **The anxiety disorders**. Cambridge University Press.
- NUTT, D. J., & BALLENGER, J. C. (Eds.). (2008). **Anxiety disorders**. John Wiley & Sons.
- ÖGEL, K., TANER, S., YILMAZÇETİN, C., TAMAR, D., TAMAR, M., & EROL, B. (2003). **Ergenlerde madde kullanım bozukluklarına yaklaşım kılavuzu**. IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- PALMER, S., & COOPER, C. (2013). **How to deal with stress** (Vol. 143). Kogan Page Publishers.
- PHILLIPS, R. (2014). **Alcohol: a history**. UNC Press Books.
- RICE, P. L. (1999). **Stress and health**. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.

- RYCROFT, C., & CARSTAIRS, G. M. (2018). **Anxiety and neurosis**. Routledge.
- SARASON, I. G., & SPIELBERGER, C. D. (1975). **Stress and anxiety: II**.
- SEAWARD, B. L. (2017). **Managing stress**. Jones & Bartlett Learning.
- SELYE, H. (1956). **The stress of life**.
- SELYE, H. (1957). **Stress**. Ed. Scientifiche Einaudi.
- SMITH, G. R. (1990). **Somatization disorder in the medical setting**. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health.
- SONNENTAG, S., & FRESE, M. (2013). **Stress in organizations**. John Wiley & Sons, Inc..
- SPIELBERGER, C. D., SARASON, I. G., STRELAU, J., & BREBNER, J. M. (2014). **Stress and anxiety**. Taylor & Francis.
- TAYLOR Jr, E. I. (1992). **Psychology as a person-centered science: William James after 1890**. Boston University.
- TUTAR, H. (2000) **Kriz ve Stres Ortamında Yönetim**, Hayat Yayıncılık, İstanbul.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2018). **Global Status Report on Alcohol and Health**. WHO, Geneva, Switzerland 2018.

MAKALELER

- AK, M., GÜLSÜN, M., & ÖZMENLER, K. N. (2009). Özkıyım ve kişilik. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 1(1), 45-54.
- AKDUMAN, B., & TAŞDELEN, B. (2021). Beklenti teorisi ve hedonizmin marka bağımlılığı yaratmadaki etkisinin zen pırlanta üzerinden incelenmesi. **Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi**, 9(2), 1068-1096.
- ALBAYRAK, E. Ö., & CEYLAN, M. E. (2004). Depresyon etiolojisinde nörobiyolojik etkenler. **Düşünen Adam**, 17(1), 27-33.
- ALTAR, C. A. (1999). Neurotrophins and depression. **Trends in pharmacological sciences**, 20(2), 59-62.

- ARIKAN, Z., KURUOĞLU, A. Ç., & ASLAN, S. (2019) Alkol Bağımlılığında Panik Bozukluğu: Retrospektif Bir Çalışma. **Bağımlılık Dergisi**, 2002; 3(1): 9-14
- ARİP, M. A., YUSOOF, F. B., JUSOH, A. J., SALİM, S., & SAMAD, A. (2011). The effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) treatment group on self-concept among adolescents. **Inter J Human Soci Sci**, 1(18), 113-22.
- ASTİN, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. **Psychotherapy and psychosomatics**, 66(2), 97-106.
- BALCAR, K., TRNKA, R., & KUŠKA, M. (2011). How many ways to deal with stress? Stress coping factors in the SVF 78. **Activitas Nervosa Superior**, 53(1), 27-34.
- BALCIOĞLU, İ. (2005). Stres kavramı ve tarihsel gelişimi. **Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi içinde**, 09-12.
- BALSEVEN, A., ÖZDEMİR, Ç., TUĞ, A., HANCI, H., & DOĞAN, Y. B. (2002). Madde kullanımı, bağımlılıktan korunma ve medya. **Sürekli Tıp Eğitim Dergisi**, 11(3), 91-93.
- BAUM, A., SINGER, J. E., & BAUM, C. S. (1981). Stress and the environment. **Journal of social issues**, 37(1), 4-35.
- BEŞİRLİ, H. (2007). Gençlerin alkol tüketim davranışları ve bu davranışlarını etkileyen faktörlerin sosyolojik analizi. **Istanbul Journal of Sociological Studies**, (35), 85-118.
- BETTERIDGE, D. J. (2000). What is oxidative stress?. **Metabolism**, 49(2), 3-8.
- BIAFORA JR, F. A., VEGA, W. A., WARHEIT, G. J., & GIL, A. G. (1994). Stressful life events and changes in substance use among a multiracial/ethnic sample of adolescent boys. **Journal of community psychology**, 22(4), 296-311.
- BIGGS, A., BROUGH, P., & DRUMMOND, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. **The handbook of stress and health: A guide to research and practice**, 351-364.

- BOHLKEN, J., SCHÖMIG, F., LEMKE, M. R., PUMBERGER, M., & RIEDEL-HELLER, S. G. (2020). COVID-19 pandemic: stress experience of healthcare workers-a short current review. **Psychiatrische Praxis**, 47(4), 190-197.
- BOWMAN, K. M., & JELLINEK, E. M. (1941). Alcohol addiction and its treatment. **Quarterly Journal of Studies on Alcohol**, 2(1), 98-176.
- BRESLAU, N., KILBEY, M. M., & ANDRESKI, P. (1993). Nicotine dependence and major depression: new evidence from a prospective investigation. **Archives of general psychiatry**, 50(1), 31-35.
- BULIK, C. M. (2002). Anxiety, depression and eating disorders. **Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook**, 2(1), 193-198.
- BURCHFIELD, S. R. (1979). The stress response: a new perspective. **Psychosomatic Medicine**.
- BURTON, G. J., & JAUNIAUX, E. (2011). Oxidative stress. **Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology**, 25(3), 287-299.
- BUSS A. H., & DURKEE A. (1957) An inventory to assess different kinds of hostility. **Journal of Consulting Psychology**, 21, 343–348.
- BUTURAK, Ş. V., GÜNAL, N., ÖZÇIÇEK, G., ÖZDEMİR REZAKI, H., KOÇAK O. M., GÜNEŞ KIRICI, ASLIHAN., KABALCI, M., DURAL, K., ÖZPOLAT, B. (2016). Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve sigara bağımlılık şiddetleri. **Turkish Journal of Clinics and Laboratory**, 7(3), 74.
- BUZRUL, S. (2016). Türkiye’de alkollü içki tüketimi. **Journal of Food and Health Science**, 2(3), 112-122.
- CARDEÑA, E., BUTLER, L. D., & SPIEGEL, D. (2003). Stress disorders. **George Stricker**, 229.
- CARTER, M., & GROVER, V. (2015). Me, myself, and I (T). **MIS quarterly**, 39(4), 931-958.
- CEYLAN, M. E. (2003). Türkcan A. Alkole bağlı amnestik bozukluk. **Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları ‘nda**, 2, 36-44.

- CHELUNE, G. J., & PARKER, J. B. (1981). Neuropsychological deficits associated with chronic alcohol abuse. **Clinical Psychology Review**, *1*(2), 181-195.
- COPP, E. (2010). Ways to deal with stress and become calm and confident instead. **MIDIRS Midwifery Digest**, *20*(1), 30-32.
- CRASKE, M. G., RAUCH, S. L., URSANO, R., PRENOVEAU, J., PINE, D. S., & ZINBARG, R. E. (2011). What is an anxiety disorder?. **Focus**, *9*(3), 369-388.
- CREEL, S., DANTZER, B., GOYMANN, W., & RUBENSTEIN, D. R. (2013). The ecology of stress: effects of the social environment. **Functional ecology**, *27*(1), 66-80.
- CUI, X. J., & VAILLANT, G. E. (1997). Does depression generate negative life events?. **The Journal of nervous and mental disease**, *185*(3), 145-150.
- ÇINAR, Y. (2018). Modernleşme ve Bağımlılık Teorisi Ekseninde Marshall Yardımı ve Türkiye. **Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, *16*(2), 325-350.
- DASGUPTA, A. (2010). Pharmacology of commonly abused drugs. In **Beating Drug Tests and Defending Positive Results** (pp. 11-28). Humana Press.
- EISENBERG, N., FABES, R. A., & GUTHRIE, I. K. (1997). Coping with stress. In **Handbook of children's coping** (pp. 41-70). Springer, Boston, MA.
- EMEÇ, H., & GÜLAY, E. (2008). Alkol tüketimi ve sosyo-demografik değişkenlerin alkol tüketimi üzerine etkisi. **Ekonomik Yaklaşım**, *19*(68), 115-134.
- ERBAY, E., OĞUZ, N., YILDIRIM, B., & FIRAT, E. (2016). Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin başa çıkma tutumları. **Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi**, *20*(3), 597-609.
- ESKİN, M., HARLAK, H., DEMIRKIRAN, F., & DEREBOY, Ç. (2013, October). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. In **New/Yeni Symposium Journal** (Vol. 51, No. 3, pp. 132-140).
- EVANS, G. S. W. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. **British Medical Journal**, *2*(4670), 105.

- EVREN, E. C., EKEN, B., & ÇAKMAK, D. (2003). Alkol Bağımlılarında Aleksitimi ve Depresyon, Anksiyete ve Kişilik Bozuklukları ile ilişkisi. **Bağımlık Dergisi**.
- FAVA, M., RANKIN, M. A., WRIGHT, E. C., ALPERT, J. E., NIERENBERG, A. A., PAVA, J., & ROSENBAUM, J. F. (2000). Anxiety disorders in major depression. **Comprehensive psychiatry**, *41*(2), 97-102.
- FAVIER, A. (2003). Le stress oxydant. **L'actualité chimique**, *108*(10), 863-832.
- FERGUSON, D. M., LYNSKEY, M. T., & HORWOOD, L. J. (1996). Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a cohort of 16-year-olds. **Archives of General Psychiatry**, *53*(11), 1043-1047.
- FIDALGO, T. M., SILVEIRA, E. D. D., & SILVEIRA, D. X. D. (2008). Psychiatric comorbidity related to alcohol use among adolescents. **The American journal of drug and alcohol abuse**, *34*(1), 83-89.
- FIELD, M., SCHOENMAKERS, T., & WIERS, R. W. (2008). Cognitive processes in alcohol binges: a review and research agenda. **Current drug abuse reviews**, *1*(3), 263-279.
- FINAUD, J., LAC, G., & FILAIRE, E. (2006). Oxidative stress. **Sports medicine**, *36*(4), 327-358.
- FORD, C. V. (1986). The somatizing disorders. **Psychosomatics**, *27*(5), 327-337.
- FREUD, S. (1936). Inhibitions, symptoms and anxiety. **The Psychoanalytic Quarterly**, *5*(1), 1-28.
- FRICCHIONE, G. (2004). Generalized anxiety disorder. **New England Journal of Medicine**, *351*(7), 675-682.
- FRONE, M. R., COOPER, M. L., & RUSSELL, M. (1994). Stressful life events, gender, and substance use: An application of tobit regression. **Psychology of Addictive Behaviors**, *8*(2), 59.
- GALLO, L. C., & MATTHEWS, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role?. **Psychological bulletin**, *129*(1), 10.
- GECAS, V. (1982). The self-concept. **Annual review of sociology**, 1-33.

- GOLEMAN, D. J., & SCHWARTZ, G. E. (2017). Meditation as an intervention in stress reactivity. In **Meditation** (pp. 77-88). Routledge.
- GÖKLER, R., & KOÇAK, R. (2008). Uyuşturucu ve madde bağımlılığı. **Sosyal bilimler araştırmaları dergisi**, 3(1), 89-104.
- GÖNÜL, A. S., & AKDENİZ, F. (2002). Depresyon, nöroplastisite, nörogenesis ve nörotrofik faktörler. **Klinik psikiyatri dergisi**, 5(Supp: 4), 51-56.
- GÖNÜLLÜ, O. G., HACIOĞLU, M., & TARLACI, N. (2002). Egopsikolojisi ve madde bağımlılığı. **Düşünen Adam**, 15(2), 104-107.
- GRANT, B. F., & HARFORD, T. C. (1995). Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. **Drug and alcohol dependence**, 39(3), 197-206.
- GRATZER, D., LEVITAN, R. D., SHELDON, T., TONEATTO, T., RECTOR, N. A., & GOERING, P. (2004). Lifetime rates of alcoholism in adults with anxiety, depression, or co-morbid depression/anxiety: a community survey of Ontario. **Journal of affective disorders**, 79(1-3), 209-215.
- GULER, N., GÜLER, G., ULUSOY, H., & BEKAR, M. (2009). Lise öğrencileri arasında sigara, alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığı. **Cumhuriyet Medical Journal**, 31(4), 340-345.
- GÜÇLÜ, N. (2001a). Stres yönetimi. **Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 21(1).
- GÜÇLÜ, N. (2001b). Zaman yönetimi. **Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi**, 25(25), 87-106.
- GÜL, S. K., & GÜNEŞ, İ. D. (2009). Ergenlik Dönemi Sorunları ve Şiddet. **Sosyal Bilimler Dergisi**, 11(1), 80.
- GÜLEÇ, G., KÖŞGER, F., & EŞSIZOĞLU, A. (2015). DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 7(4), 448-460.
- HALLIWELL, B. B., & POULSEN, H. E. (2006). Oxidative stress. In **Cigarette smoke and oxidative stress** (pp. 1-4). Springer, Berlin, Heidelberg.
- HAMMEN, C. (2005). Stress and depression. **Annual Review of Clinical Psychology**, 1(1), 293-319.

- HAMMEN, C. (2018). Risk factors for depression: an autobiographical review. **Annual review of clinical psychology**, *14*, 1-28.
- HAN, K. S., KIM, L., & SHIM, I. (2012). Stress and sleep disorder. **Experimental neurobiology**, *21*(4), 141.
- HAUKKALA, A. (2002). Socio-economic differences in hostility measures-A population-based study. **Psychology and Health**, *17*(2), 191-202.
- HAYATBAKHS, M. R., NAJMAN, J. M., JAMROZIK, K., MAMUN, A. A., ALATI, R., & BOR, W. (2007). Cannabis and anxiety and depression in young adults: a large prospective study. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, *46*(3), 408-417.
- HEIDARI PAHLAVIAN, A., GHARAKHANI, M., & MAHJUB, H. (2009). Hostility, type A personality and coronary heart disease. **Avicenna Journal of Clinical Medicine**, *15*(4), 44-47.
- HIGGINS, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. **Psychological Review**, Vol 94(3), pp. 319-340.
- HOUSEHAM, A. M., PETERSON, C. T., MILLS, P. J., & CHOPRA, D. (2017). The effects of stress and meditation on the immune system, human microbiota, and epigenetics. **Adv Mind Body Med**, *31*(4), 10-25.
- HOWARD, M. O., KIVLAHAN, D., & WALKER, R. D. (1997). Cloninger's tridimensional theory of personality and psychopathology: applications to substance use disorders. **Journal of studies on alcohol**, *58*(1), 48-66.
- HOYLE, R. H. (2010). Personality and self-regulation. **Handbook of personality and self-regulation**, 1-18.
- JONES-SAUMTY, D. J., & ZEINER, A. R. (1985). Psychological correlates of drinking behavior in social drinker college students. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, *9*(2), 158-163.
- KABA, İLKER (2019). Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: güncel bir gözden geçirme. **Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi**, (73), 63-81.

- KARAMUSTAFALIOĞLU, O., & YUMRUKÇAL, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, 45(2), 65-74.
- KASL, S. V. (1984). Stress and health. **Annual review of public health**, 5(1), 319-341.
- KEIM, S. M., GUISTO, J. A., & SULLIVAN, J. B. (2002). Environmental thermal stress. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, 9(1).
- KELLNER, R. (1990). Somatization: Theories and research. **The Journal of nervous and mental disease**, 178(3), 150-160.
- KELLY, M. H., & BOCK, J. K. (1988). Stress in time. **Journal of experimental psychology: human perception and performance**, 14(3), 389.
- KEMENY, M. E. (2003). The psychobiology of stress. **Current directions in psychological science**, 12(4), 124-129.
- KENDLER, K. S., NEALE, M. C., MACLEAN, C. J., HEATH, A. C., EAVES, L. J., & KESSLER, R. C. (1993). Smoking and major depression: a causal analysis. **Archives of general psychiatry**, 50(1), 36-43.
- KNOLL, A. T., & CARLEZON Jr, W. A. (2010). Dynorphin, stress, and depression. **Brain research**, 1314, 56-73.
- KOÇAK, M. (2011). İstanbul'da madde kullanan çocuklar: Sosyal bağ teorisi çerçevesinde pratik öneriler. İçinde: **Çocukların madde bağımlılığında korunması**. Ed: Doğutaş C. TBMM Basımevi.
- KÜLTÜR, S. E. Ç., ÜNAL, M. F., & ÖZUSTA, P. Ş. (2006). Alkol bağımlılığı olan babaların çocuklarında psikopatoloji. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 17(1), 3-11.
- LAZARUS, R. S., & COHEN, J. B. (1977). Environmental stress. In **Human behavior and environment** (pp. 89-127). Springer, Boston, MA.
- LEWIS, M. (1990). Self-development and social development in early life. In (ed.) L.A. Pervin, **Handbook of Personality** (pp. 277-300), Guilford, New York.

- LIM, G. Y., TAM, W. W., LU, Y., HO, C. S., ZHANG, M. W., & HO, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. **Scientific reports**, 8(1), 1-10.
- LIPOWSKI, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. **Am J Psychiatry**, 145(11), 1358-1368.
- LIPOWSKI, Z. J. (1990). Somatization and depression. **Psychosomatics**, 31(1), 13-21.
- LOPEZ, B., TURNER, R. J., & SAAVEDRA, L. M. (2005). Anxiety and risk for substance dependence among late adolescents/young adults. **Journal of anxiety disorders**, 19(3), 275-294.
- LOW, N. C., LEE, S. S., JOHNSON, J. G., WILLIAMS, J. B., & HARRIS, E. S. (2008). The association between anxiety and alcohol versus cannabis abuse disorders among adolescents in primary care settings. **Family practice**, 25(5), 321-327.
- MAI, F. (2004). Somatization disorder: a practical review. **The Canadian Journal of Psychiatry**, 49(10), 652-662.
- MAYOU, R. (1993). Somatization. **Psychotherapy and psychosomatics**, 59(2), 69-
- MAZURE, C. M. (1998). Life stressors as risk factors in depression. **Clinical Psychology: Science and Practice**, 5(3), 291.
- MCAULIFFE, W. E., & DUNN, R. (2004). Substance abuse treatment needs and access in the USA: Interstate variations. **Addiction**, 99(8), 999-1014.
- MCCARTY, R., & PACAK, K. (2000). Alarm phase and general adaptation syndrome. **Encyclopedia of stress**, 1, 126-130.
- MESRI, G., & GODLEWSKI, P. M. (1977). Time-and stress-compressibility interrelationship. **Journal of the geotechnical engineering division**, 103(5), 417-430.
- METE, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. **Klinik Psikiyatri**, 11(3), 3-18.
- MICHIE, S. (2002). Causes and management of stress at work. **Occupational and environmental medicine**, 59(1), 67-72.

- MIROWSKY, J., & ROSS, C. E. (1992). Age and depression. **Journal of health and social behavior**, 187-205.
- MONNOT, M., NIXON, S., LOVALLO, W., & ROSS, E. (2001). Altered emotional perception in alcoholics: deficits in affective prosody comprehension. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, 25(3), 362-369.
- MONSHOUWER, K., VAN DORSSELAER, S., VERDURMEN, J., TER BOGT, T., DE GRAAF, R. O. N., & VOLLEBERGH, W. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children: findings from a Dutch survey. **The British Journal of Psychiatry**, 188(2), 148-153.
- MOORE, A. A., GIULI, L., GOULD, R., HU, P., ZHOU, K., REUBEN, D., ... & KARLAMANGLA, A. (2006). Alcohol use, comorbidity, and mortality. **Journal of the American Geriatrics Society**, 54(5), 757-762.
- MORSE, R. M., & FLAVIN, D. K. (1992). The definition of alcoholism. **Jama**, 268(8), 1012-1014.
- MUSTY, R. E., & KABACK, L. (1995). Relationships between motivation and depression in chronic marijuana users. **Life Sciences**, 56(23-24), 2151-2158.
- MUTLU, E. (2018). Madde bağımlılığı ve insan evrimi. **Bağımlılık Dergisi**, 19(1), 17-22.
- NIEMELÄ, S., SOURANDER, A., PILOWSKY, D. J., SUSSER, E., HELENIUS, H., PIHA, J., ... & ALMQVIST, F. (2009). Childhood antecedents of being a cigarette smoker in early adulthood. The Finnish 'From a Boy to a Man' Study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 50(3), 343-351.
- NIXON, K. (2006). Alcohol and adult neurogenesis: roles in neurodegeneration and recovery in chronic alcoholism. **Hippocampus**, 16(3), 287-295.
- NORDFJAERN, T., RUNDMO, T., & HOLE, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, 17(1), 46-64.
- OHANNESSIAN, C. M. (2014). Anxiety and substance use during adolescence. **Substance abuse**, 35(4), 418-425.

- ÖGEL, K., TAMAR, D., EVREN, C., & ÇAKMAK, D. (2000). İstanbul'da lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. **Klinik psikiyatri**, 3(4), 242-245.
- ÖGEL, K., TAMAR, D., EVREN, C., & ÇAKMAK, D. (2001). Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 12(1), 47-52.
- ÖZBARAN, B., TAMAR, M., YÜNCÜ, Z., BILDIK, T., DEMIRAL, N., & ERERMIS, S. (2009). Majör depresif bozukluğu olan gençlerden oluşan bir klinik örnekleme anne-baba tutumlarının değerlendirilmesi/Evaluation of parental attitudes in a clinical sample of adolescents with major depressive disorder. **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 10(2), 109.
- PARDINI, D., WHITE, H. R., & STOUTHAMER-LOEBER, M. (2007). Early adolescent psychopathology as a predictor of alcohol use disorders by young adulthood. **Drug and alcohol dependence**, 88, S38-S49.
- PARTINEN, M. (1994). Sleep disorders and stress. **Journal of Psychosomatic Research**, 38, 89-91.
- PATTON, G. C., COFFEY, C., CARLIN, J. B., DEGENHARDT, L., LYNKEY, M., & HALL, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. **Bmj**, 325(7374), 1195-1198.
- PEARLIN, L. I., MENAGHAN, E. G., LIEBERMAN, M. A., & MULLAN, J. T. (1981). The stress process. **Journal of Health and Social behavior**, 337-356.
- PETERSON, C., SCHWARTZ, S. M., & SELIGMAN, M. E. (1981). Self-blame and depressive symptoms. **Journal of personality and social psychology**, 41(2), 253.
- PLANTE, T. G., SAUCEDO, B., & RICE, C. (2001). The association between strength of religious faith and coping with daily stress. **Pastoral Psychology**, 49(4), 291-300.
- PREISIG M, FENTONBT, STEVENS DE VE ARK. (2001) Familial relationship between mood disorders and alcoholism. **Compr Psychiatry**, 42:87-95

- REHM, J., ZATONKSI, W., TAYLOR, B., & ANDERSON, P. (2011). Epidemiology and alcohol policy in Europe. **Addiction**, *106*, 11-19.
- RICHARDS, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: a review. **Clinical psychology review**, *31*(7), 1117-1125.
- ROBERTS, B. W., & YOON, H. J. (2022). Personality psychology. **Annual review of psychology**, *73*, 489-516.
- ROBERTS, F. F. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. **British Medical Journal**, *2*(4670), 104.
- ROBINSON, L. (1990). Stress and anxiety. **Nursing Clinics of North America**, *25*(4), 935-943.
- RODIN, G. M. (1991). Somatization: A perspective from self-psychology. **Journal of the American Academy of Psychoanalysis**, *19*(3), 367-384.
- ROWE, C. L., & LIDDLE, H. A. (2003). Substance abuse. **Journal of Marital and Family Therapy**, *29*(1), 97-120.
- RUJNAN, T., ÇAYKARA, B., SAĞLAM, Z., & PENÇE, H. H. (2019). Sigara bağımlılarında depresyon, anksiyete, uykululuk ve uyku kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, *(4)*, 609-615.
- SADEH, A., KEINAN, G., & DAON, K. (2004). Effects of stress on sleep: the moderating role of coping style. **Health Psychology**, *23*(5), 542.
- SARP, N. (2000). Hekim ve stres yönetimi. **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, *53*(2), 133-137.
- SELYE, H. (1951). The general-adaptation-syndrome. **Annual review of medicine**, *2*(1), 327-342.
- SELYE, H. (1955). Stress and disease. **Science**, *122*(3171), 625-631.
- SELYE, H. (1956). What is stress. **Metabolism**, *5*(5), 525-530.
- SELYE, H. (1965). The stress syndrome. **The American Journal of Nursing**, 97-99.
- SELYE, H. (1975). Stress and distress. **Comprehensive therapy**, *1*(8), 9-13.

- SHEEHAN, D. V. (1982). Panic attacks and phobias. **New England Journal of Medicine**, 307(3), 156-158.
- SIEGLER, I. C. (1994). Hostility and risk: Demographic and lifestyle variables. **Anger, hostility, and the heart**, 199-214.
- SIES, H. (2000). What is oxidative stress?. In **Oxidative stress and vascular disease** (pp. 1-8). Springer, Boston, MA.
- SIES, H., BERNDT, C., & JONES, D. P. (2017). Oxidative stress. **Annual review of biochemistry**, 86, 715-748.
- SILBER, T. J. (2011). Somatization disorders. **Pediatr Rev**, 32(2), 57.
- SPIELBERGER, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. In **Anxiety: Current Trends in Theory and Research** Vol. 1 (ed. Spielberger, C. D.), pp. 24–49. Academic Press: New York. Google Scholar
- STEIN, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. **The Lancet**, 360(9330), 397-405.
- STEIN, M. B., & SAREEN, J. (2015). Generalized anxiety disorder. **New England Journal of Medicine**, 373(21), 2059-2068.
- STOCKER, C. M., & RICHMOND, M. K. (2007). Longitudinal associations between hostility in adolescents' family relationships and friendships and hostility in their romantic relationships. **Journal of Family Psychology**, 21(3), 490.
- SUNGUR, M. Z. (1999). İkincil travma ve sosyal destek. **Klinik Psikiyatri**, 2(2), 105-108.
- SÜMER, N., ORUÇLULAR, Y., & ÇAPAR, T. (2015). Bağlanma ve bağımlılık: Kuramsal çerçeve ve derleme çalışması. **Bağımlılık dergisi**, 16(4), 192-209.
- ŞANLI, Ö. (2017). Öğretmenlerin Algılanan Stres Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. **Elektronik sosyal bilimler dergisi**, 16(61), 385-396.
- TABAKOFF, B., & HOFFMAN, P. L. (1996). Alcohol addiction: an enigma among us. **Neuron**, 16(5), 909-912.

- TAKEDA, E., TERAQ, J., NAKAYA, Y., MIYAMOTO, K. I., BABA, Y., CHUMAN, H., ... & ROKUTAN, K. (2004). Stress control and human nutrition. **The Journal of Medical Investigation**, 51(3, 4), 139-145.
- TAYLOR, J. (2006). Life events and peer substance use and their relation to substance use problems in college students. **Journal of drug education**, 36(2), 179-191.
- THOMPSON, N., STRADLING, S., MURPHY, M., & O'NEILL, P. (1996). Stress and organizational culture. **The British Journal of Social Work**, 26(5), 647-665.
- TORPY, D. J., & CHROUSOS, G. P. (1997). General adaptation syndrome. **Endocrinology of critical disease**, 1-24.
- TROISI, A., PASINI, A., SARACCO, M., & SPALLETTA, G. (1998). Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. **Addiction**, 93(4), 487-492.
- UĞURLU, G. K., UĞURLU, M., TURHAN, L., & TÜRKCAPAR, M. H. (2012). Alkol bağımlılarında işlevsel olmayan inançlar: karşılaştırmalı bir çalışma. **Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi**, 1, 113-120.
- UĞURLU, T. T., ŞENGÜL, C. B., & ŞENGÜL, C. (2012). Bağımlılık psikofarmakolojisi. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 4(1), 37-50.
- ULUKOCA, N., GÖKGÖZ, Ş., & KARAKOÇ, A. (2013). Kırklareli üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. **Fırat Tıp Dergisi**, 18(4), 230-234.
- ÜNAL, S., KÜEY, L., GÜLEÇ, C., BEKAROĞLU, M., EVLICE, Y. E., & KIRLI, S. (2002). Depresif bozukluklarda risk etkenleri. **Klinik Psikiyatri**, 5(1), 8-15.
- VITARO, F., FERLAND, F., JACQUES, C., & LADOUCEUR, R. (1998). Gambling, substance use, and impulsivity during adolescence. **Psychology of Addictive Behaviors**, 12(3), 185.
- WECHSLER, H., LEE, J. E., GLEDHILL-HOYT, J., & NELSON, T. F. (2001). Alcohol use and problems at colleges banning alcohol: results of a national survey. **Journal of Studies on Alcohol**, 62(2), 133-141.

- WELFORD, A. T. (1973). Stress and performance. **Ergonomics**, 16(5), 567-580.
- WILLS, T. A., SANDY, J. M., YAEGER, A. M., CLEARY, S. D., & SHINAR, O. (2001). Coping dimensions, life stress, and adolescent substance use: a latent growth analysis. **Journal of abnormal psychology**, 110(2), 309.
- WILSON, G. T. (1987). Cognitive processes in addiction. **British journal of addiction**, 82(4), 343-353.
- YEHUDA, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. **New England journal of medicine**, 346(2), 108-114.
- YEKELER, B. VE PEHLIVAN, E. (2015). The Relationship between Submissive Behavior and Exposure to Physical Violence in Adolescents in a Semi-Rural Area of Malatya [Malatya'da Yarı Kırsal Bir Bölgede Ergenlerde Boyun Eğici Davranış ile Fiziksel Şiddete Maruziyet Asındaki İlişki]. **Medicine Science**, 3(3), 1382-1395.
- YILDIRIM, İ. (1991). Stres ve stresle başa çıkma teknikleri. **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 6(6).
- YÖNDEM, Z. D. VE BIÇAK B. (2008) Öğretmen Adaylarının Öfke Düzeyi ve Öfke Tarzları, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, 5 (2), pp: 1-15.
- YÜKSEL, N. (2001). İntiharın nörobiyolojisi. **Klinik Psikiyatri Dergisi**, 4(Supp: 2), 5-15.
- ZEMAN, H. Ö., SÖYLER, H. Ç., & ALTINTOPRAK, A. E. (2019). Madde kullanım geçmişli bireylerin olumsuz otomatik düşünceleri ve öğrenilmiş çaresizlik örüntülerinin incelenmesi. **Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi**, 1(1), 22-30.
- ZINCIR, S. B., ZINCIR, N., SÜN BÜL, E. A., & KAYMAK, E. (2012). Sigara bağımlılığında mizaç ve karakter özelliklerinin bağımlılık düzeyleri ile ilişkisi. **Journal of mood Disorders**, 2(4), 160-6.
- ZİYALAR, A. (1991). Alkol Bağımlılığı. **Psikofarmakolojide Yenilikler Sempozyumu**. 1991. İstanbul

ZOCOLILLO, M., & CLONINGER, C. R. (1986). Somatization disorder: psychologic symptoms, social disability, and diagnosis. **Comprehensive Psychiatry**, 27(1), 65-73.

TEZLER

ANLI, G. (2017). “Boyun eğici davranışları azaltmaya yönelik bilişsel davranışçı psiko-eğitim programının kişilerarası duyarlılık, öfke ve düşmanlık (hostilite) üzerine etkisi”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Sakarya Sosyal Bilimler Enstitüsü.

ATEŞER, H., D. (2013) “Alkol bağımlılığı, bağlanma stilleri ve başa çıkma stratejileri”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

GÜLER A. (2013) Örgütsel Stres ve Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Stresle Başa Çıkma Yolları. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, YYLT, İstanbul.

TANER, S. (2005). Boğaziçi Üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. (Uzmanlık tezi). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi, 55-65.

TAŞKENT, A. (2010). Alkol ve/veya madde bağımlıları ile bağımlılığı olmayan bireylerin savunma mekanizmaları açısından karşılaştırılması, çocukluk çağı travmaları, disosiyatif yaşantılar ve bağımlılık şiddetinin savunma mekanizmaları üzerindeki etkisinin incelenmesi (Master's Thesis), Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

TOPUZ, A. (2004). Boğaziçi Üniversitesi öğrencileri ve alkol: neden, nasıl ve ne kadar kullanıyorlar. (Unpublished master's thesis), Bogazici University, Istanbul, Turkey.

USTA, S. (2017). Üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı ve duygusal zekâ arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis), Sosyal Bilimler Enstitüsü.

YALINPALA, N. (2021). Düzenli egzersizin bireylerin öz-yeterlik düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzlarına etkisi (Master's thesis), Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

YILMAZ, N. (2004). Öfke ile Başa Çıkma Eğitiminin ve Grupla Psikolojik Danışmanın Ergenlerin Öfke ile Başa Çıkabilmeleri Üzerindeki Etkileri. (Yayınlanmamış doktora tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

WORLD HEALTH STATISTICS (2016). [http://www.who.int/gho/publications/world_](http://www.who.int/gho/publications/world_health_)
[health_](http://tbn.org.tr), <http://tbn.org.tr>.

EKLER

Ek 1 Etik Onay Belgesi

Ek 2 İzin Belgeleri

Ek 3 Bilgilendirilmiş Onam

Ek 4 Kişisel Bilgi Formu

Ek 5 Kısa Semptom Envanteri

Ek 6 Algılanan Stres Ölçeği

Ek 7 Bağımlılık Profil İndeksi Tarama Formu (BAPİ-T)

Ek 1 Etik Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.03.2023-80898



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-88083623-020-80898
Konu : Etik Onayı Hk.

13.03.2023

Sayın Mikail ÇELİK

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'nun 02.03.2023 tarihli ve 2023/02 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Mehmet Sencer GİRGİN
Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSD4CJANZZ Pin Kodu : 23903

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-aydin-universitesi-ebys?>

Adres : Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL

Telefon : 444 1 428

Web : <http://www.aydin.edu.tr/>

Kep Adresi : iau.yaziisleri@iau.hs03.kep.tr

Bilgi için : Tuğba SÜNNETCI

Unvanı : Yazı İşleri Uzmanı

Tel No : 31002





T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01.01-216222076
Konu : Mikail ÇELİK'in Çalışma İzni hk.

İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : a) 24.04.2023 tarihli ve 88083623-020.03.01-E.84196 sayılı yazınız.
b) 04.05.2023 tarihli ve E-41340010-604.01.01-214844822 sayılı yazı.

İlgi (a) sayılı yazınız ile Üniversitenizin Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mikail ÇELİK'in "*Alkol ve/veya Madde Bağımlılığı Olan Bireylerde Bağımlılık Şiddeti, Psikopatolojik Özellikler ve Algılanan Stres Düzeyi Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi*" konulu tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı hastanede yapma talebi Birimimize iletilmiştir

Söz konusu araştırma, hastanenin ilgi (b) sayılı görüşüne istinaden Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **16.05.2023** tarih ve **2023/08** sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumumuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun sağlanması ve çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Savaş BAYRAK
Müdür a.
Başkan V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: CDF8DF32-7CD0-40CB-BEB2-B7C798355FF9

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Binbirdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122

Telefon No: 02126383000

e-Posta: ist.sagligingel@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

<https://istanbulism.saglik.gov.tr/>

Keş Adresi: ism.34@hs01.kep.tr

Bilgi için: Nuray TÜRKÖĞLU
Hemşire

Telefon No: 02126383399 - 3106





T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ



07.03.2023/708

EĞİTİM PLANLAMA KURULU KARARI (E.P.K)

İlgi : 15.02.2023 tarih ve 209446632 sayılı dilekçe.

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Başkanı Başhekim Prof. Dr. Murat ERKIRAN, Hastane Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Prof. Dr. H. Dilek ATAĞLI, Prof. Dr. Gül KARAÇETİN ve Prof. Dr. Erhan EMEL'in değerlendirmeleri neticesinde;

Hastanemizde görevli Psikolog Mikail ÇELİK'in yüksek lisans tezi için İstanbul Aydın Üniversitesi Dr. Öğr. Üyesi Ayça Ferda KANSU danışmanlığında ortak yürütülmesi planlanan "Alkol ve/veya Madde Bağımlılığı Olan Bireylerde Bağımlılık Şiddeti, Psikopatolojik Özellikler ve Algılanan Stres Düzeyi Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi" başlıklı araştırmayı hastanemizde uygulama talebi (Etik Kurul onayı kurumumuza sunulduğu tarihten itibaren) oy birliği ile uygun görülmüştür.

Başkan
Prof. Dr. Murat ERKIRAN
Psikiyatri Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu
Başhekim

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
Eğitim Koordinatörü

Prof. Dr. H. Dilek ATAĞLI
Nöroloji Kliniği Eğitim Sorumlusu

Prof. Dr. Gül KARAÇETİN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu

Prof. Dr. Erhan EMEL
Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği
Eğitim ve İdari Sorumlusu

Ek 2 İzin Belgeleri

KISA SEMPTOM ENVANTERİ ÖLÇEK KULLANIM İZNI

Kime: Siz

26.12.2022 Pzt 20:37

Sayın Çelik,

Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...

Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

20.12.2022 10:46, Mikail Çelik yazmış:

Ayşegül Hocam merhabalar,
Ben İstanbul Aydın Üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisi Mikail Çelik, aynı zamanda Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışmaktayım. Dr. Öğr. Üyesi Ayça Ferda KANSU danışmanlığında hastanemizin AMATEM servisindeki hastalar üzerinde yürütmekte olduğum yüksek lisans tez çalışmam için sizden geliştirdiğiniz KISA SEMPTOM ENVANTERİNİN kullanım iznini istiyorum, izin verirsiniz çok memnun olurum.
İlginize teşekkür ederim.

BAPİ-T ÖLÇEK KULLANIM İZNI

Kime: Siz

5.11.2022 Cmt 20:14

Merhaba
Kullanabilirsiniz
Saygılarımla

Sent from my mobile device

Mikail Çelik <Mikail.celik49@hotmail.com> şunları yazdı (4 Kas 2022 15:41):

Kültekin Hocam merhabalar,
Ben İstanbul Aydın Üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisi Mikail Çelik, aynı zamanda Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışmaktayım. Dr. Psk. Nuran Korkmaz Yıldırım danışmanlığında hastanemizin AMATEM servisindeki hastalar üzerinde yürütmekte olduğum yüksek lisans tez çalışmam için sizden geliştirdiğiniz BAPİ ölçeğinin kullanım iznini istiyorum, izin verirsiniz çok memnun olurum.
İlginize teşekkür ederim.

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



ME

MEHMET ESKİN [REDACTED]

Kime: Siz



5.11.2022 Cmt 18:10

Kullanabilirsiniz başarılar

4 Kas 2022 Cum 15:39 tarihinde Mikail Çelik <Mikail.celik49@hotmail.com> şunu yazdı:

Mehmet Hocam merhabalar,

Ben İstanbul Aydın Üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisi Mikail Çelik, aynı zamanda Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışmaktayım. Dr. Psk. Nuran Korkmaz Yıldırım danışmanlığında hastanemizin AMATEM servisindeki hastalar üzerinde yürütmekte olduğum yüksek lisans tez çalışmam için sizden geliştirdiğiniz ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİNİN kullanım iznini istiyorum, izin verirsiniz çok memnun olurum.

İlginize teşekkür ederim.

Ek 3 Bilgilendirilmiş Onam

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Bu Anket Formu İstanbul Aydın Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi için hazırlanmıştır. Bu anket ile bağımlılık, stres ve psikopatoloji durumlarının ölçülmesi amaçlanmıştır. Kullanılan bu form birçok farklı ifadeyi içermektedir. Araştırmanın bu kısmında yapılan uygulama nihai formun oluşmasında bir kılavuz işlevi görmesi beklenmektedir. Uygulamanın süresi yaklaşık 15-20 dakikadır. Bu uygulamada yer almak katılımcının onayına tabidir. İstenildiği takdir de uygulamayı terk etme hakkı katılımcıların her birinde saklıdır. Araştırmanın bu kısmında katılımcıların kişisel bilgileri toplanmayacaktır. Çalışmada toplanan kişisel olmayan bilgilerinizde araştırma sırasında, öncesinde ve sonrasında gizli tutulacaktır. Herhangi bir durumla bilgi almak veya bilgi vermek için iletişim bilgilerimizi kullanabilirsiniz. Kolaylıklar...

Uygulayıcı: Mikail ÇELİK

05320682078

mikail.celik49@hotmail.com

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayça Ferda KANSU

Ek 4 Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyet: Kadın() Erkek ()
2. Yaş:
3. Medeni Durum: Evli () Bekar ()
4. Eğitim Düzeyi: İlkokul() Ortaokul() Lise() Lisans() Yüksek Lisans/Doktora()
5. Çalışma Durumu: Çalışıyorum () Çalışmıyorum ()
6. Gelir Seviyesi : Düşük () Orta () Yüksek ()
7. Asgari ücret civarı () Asgari Ücretten fazla () Asgari ücretin birkaç katı()
8. Bağımlı Olunan Madde
9. Bağımlılık süresi (ne kadar süredir bağımlısınız) (Yıl olarak RAKAMLA)
10. Bağımlılık yapıcı maddeyi kullanmaya başlama yaşıınız?
11. Bağımlı olduğunuz maddeyi kullanma sıklığınız?
() Her gün birkaç defa () Haftada birkaç defa ()Haftada bir defa () Ayda bir defa
() Düzensiz aralıklarla () Diğer(açıklayınız).....
12. Ailede sizden başka madde ve/veya alkol kullanan kişi var mı?
() Yok () Baba () Anne ()Kardeş () İkinci derece akraba (dayı,amca vb.)

13. Alkol ve/veya Maddeye başlama sebebiniz: () Merak () Eğlence ()

Arkadaşlar

() Diğer.....

14. Almış Olduğunuz Ek Psikiyatrik Tanı Var Mı?

15. Son bir yıl içinde hiç intihar girişiminde bulundunuz mu? Evet () Hayır ()

16. Şimdiye kadar alkol ve/veya madde kullanımı nedeniyle yasal sorun yaşadınız mı?

() Evet..... () Hayır

17. Daha önce kullandığınız maddeyi bırakmak için tedavi girişiminiz oldu mu?

() Evet Evet ise kaç kez:..... () Hayır

Ek 5 Kısa Semptom Envanteri

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0:Hiç yok 1.Biraz var 2.Orta derecede var 3.Epey var 4.Çok fazla var

	Hiç	Çok
		Fazla
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1 2 3 4
2.Baygınlık, baş dönmesi	0	1 2 3 4
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1 2 3 4
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu korkusu	0	1 2 3 4
5.Olayları hatırlamada güçlük	0	1 2 3 4
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1 2 3 4
7.Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1 2 3 4
8.Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1 2 3 4
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1 2 3 4
10.İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1 2 3 4
11.İştahta bozukluklar	0	1 2 3 4
12.Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1 2 3 4
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1 2 3 4
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1 2 3 4
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1 2 3 4
16.Yalnızlık hissetmek	0	1 2 3 4
17.Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1 2 3 4
18.Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1 2 3 4
19.Ağlamaklı hissetmek	0	1 2 3 4
20.Kolayca incinebilme, kırılmak	0	1 2 3 4
21.İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1 2 3 4
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1 2 3 4

23.Mide bozukluğu, bulantı	0 1 2 3 4
24.Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0 1 2 3 4
25.Uykuya dalmada güçlük	0 1 2 3 4
26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0 1 2 3 4
27.Karar vermede güçlükler	0 1 2 3 4
28.Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0 1 2 3 4
29.Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0 1 2 3 4
30.Sıcak soğuk basmaları	0 1 2 3 4
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0 1 2 3 4
32.Kafanızın bomboş kalması	0 1 2 3 4
33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0 1 2 3 4
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0 1 2 3 4
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0 1 2 3 4
36.Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0 1 2 3 4
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0 1 2 3 4
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0 1 2 3 4
39.Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0 1 2 3 4
40.Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0 1 2 3 4
41.Birşeyleri kırma, dökme isteği	0 1 2 3 4
42.Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak çalışmak	0 1 2 3 4
43.Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0 1 2 3 4
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0 1 2 3 4
45.Dehşet ve panik nöbetleri	0 1 2 3 4
46.Sık sık tartışmaya girmek	0 1 2 3 4
47.Yalnız bırakıldığında / kalındığında yalnızlık hissetmek	0 1 2 3 4
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0 1 2 3 4
49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0 1 2 3 4
50.Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları	0 1 2 3 4
51.Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0 1 2 3 4
52.Suçluluk duyguları	0 1 2 3 4
53.Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0 1 2 3 4

Ek 6 Algılanan Stres Ölçeği

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

Yönerge: Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun **seceneğin altındaki kutuya bir çarpı isareti (X) koyarak cevaplayınız**. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok Sık
1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
4. Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?					
5. Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
8. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
11. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?					
12. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta Başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?					
13. Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?					
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

Ek 7 Bağımlılık Profil İndeksi Tarama Formu (BAPİ-T)

Bağımlılık Profil İndeksi Tarama Formu (BAPİ-T)

Son BİR yıl içinde alkol ve madde kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

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

Dikkat!

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

Örneğin...

“[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” yerine alkol içeriyorsanız “Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” veya esrar içeriyorsanız “Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” biçiminde okuyun.

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

- 12 **Kullandığın [maddenin] miktarı giderek arttı mı?**
0 Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 13 **Kullandığın [maddeyi] kestiğinde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğin için [madde] kullandığın oldu mu?**
0 Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- Planladığından daha fazla [madde] kullandığın oldu mu?**
14 **Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içtiğin veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullandığın oldu mu?**
0 Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 15 **[Madde] kullandığın için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatındaki başka etkinliklerden vazgeçtiğin oldu mu?**
0 Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 16 **Alkol veya uyuşturucu kullanman beden veya ruh sağlığını olumsuz etkiledi mi? Yani sağlık sorunları yaşadın mı?**
0 Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 17 **Alkol veya uyuşturucu kullanman ailenle veya arkadaşlarıyla ilişkilerini olumsuz yönde etkiledi mi?**
0 Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 18 **Alkol veya uyuşturucu kullanman eğitim hayatını olumsuz etkiledi mi? İş hayatını olumsuz etkiledi mi? Ekonomik durumunu olumsuz yönde etkiledi mi?**
0 Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 19 **Gündüz saatlerinde de alkol veya uyuşturucu kullandığın zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?**
0 Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 20 **Ailen veya çevren senin çok fazla alkol veya uyuşturucu kullandığından endişeleniyor muydu? Ne sıklıkla?**
0 Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

- 21 **[Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musun? Ne sıklıkta?**
0 Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 22 **Alkol veya uyuşturucuyu bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor muydun?**
0 Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman

ÖZGEÇMİŞ