



**T. C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**6 ŞUBAT 2023 DEPREMİ SONRASI ALKOL VE MADDE
KULLANIM BOZUKLUĞU PREVALANSI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER: ANTAKYA KONTEYNER KENT ÖRNEKLEMİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Hülya ALKAN
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA**

HATAY-2025

**T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**6 ŞUBAT 2023 DEPREMİ SONRASI ALKOL VE MADDE
KULLANIM BOZUKLUĞU PREVALANSI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER: ANTAKYA KONTEYNER KENT ÖRNEKLEMİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Hülya ALKAN
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA**

TEZ ONAY SAYFASI
T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**6 ŞUBAT 2023 DEPREMİ SONRASI ALKOL VE MADDE
KULLANIM BOZUKLUĞU PREVALANSI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER: ANTAKYA KONTEYNER KENT ÖRNEKLEMİ**

Dr. Hülya ALKAN

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Prof. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA.....
2. Dr. Öğr. Üyesi Ertan YILMAZ.....
3. Dr. Öğr. Üyesi Ahmethan TURAN.....

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. TABLOLAR LİSTESİ	v
V. ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	vii
VII. TEŞEKKÜR.....	viii
VIII. ÖZET	ix
IX. ABSTARCT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Afet	3
2.1.1. Deprem.....	3
2.1.2. Türkiye ve Deprem	4
2.1.3. Afetler ve Ruh Sağlığı.....	5
2.2. Alkol Kullanımı ve Alkol Kullanım Bozukluğu.....	7
2.2.1. Alkol Kullanım Bozukluğu	8
2.2.2. Alkol Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi	11
2.2.3. Alkol Kullanım Bozukluğu Etiyolojisi	12
2.2.4. Afetlerin Alkol Kullanımına Etkisi.....	14
2.3. Madde Kullanımı ve Madde Kullanım Bozuklukları	15
2.3.1. Madde Tanımı	15
2.3.2. Maddeler ve Genel Özellikleri	16
2.3.3. Madde Kullanım Bozukluğu	19
2.3.4. Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi	21
2.3.5. Madde Kullanım Bozukluğu Etiyolojisi	23
2.3.6. Afetlerin Madde Kullanımına Etkisi.....	24
2.4. Travma	24
2.4.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	25
2.4.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Epidemiyolojisi	29
2.4.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Etiyolojisi	30

2.4.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Arasındaki İlişki	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Evren ve Örneklem	34
3.2. Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri	36
3.3. Veri Toplama Süreci	37
3.4. Veri Toplama Araçları	37
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	38
3.4.2. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AUDIT)	38
3.4.3. Madde Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi (DUDIT)	38
3.4.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL5)	39
3.5 İstatistiksel Analiz	39
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	70
7. KAYNAKLAR	72
8. EKLER	90
9. ÖZGEÇMİŞ	101

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. DSM-5'e göre Alkol Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri (43).....	9
Tablo 2. DSM-5'e göre Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri (43).....	20
Tablo 3. DSM-5'e göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri (43).....	27
Tablo 4. Konteyner kentler, konteyner kentte yaşayan kişi sayısı, görüşülen kişi sayısı, görüşmeyi reddeden ya da hatalı form doldurulması nedeniyle çalışma dışında bırakılan kişi sayısı.....	35
Tablo 5. Sosyodemografik Veriler	41
Tablo 6. AUDİT, DUDİT Skorlarının PCL-5 ile Korelasyonları	43
Tablo 7. AKB ve TSSB İlişkisi	44
Tablo 8. MKB ve TSSB İlişkisi	44
Tablo 9. AUDIT Skoru ve Demografik Veriler Karşılaştırması	44
Tablo 10. DUDIT Skoru ve Demografik veriler Karşılaştırması	45
Tablo 11. PCL 5 Skoru ve Demografik veriler Karşılaştırması	46
Tablo 12. Depremden Sonra Alkol Kullanımı ile PCL – 5 Skorunun Karşılaştırılması	47
Tablo 13. Ölçek Ortalama Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırması.....	47
Tablo 14. AKB ve TSSB'nin Cinsiyete Göre Karşılaştırması	48
Tablo 15. TSSB ve Eğitim Durumu Karşılaştırılması.....	48
Tablo 16. 1. Dereceden Yakınını Kaybetme, Depremden Sonra Psikososyal Destek Alma, Çevreden Alınan Destek Algısı ve Depremde Enkaz Altında Kalma ile TSSB İlişkisi	49
Tablo 17. AKB Tanısına İlişkin Risk Faktörleri İçin Kurulan Lojistik Regresyon Modeli	50
Tablo 18. Depremde Enkaz Altında Kalma, Enkazdan Çıkarılan Yaralıları Görme ile AKB ilişkisi	51
Tablo 19. Sigara Kullanımı ile AKB, TSSB ve MKB İlişkisi	51
Tablo 20. Depremden Önce ve Sonra Günlük İçilen Sigara Miktarı Karşılaştırılması	52
Tablo 21. Deprem Sonrası Alkol Kullanım Nedenleri.....	52
Tablo 22. Depremden Sonraki İlk Ay Kalınan Yer ile TSSB İlişkisi	53

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Bir standart içki türleri.....	8
---	---



V. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AFAD:	Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
AKB:	Alkol Kullanım Bozukluğu
ALDH2:	Mitokondriyal Aldehit Dehidrojenaz
AUDIT:	Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi
DALY:	Engelliliğe Göre Ayarlanmış Yaşam Yılı
DSM:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
DUDIT:	Madde Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi
MKB:	Madde Kullanım Bozuklukları
M.Ö. :	Milattan Önce
LSD:	Liserjik Asit Dietilamid
THC:	Tetrahidrokannabinol
TSSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TSSBKL:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi
TUBİM:	Türkiye Ulusal Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi
UNODC:	Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi

VI. TEŞEKKÜR

Tez sürecimin her aşamasında bilgi, deneyim ve rehberlikleriyle bana yol gösteren, yapıcı eleştirileri ve akademik desteğiyle çalışmamın gelişimine katkılar sunan değerli tez danışmanım Prof. Dr. Mehmet Hanifi Kokaçya'ya en içten şükranlarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki gelişimime katkıda bulunan, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Dr. Öğr. Üyesi Ertan Yılmaz'a; birlikte çalıştığımız süre boyunca akademik ve mesleki anlamda her zaman yanımda olan Dr. Öğr. Üyesi Ahmethan Turan'a; rotasyon süresince beni kendi asistanı gibi kabul eden, sonrasında da her daim desteğini hissettiren Doç. Dr. Seda Aybüke Sarı'ya gönülden teşekkür ederim.

Dört yıllık asistanlık süreci boyunca hem mesleki hem de insani anlamda yanımda olan, birlikte aynı zorlukları göğüslediğimiz, aynı sorumlulukları paylaştığımız ve her zaman güvenle sırtımı yaslayabileceğim biri olduğunu hissettiren eş kıdemim Dr. Sena'ya en derin teşekkürlerimi sunuyorum. Uzmanlık eğitimlerini tamamlamalarının ardından da desteğini her daim yanımda hissettiğim değerli meslektaşlarım Dr. Gökçe ve Dr. Gözde'ye, asistanlık hayatım boyunca birlikte çalıştığım ve desteklerini her koşulda hissettiğim Dr. Aylin, Dr. Derya, Dr. Alper, Dr. Gözde, Dr. Sultan ve Dr. Selen'e teşekkür ederim.

Çocukluk yıllarımdan bu yana hayatımda olan ve her koşulda yanımda olduklarını hissettiren kıymetli dostlarım Dr. Melike, Dt. Elif ve Av. Fatmanur'a da tüm kalbimle teşekkür ederim.

Hayatım boyunca koşulsuz sevgileriyle beni destekleyen, varlıklarıyla güç ve ilham veren canım anneme ve babama; her zaman gurur ve neşe kaynağım olan ablalarım, abime ve neşeleriyle hayatıma renk katan yeğenlerime sonsuz teşekkür ederim.

Ayrıca isimlerini burada tek tek anmasam da, bu zorlu süreçte yanımda olduklarını hissettiren tüm dostlarıma da gönülden teşekkür ederim.

Dr. Hülya ALKAN

VII. ÖZET

6 ŞUBAT 2023 DEPREMİ SONRASI ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER: ANTAKYA KONTEYNER KENT ÖRNEKLEMİ

Amaç: Bu çalışma, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler sonrasında Hatay ili Antakya ilçesindeki konteyner kentlerde yaşayan erişkin bireylerde alkol kullanım bozukluğu (AKB), madde kullanım bozukluğu (MKB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) prevalansını belirlemeyi; bu bozukluklara etki eden sosyodemografik ve travmatik değişkenleri incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Kesitsel ve analitik nitelikteki bu araştırmaya, küme örnekleme yöntemiyle 35 konteyner kentte yaşayan 276 birey dahil edilmiştir. Veriler, sosyodemografik bilgi formu, Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AUDIT), Madde Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi (DUDIT) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5) ile toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %5,8'inde AKB, %2,2'sinde MKB ve %12'sinde TSSB saptanmıştır. AKB yalnızca erkeklerde görülmüş ve cinsiyetle anlamlı ilişki göstermiştir ($p<0,001$). AKB ile TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Lojistik regresyon analizinde, yaralı görme AKB için anlamlı bir risk faktörü ($OR=8,88$; $p=0,036$), kardeş/ebeveyn kaybı ise sınırda anlamlı bulunmuştur ($OR=2,61$; $p=0,082$). MKB açısından ise yaşla negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,031$). Deprem sonrası alkol kullanan kişi sayısında anlamlı azalma saptanmıştır ($p<0,001$). AKB ve MKB ile sigara kullanımı ($p<0,001$; $p=0,008$) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. TSSB ile psikososyal destek alma ($p=0,004$) ve enkaz altında kalma ($p=0,004$) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Bulgular; AKB, MKB ve TSSB'nin çeşitli bireysel ve çevresel risk faktörleriyle ilişkili olduğunu ve afet sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin koruyucu, hedefe yönelik, çok disiplinli ve risk temelli müdahaleleri içerecek şekilde yapılandırılması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Alkol Kullanım Bozukluğu, Madde Kullanım Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Deprem, Ruh Sağlığı, Afet

VIII. ABSTARCT

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF ALCOHOL AND SUBSTANCE USE DISORDERS FOLLOWING THE FEBRUARY 6, 2023 EARTHQUAKE: ANTAKYA CONTAINER CITY SAMPLE

Objective: This study aims to determine the prevalence of Alcohol Use Disorder (AUD), Substance Use Disorder (SUD), and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) among adults residing in container cities in the Antakya district of Hatay province following the February 6, 2023 earthquakes centered in Kahramanmaraş, Türkiye. It also aims to examine sociodemographic and trauma-related variables associated with these disorders.

Method: This cross-sectional and analytical study included 276 individuals living in 35 container settlements selected through cluster sampling. Data were collected using a sociodemographic information form, the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT), and the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5).

Results: AUD was identified in 5.8% of participants, SUD in 2.2%, and PTSD in 12%. AUD was observed exclusively among male participants and showed a statistically significant association with gender ($p < 0.001$). A significant relationship was also found between AUD and PTSD ($p < 0.001$). In the logistic regression analysis, witnessing injured individuals being rescued from the rubble emerged as a significant risk factor for AUD (OR=8.88; $p = 0.036$), while the loss of a sibling or parent was found to be borderline significant (OR=2.61; $p = 0.082$). Regarding SUD, a significant negative association with age was observed ($p = 0.031$). A significant decrease in the number of people consuming alcohol after the earthquake was detected ($p < 0.001$). Significant associations were also found between both AUD and SUD and tobacco use ($p < 0.001$; $p = 0.008$, respectively). PTSD was significantly associated with receiving psychosocial support ($p = 0.004$) and being trapped under rubble ($p = 0.004$).

Conclusion: The findings indicate that AUD, SUD, and PTSD are associated with various individual and environmental risk factors, and highlight the need for post-disaster mental health services to be structured with preventive, targeted, multidisciplinary, and risk-based interventions.

Keywords: Alcohol Use Disorder, Substance Use Disorder, Post-Traumatic Stress Disorder, Earthquake, Mental Health, Disaster

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğal afetlerden sonra özellikle afeti yaşayan bireylerin ruh sağlığında olumsuz etkilenmeler ve yaşam kalitesinde düşmeler görülür. Afetin olumsuz etkileri afetten yıllar sonra bile bireylerin yaşamını etkilemeye devam edebilir. Depremden sonraki erken dönemde pek çok insan uykusuzluk, kafa karışıklığı, anksiyete, korku, yas gibi olağan belirtiler sergileyebilir. Bu dönemde var olan ruhsal hastalıklar da şiddetlenebilir. Depremden sonra travma ile ilişkili pek çok ruhsal hastalık artış gösterir. Etkilenen topluluklarda uzun süre boyunca ruhsal bozukluklar görülür, alkol ve madde kullanım bozuklukları ve şiddet davranışları artar (1).

Aşırı alkol kullanımı ve alkol kullanım bozuklukları (AKB) genel popülasyonda ciddi tıbbi sorunlardır. Stresli olaylar sonrası alkol kullanım miktarında artış olabileceği bilinmektedir. Bu nedenle alkol kullanımıyla ilgili sorunların afetlerle birlikte artması mümkündür. Deprem sonrası yapılan bir çalışmada alkol kullanım sorununun afetten bir yıl sonra %8,5 olduğunu ve afetlere bağlı iş değişiklikleri, fiziksel ve psikolojik sorunlar gibi afetle ilişkili faktörlerin, ilerleyen zamanda da riskli içicilik geliştirme riskinde artışla ilişkili olduğu düşünülmüştür (2). Doğal afetlerin yol açtığı yıkım ve ölümlere maruz kalmanın, hem maddi hem de manevi kayıpların bir yan ürünü olarak madde kullanımına yol açtığı literatürdeki çalışmalarda gösterilmiştir. Bir doğal afet sonrası yapılan çalışmada kadınların %28,7'sinin ve erkeklerin ise %23,1'inin madde kullanımının arttığını, kadınlarda ilaç kullanımının erkeklerde ise alkol ve esrar kullanımının arttığı bildirilmiştir (3).

Doğal afetlerden sonra Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) semptomlarıyla baş etme mekanizması olarak alkol kullanımı ve madde kullanımının artış gösterdiğine dair bazı çalışmalar mevcuttur. Literatürde bir doğal afet sonrası katılımcıların üçte birinden fazlasının (%34,0) TSSB semptomları bildirdiği ve bunların %12,8'inin semptomlarla başa çıkmak için alkol kullandığını ve %9,2'sinin ise semptomlarıyla başa çıkmak için tıbbi olmayan reçeteli ilaç kullandığı bildirilmiştir (4). Yapılan başka bir çalışmada TSSB olan bireylerin yaklaşık beşte birinin

semptomlarını azaltmak için alkol, madde veya her ikisini de kullandığı anlaşılmıştır (5).

06 Şubat 2023 günü, sırası ile merkez üssü Pazarcık (Kahramanmaraş) ve Elbistan (Kahramanmaraş) olan 7.7 ve 7.6 büyüklüğünde iki deprem meydana gelmiştir. Her iki deprem Kahramanmaraş, Hatay, Adıyaman, Gaziantep, Malatya, Kilis, Diyarbakır, Adana, Osmaniye, Şanlıurfa ve Elazığ'da çok şiddetli hissedilmiş can kaybı ve ağır hasara neden olmuştur. Ülke tarihinde yaşanmış en yıkıcı deprem olarak kayıtlara geçmiştir. 20 Şubat 2023 günü, merkez üssü Yayladağı (Hatay) olan 6.4 büyüklüğünde üçüncü bir deprem daha meydana gelmiştir. Her üç deprem Hatay'da ciddi can ve mal kaybına neden olmuştur.

Bu çalışma depremden en çok etkilenen iller arasında olan Hatay ili Antakya ilçesinde yapılmış olup deprem sonrası Antakya'da konteyner kentlerde yaşayan erişkin popülasyonun alkol ve madde kullanım bozukluğunun yaygınlığına, bunu etkileyen faktörleri ve TSSB ile ilişkisini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Literatür taramasında ülkemizde bu konu ile ilgili yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın konu ile ilgili güncel durumu ortaya koyacağını, farkındalığın artmasını sağlayacağını, risk faktörleri ile ilgili koruyucu önlemlerin alınmasına yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Afet

Afet, pek çok insanın yaşamını ve refahını olumsuz etkileyen veya toplumun önemli bir bölümünü zarara uğratan, genellikle farklı alanlarda (sağlık, barınma, altyapı gibi) yardım gerektiren bir durumdur. Afetler ani gelişebilir ya da zamanla ortaya çıkabilir ve bazen birden fazla afet aynı anda yaşanabilir (6). Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD)'na göre afet, toplumun tamamını veya belirli bir kesimini etkileyen; fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara yol açarak normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durduran ya da aksatan, etkilediği toplumun kendi imkânlarıyla baş edemediği doğa, teknoloji ya da insan kaynaklı bir olaydır. Burada afet, olayın kendisi değil, onun ortaya çıkardığı sonuçlar olarak tanımlanır (7). Kasırgalar, şiddetli rüzgarlar, depremler, volkanik patlamalar, orman yangınları, seller, tsunamiler ve kuraklık gibi birçok olay doğal afetler kategorisine girer. Bu olaylar, genellikle can kayıpları, travmalar ve maddi zararlarla sonuçlanarak etkilenen bireylerde hem fiziksel hem de ruhsal etkiler bırakabilir (8). Doğal afetler, insanlık tarihi boyunca varlığını sürdürmüş ve toplumların yaşam alanlarında can kayıplarına, yaralanmalara, ekonomik zararlara, çevresel tahribata ve psikolojik ve sosyolojik problemlere neden olmuştur (9).

2.1.1. Deprem

Deprem, insanların sabit ve güvenli olarak kabul ettiği toprağın hareket edebileceğini ve üzerinde bulunan yapıların zarar görebileceğini veya yıkılarak can kayıplarına yol açabileceğini gösteren bir doğa olayıdır (10). Her yıl dünya genelinde yaklaşık 500.000 deprem meydana geldiği tahmin edilmektedir. Bu depremlerden 100.000'i hissedilebilirken, 100 kadarının ise hasara yol açtığı bilinmektedir (11).

Tarih boyunca, en fazla can kaybına yol açan depremlerin merkezleri genellikle yoğun nüfuslu bölgelerde bulunmuştur. Örneğin, 1556 yılında Çin'in Shaanxi eyaletinde gerçekleşen bir deprem, 830.000'den fazla insanın yaşamını yitirmesine neden olmuştur. Bunun dışında, 1988'de Ermenistan, 1999'da Türkiye'deki Marmara Depremi, 2004'te Endonezya'da (Bali), 2005'te Pakistan'da (Kuzey Bölgeleri),

2008’de Çin’de (Wenchuan) ve 2010’da Haiti’de meydana gelen depremler, tarihte büyük kayıplara neden olan diğer önemli olaylar arasında yer alır. Daha yakın tarihlerde ise 2011 Japonya Depremi ve 2015 Nepal Depremi yüksek büyüklükleriyle dikkat çekmektedir (12).

2.1.2. Türkiye ve Deprem

Türkiye, Alp-Himalaya Deprem Kuşağı üzerinde yer almakta ve topraklarının yaklaşık yarısı 1. derece deprem bölgesidir. Bu bölgede Türkiye nüfusunun % 44’ü yaşamaktadır (13). Anadolu’da 1900 yılından 2023 yılına kadar olan sürede meydana gelen depremler incelendiğinde ise ölü sayısı 1.000’in üzerinde olan 12 büyük depremin olduğu ve bu depremlerde yaklaşık 126.000 kişinin hayatını kaybettiği görülmektedir (14). Türkiye depremler sonucu meydana gelen toplam can kaybı sıralamasında Çin, Japonya ve İtalya’dan sonra gelmekle birlikte can kaybına yol açan depremlerin yıl olarak tekrarında birinci sırada yer almaktadır (15).

Türkiye’de 6 Şubat 2023 tarihinde, saat 04:17 ve 13:24’te, merkez üsleri sırasıyla Pazarcık (Kahramanmaraş) ve Elbistan (Kahramanmaraş) olan Mw 7.7 ve Mw 7.6 büyüklüğünde iki büyük deprem meydana gelmiştir. Bu depremler, Kahramanmaraş, Hatay, Adıyaman, Gaziantep, Malatya, Kilis, Diyarbakır, Adana, Osmaniye, Şanlıurfa ve Elazığ’da yoğun şekilde hissedilmiş; ciddi can kaybına ve ağır yapısal hasara yol açmıştır. Depremler, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde 11 ili kapsayan, yaklaşık 108.812 kilometrekarelik bir alanı etkilemiştir (16). Depremin ardından ilk hafta içinde yaklaşık 3000, ilk ay içinde ise 9000 kadar küçük ve büyük çaplı artçı sarsıntı kaydedilmiştir (17). Resmi verilere göre, depremde 50.783 kişi hayatını kaybederken, 115.353 kişi yaralanmıştır. Ayrıca, 37.984 binanın yıkıldığı bildirilmiştir. Bu veriler, 1939 Erzincan Depremi (Mw: 7.9) ve 1999 Kocaeli Depremi (Mw: 7.6) gibi geçmişte yaşanan büyük depremlerdeki kayıpları aşarak, içinde bulunduğumuz yüzyılın Türkiye’deki en büyük felaketlerinden biri olarak kayıtlara geçmiştir (18).

2.1.3. Afetler ve Ruh Sağlığı

Afetler sonrasında, afeti yaşayan bireylerin ruh sağlığı olumsuz etkilenmekte ve yaşam kaliteleri düşebilmektedir. Bu olumsuz etkiler afetten yıllar sonra bile bireylerin yaşamlarını etkilemeye devam edebilir (19).

Depremeler diğer afet türlerinden oldukça farklıdır çünkü kontrol edilemez ya da önceden tahmin edilemezler. Depremelerin neden olduğu travma ve yıkımın ne kadarının doğal nedenlerden, ne kadarının insan kaynaklı faktörlerden kaynaklandığını belirlemek de zordur. Deprem gibi bir doğal afet, dünyanın güvenli ve kontrol edilebilir olduğu fikrini tamamen sarsabilir. Ayrıca, travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete gibi ruhsal belirtilerin depremlerden sonra diğer afetlere kıyasla daha yoğun ve daha uzun süre devam ettiği gözlemlenmiştir (20).

Deprem gibi yaşamı tehdit eden beklenmedik olaylar karşısında insan beyni anında iki şekilde tepki verir: Birincisi tehdidin değerlendirilmesi, ikincisi ise tehditten korunma tepkisidir. Tehdit bir “Savaş ya da Kaç” tepkisi yaratır. Tehditten kurtulmak için meydana gelen bir dizi fizyolojik değişiklik sonucunda kalp atış ve solunum hızında artış, kas gerginliği, korku, inançsızlık, uyuşma, terleme, titreme ve mide bulantısı gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Bu belirtiler aynı zamanda stres belirtileridir. Tehdit ortadan kalktıktan sonra, zorlu sürecin kişinin duyguları, düşünceleri ve hayatının anlamı üzerindeki etkisiyle başa çıkma sorunu ortaya çıkar (21).

Deprem, meydana geldiği bölgede sadece yapısal yıkıma neden olmakla kalmayıp insanların yaşamlarında derin izler bırakan ve önemli psikolojik etkilere neden olan bir doğal afettir. Depremi şiddeti, bireylerin kişilik özellikleri, toplumsal değerleri ve önceki travmatik deneyimleri gibi faktörlere bağlı olarak deprem sırasında ve sonrasında verilen tepkilerde farklılıklara neden olabilmektedir (22).

Bir bireyin depremin travmatik etkilerine karşı dayanıklılığı birçok faktöre bağlıdır. Travma ve stresin etkileri kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Depremi büyüklüğü ve süresi, bireyin böyle bir olaya hazırlıklı olması, kişisel özellikler, başa çıkma becerileri, kayıpların birey için anlamı, önceki deneyimler, ruhsal travma veya psikiyatrik bozukluk öyküsü ve sosyal destek gibi faktörler bireyin travmaya verdiği

tepkileri şekillendirir. Birçok insan büyük ölçekli depremlerden sonra yoğun stres ve travma yaşamaktadır. Bu durum birçok insanı hem ruhsal hem de fiziksel olarak etkilerken, bazı bireylerde psikiyatrik bozuklukların gelişmesine de yol açabilmektedir (23).

Afetlerden sonra erken dönemde ortaya çıkan psikolojik belirtiler, genellikle anormal bir olaya verilen normal bir tepki olarak görülmelidir (24). Bu tür travmatik olayların ardından yoğun olumsuz duygular yaşanması olağan bir durumdur. İlk dönemde, olayın yeniden yaşanmış gibi hissedilmesi, tekrarlayan kabuslar veya olay anına dair görüntülerin zihinde canlanması gibi belirtiler görülebilir. Bu belirtilerle birlikte kaygı, endişe, korku ve bunaltı gibi duygular da ortaya çıkabilir. Ayrıca, çarpıntı ve nefes almakta zorluk gibi fiziksel belirtiler de ortaya çıkabilir. Zamanla kaçınma belirtileri, aşırı uyarılmışlık belirtileri ve depresif bir duygudurum gelişebilir (25).

Uzun vadede, müdahale edilmediği takdirde, ömür boyu sürebilen kronik psikiyatrik bozukluklar gelişebilir. Bunlar arasında travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, bedensel belirti bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları, uyku bozuklukları, ağrı bozuklukları ve psikotik bozukluklar sayılabilir. Bu bozukluklar bazı kişilerde travmatik olaydan önce de mevcut olabilir. Ancak deprem ve travmatik etkileri bu bozuklukların başlamasını tetikleyebilir veya hafif belirtilerin daha şiddetli hale gelmesine neden olabilir (26, 27). Bunlarla beraber afetlere maruz kalan bireyler arasında psikolojik sorunlar ve bozukluklar yaygın olmasına rağmen, resmi kayıtlara göre psikiyatrik destek arayışı genellikle yüksek değildir (28).

Afet sonrasında sadece olayı yaşayan bireylerde değil, yardım için bölgeye giden arama kurtarma ekiplerinde, sağlık çalışanlarında, sosyal hizmet uzmanlarında ve gönüllülerde de ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu sorunlardan biri, travmatik olayları doğrudan yaşamak yerine başkalarından duyarak ya da gözlemleyerek etkilenmeyi ifade eden ve belirtileri TSSB ile benzerlik gösteren ikincil travmatik stres olarak tanımlanmaktadır. İkincil travmatik stresin yaygın bir sonucu, yoğun duygusal ve fiziksel tükenme nedeniyle empati kurma yeteneğinin azalması

olarak tanımlanan merhamet yorgunluğudur. Merhamet yorgunluğu yaşayan bireyler fiziksel, zihinsel, duygusal ve davranışsal birçok sorun yaşayabilir. Bu sorunların en belirgin özelliği tükenmişlik hissidir. Maslach'a göre tükenmişlik sendromu, duygusal tükenme, bireylere ve işe karşı duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinde azalma sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Bu belirtiler başlangıçta fark edilmeyebilir; ancak zamanla daha belirgin ve şiddetli hale gelebilir (27).

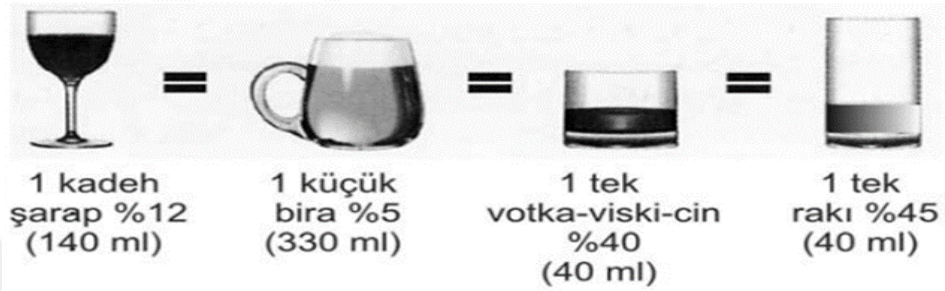
Psikolojik ilk yardım; afet, kaza, terör saldırısı ya da bireysel veya toplumsal düzeyde olumsuz etkiler yaratan herhangi bir olay sırasında veya sonrasında uygulanan erken bir psikososyal müdahale yöntemidir. Olaydan etkilenen bireylerin güvenlik ve sağlık gibi temel ihtiyaçlarının karşılanması ve psikolojik ilk yardım sağlanması akut dönemde önerilen müdahaleler arasındadır (29). Psikolojik ilk yardım, başlangıçta insani yardım ortamlarında kullanılmak üzere geliştirilmiş bir yaklaşımdır. Uzmanlık eğitimi gerektirmez ve ruh sağlığı uzmanı olmayan kişiler tarafından da uygulanabilir (30).

2.2. Alkol Kullanımı ve Alkol Kullanım Bozukluğu

Alkol kelimesi, kökenini Arapça'daki "el-kuhl" ya da "al-kihl" sözcüğünden almakta olup, bu kelimeler Arapçada öz, cevher ya da saf madde anlamında kullanılmaktadır (31). Alkollü içeceklerin tüketimi, insanların tarıma geçip yerleşik hayata başladığı dönemlere, yaklaşık M.Ö. 8000 yıllarına kadar uzanır. Bu konuda bilinen en eski bulgular, Kuzey Çin'de keşfedilen çömlek kavanozlarının iç yüzeyinde bulunan kalıntıların kimyasal analizleriyle ortaya konmuştur. Başlangıçta pirinç, bal ve alıç gibi meyvelerin doğal fermantasyonuyla elde edilen içecekler kullanılmış; ilerleyen dönemlerde, yaklaşık M.Ö. 6000 yıllarında üzüm bilinçli olarak fermente edilerek alkol üretimi yapılmaya başlanmıştır (32).

Tarihsel süreçte, Hipokrat'tan itibaren birçok hekim alkollü içkilerin sağlığa olan zararlarına değinmiştir. Ancak alkol kullanımına bağlı gelişen bağımlılığın bir hastalık olarak değerlendirilmesi son 150 yıl içinde gündeme gelmiştir. "Alkolizm" kavramı ilk kez 1849 yılında İsviçreli halk sağlığı uzmanı Magnus Huss tarafından ortaya atılmış; 1900'lü yılların başlarında ise Elvin Morton Jellinek, alkolizmi bir hastalık biçiminde tanımlayarak bu alandaki önemli katkılardan birini sunmuştur (33).

Türk Dil Kurumu'na göre “içki” kelimesi, “içinde alkol bulunan içecek” olarak tanımlanmaktadır (34). Dünya genelinde farklı ülkeler, tipik içki miktarlarına göre standart içki tanımını farklı şekillerde belirlemiştir. Örneğin, Kanada’da bir standart içki 13.6 gram, Amerika Birleşik Devletleri’nde 14 gram, İngiltere’de 8 gram, Avustralya’da 10 gram ve Japonya’da 19.75 gram etanol içermektedir. Türkiye’de ise bir standart içki yaklaşık 12-14 gram etanol barındırmaktadır (35).(Şekil 1)



Şekil 1. Bir standart içki türleri

2.2.1. Alkol Kullanım Bozukluğu

Alkol kullanım bozukluğu; bireyin zihninin sürekli alkolle meşgul olması, kontrolsüz bir şekilde alkol arayışı ve tüketimi, kullanımını sınırlamada güçlük yaşaması ve alkol alınmadığında disfori, anksiyete, irritabilite gibi olumsuz duygulanım ile kendini gösteren, kronik ve yineleyici bir ruhsal bozukluktur (36).

Alkol kullanımına bağlı problemler 19. yüzyılda, çoğunlukla ahlaki zayıflık ya da kişilik sorunu şeklinde yorumlanmaktaydı (37). 1952 yılında yayımlanan DSM-I (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)’de alkolle ilgili sorunlar “Sosyopatik Kişilik Bozuklukları” başlığı altında sınırlı bir şekilde ele alınmıştır (38). DSM-II’de ise “Kişilik Bozuklukları ve Psikotik Olmayan Diğer Bozukluklar” başlığı altında yer alan “Alkolizm” kavramı; dönemsel aşırı içme, sürekli aşırı içme alışkanlığı, alkol bağımlılığı, tanımlanmamış alkol bağımlılığı olmak üzere dört farklı kategoride ele alınmıştır (39). DSM-III’te “alkolizm” terimi sınıflandırmadan çıkarılmış; alkolle ilişkili bozukluklar, “alkol kötüye kullanımı” ve “alkol bağımlılığı” olmak üzere iki ayrı kategori altında değerlendirilmiştir. Bu sınıflamada tolerans ve yoksunluk gibi kavramlarla fizyolojik bağımlılığın tanımı yapılmış, alkol bağımlılığı tanısı

koyulabilmesi için fizyolojik bağımlılık belirtilerinin ortaya çıkmış olması gerektiği vurgulanmıştır (40). DSM-IV'te alkolle ilişkili bozukluklar yine “alkol kötüye kullanımı” ve “alkol bağımlılığı” şeklinde iki ayrı kategoride ele alınmıştır. Bu sınıflamada, kötüye kullanımın bağımlılığa giden sürecin ilk aşaması olduğu kabul edilmiş ve bağımlılık tanısı koyulurken tolerans ve yoksunluk gibi fizyolojik bağımlılık kriterleri zorunlu olmaktan çıkarılmıştır (41). DSM-IV-TR, alkol kullanım bozukluğu kriterleri açısından DSM-IV'e benzemektedir (42).

DSM-5'te bağımlılık ve kötüye kullanım kavramları, boyutsal bir yaklaşımla birleştirilerek “Madde Kullanım Bozuklukları” başlığı altında toplanmıştır. Tanı kriterlerine, bağımlılığın şiddet düzeyini belirlemeye yönelik bir derecelendirme sistemi eklenmiştir. Ayrıca, yinelenen yasal sorunlar yaşama kriteri çıkarılmış; bunun yerine maddeye karşı yoğun istek duyma (aşerme) ifadesi tanı ölçütlerine dâhil edilmiştir. DSM-5'te, “Alkol Kullanım Bozukluğu”, “Alkol Entoksikasyonu”, “Alkol Yoksunluğu”, “Alkolün Neden Olduğu Diğer Bozukluklar” ve “Tanımlanmamış Alkolle İlişkili Bozukluk” olmak üzere çeşitli tanılar, “Alkolle İlişkili Bozukluklar” ana başlığı altında toplanmıştır (43).

Tablo 1. DSM-5'e göre Alkol Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri (43)

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanma örüntüsü: 1. Çoğu zaman, istenilenden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alınır. 2. Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır. 3. Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır. 4. Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini buna zorlanmış hissetme. 5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı

6. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme

7. Alkol kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma

9. Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımını sürdürme

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, tolerans gelişmiş olması:

a. Yoksunluğu gidermek ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi

b. Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Alkole özgü yoksunluk sendromu

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol (ya da benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alma

Varsa belirtilmesi gerekenler:

Erken yatışma evresinde: Daha önce AKB için tanı ölçütleri tam olarak karşılandıktan sonra, AKB'nin hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, “Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme”), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli yatışma ile giden: Daha önce AKB için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, AKB'nin hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, “Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme”), 12 ay ya da daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamaktadır.

Denetimli çevrede: Kişi, alkole ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır.

O sıradaki ağırlığı belirtilir.

Ağır olmayan: İki-üç belirtinin olması.

Orta derecede: Dört-beş belirtinin olması.

Ağır: Altı ya da daha çok belirtinin olması

2.2.2. Alkol Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi

AKB, dünya genelinde önlenabilir ölümlerin başlıca nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 88.000 kişinin ölümüne yol açtığı belirtilmiş olup, yetişkin bireylerin yaklaşık üçte birinin yaşamlarının bir döneminde AKB tanı ölçütlerini karşıladığı bildirilmiştir (44). DSÖ'nün 2018 yılına ait güncellenmiş verilerine göre, kişi başına düşen yıllık saf alkol tüketimi dünya genelinde ortalama 6.4 litre iken, Türkiye'de bu miktar yaklaşık 2 litre olarak rapor edilmiştir. 2016 yılında ise zararlı alkol kullanımı, dünya çapında yaklaşık 3 milyon kişinin ölümüne (toplam ölümlerin %5,3'ü) neden olmuş; ayrıca 132,6 milyon engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yılı (DALY) kaybına yol açarak, o yılki toplam DALY'lerin %5,1'ini oluşturmuştur. AKB sıklığı ülkelere ve kültürlerle göre farklılık gösterir. DSÖ'nün 2018 verilerine göre küresel düzeyde AKB prevalansı %5,1 olarak bildirilirken, Amerika'da %8,2, Avrupa'da %8,8, Afrika'da %3,7, Doğu Akdeniz ülkelerinde %0,8, Asya ülkelerinde ise %3,9 olarak belirtilmektedir. Ülkemizde ise AKB prevalansı erkeklerde %8,1, kadınlarda %1,7, toplam nüfusta %4,8 olarak bildirilmiştir (45).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2022 yılı Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, son 12 ay içerisinde alkol tükettiğini belirten 15 yaş ve üzeri bireylerin oranı %12,1 olarak bildirilmiştir. Bu oran, 2019 yılı verileriyle karşılaştırıldığında %14,9'dan %12,1'e düşerek belirgin bir azalma göstermiştir. Cinsiyete göre dağılım incelendiğinde ise, 2022 yılında erkeklerin %18,4'ü, kadınların ise %5,9'u alkol kullandığını ifade etmiştir. Öte yandan, alkol kullanmayan bireylerin

– hiç kullanmamış olanlar ile daha önce kullanıp artık kullanmayanlar – toplam oranı 2019’da %85,1 iken, 2022 yılında %87,9’a yükselmiştir (46). Ülkemizde alkol kullanım oranlarının ve yaygınlığının diğer birçok ülkeye kıyasla daha düşük olmasında; dini ve kültürel değerlerin etkisi, alkolün günlük yaşamda yaygın şekilde yer almaması, genellikle sosyal ortamlarda sınırlı olarak tüketilmesi ya da toplumsal baskı nedeniyle alkol kullanımının beyan edilmemesi gibi çeşitli faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (47). Türkiye’de gerçekleştirilen başka bir araştırmada, lise çağındaki öğrencilerin yaşamları boyunca en az bir kez alkol kullanma oranı %18,7 olarak saptanmıştır. Hemen her gün alkol kullanan öğrencilerin oranı ise %1,8’dir. Ayrıca, akademik başarısını düşük algılayan, okula devamsızlık yapan ve başka maddeleri kullanan öğrencilerde alkol kullanım oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (48).

2.2.3. Alkol Kullanım Bozukluğu Etiyolojisi

Alkol kullanımına ilişkin bozuklukları yalnızca tek bir nedene bağlamak zordur. AKB, çoğunlukla birden çok etkenin bir araya gelmesiyle gelişen bir durumdur. Bu bozukluğun oluşumunda çevresel ve toplumsal faktörler ile bireyin psikodinamik özellikleri ve genetik yatkınlıkları önemli risk unsurları arasında yer almaktadır (49).

Bağımlılık yapan maddeler, beynin ödül sistemini doğrudan etkiler. Bu sistem, kişiyi haz veren davranışları sürdürmeye ve olumsuz deneyimlerden kaçınmaya yönlendirir. Aynı türdeki maddenin sürekli kullanımı, merkezi sinir sisteminde kalıcı nörolojik değişimlere yol açar. Özellikle nöronların hücre zarlarında ve reseptörlerinde yapısal bozulmalar meydana gelir. Bu durumun sonucunda, keyif verici etkilerin yerini; düşünme, karar verme, yargılama ve davranışları kontrol etme gibi bilişsel işlevlerdeki bozulmalar alabilir. Kişi, maddenin yokluğunda ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinden kaçınmak için kullanımı sürdürme eğiliminde olur (36).

AKB’de genetik etkenlerin rolü, öncelikle aile, evlat edinme ve ikiz çalışmalarıyla ortaya konmuştur. Avustralya’da yürütülen Alkol Kullanım Bozukluğu İkiz-Aile Araştırma Grubu’nun çalışmasında, tek yumurta ikizlerinde (%56) alkol bağımlılığına ilişkin benzerlik oranı çift yumurta ikizlerine (%33) göre daha yüksek bulunmuş ve kalıtsal geçiş oranı yaklaşık %64 olarak belirlenmiştir. Güncel ikiz

alışmaları ise alkol kullanım bozukluğının kalıtılabilirliğinin %40 ile %70 arasında değiştiiğini ve bu oranın kadınlar ile erkekler arasında benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır (50). Bazı genetik polimorfizmlerin alkol bağımlılığıyla ilişkili olabileceği düşünölmektedir. Yapılan araştırmalar, özellikle 1. ve 7. kromozom bölgelerinde yer alan genlerin, bağımlılıkla anlamlı düzeyde bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur (51).

Alkol metabolizmasında görev alan karaciğer enzimleri arasında alkol dehidrojenaz (ADH) ve mitokondriyal aldehit dehidrojenaz (ALDH2) yer almaktadır. ALDH2 geni, ALDH21 ve ALDH22 olmak üzere iki ana allele sahiptir. ALDH2*2 alelini taşıyan bireylerde, özellikle homozigot olanlarda, alkol metabolizması etkili bir şekilde gerçekleşemez. Bu durum asetaldehitin birikmesine yol açarak yüzde kızarma, baş ağrısı, terleme, çarpıntı, mide bulantısı ve kusma gibi belirtilerin ortaya çıkmasına neden olur. Bu fizyolojik tepkiler, bireyin alkol tüketimini sınırlayarak alkol kullanım bozukluğu geliştirme riskine karşı koruyucu bir rol oynayabilir (52). ALDH enzimiyle ilişkili kromozom 12 ve ADH enzimiyle bağlantılı kromozom 4 üzerindeki genetik varyasyonların, yüksek alkol bağımlılığı oranlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (49). Türkiye'de 235 katılımcıyla yapılan bir araştırmada, ADH1C geninde gözlemlenen polimorfizmin alkol bağımlılığı ile bağlantılı olduğu saptanmıştır. Alkol bağımlılığı tanısı alan bireylerde, bu allele sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında daha sık rastlandığı belirlenmiştir (53).

Alkol kötüye kullanımı üzerine yapılan genetik çalışmaları inceleyen bir meta-analiz, genetik faktörlerin bu duruma etkisini destekleyen bulgular ortaya koyarken, çevresel etmenlerin genetik ifadenin şekillenmesinde önemli rol oynadığına dair güçlü kanıtların da mevcut olduğunu göstermiştir (54).

Alkol kullanımı ve bağımlılığı, bireyin içinde bulunduğu sosyal evre ile yakından ilişkilidir. Toplumun alkol tüketimine yönelik tutumları, bu durumun gelişme riskini artırabilir veya azaltabilir. Örneğin, alkol tüketiminin ve erişiminin yasaklandığı toplumlarda kullanım oranlarının daha düşük olabildiğı gözlemlenmektedir. Buna karşın, Almanya gibi alkolün sosyal etkileşimlerde yaygın biçimde yer aldığı ve sosyalleşme aracı olarak göröldüğü ölkelerde alkol kullanım bozukluğuna daha sık rastlanmaktadır (51, 55). Toplumda alkol kullanımının serbest

olması, tek başına AKB gelişiminde belirleyici bir faktör değildir. Örneğin, kişi başına düşen alkol tüketiminin yüksek olduğu İspanya gibi bazı ülkelerde, AKB oranları düşük seviyelerde seyretmektedir. Bu durumun, toplumun büyük bir kesiminin alkolü kontrollü ve ölçülü biçimde tüketmesiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (56).

Kültürel faktörlerin de alkol kullanım sıklığı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Avrupa Birliği ülkelerinde hane düzeyinde alkol tüketimi oranı %65-70 seviyelerindeyken, sigara kullanım oranı %10-15 dolaylarındadır. Buna karşın, Türkiye’de bu durum tersine dönmektedir; hanelerde sigara kullanım oranı %60-65 civarında seyrederken, alkol tüketimi en fazla %8 düzeyindedir. Türkiye’de alkol kullanımının görece düşük olmasının temelinde dini ve kültürel etkenler yer almakta, bu bağlamda sigara tüketiminin daha yaygın bir yer tuttuğu görülmektedir (57).

Psikodinamik kuramlar, bazı bireylerin alkolü düşük dozlarda kaygı giderici veya baskılayıcı etkilerinden yararlanmak amacıyla kullandıklarını öne sürer. Bu yaklaşıma göre, alkol kullanımı bireyin sert ve cezalandırıcı bir süperegö ile başa çıkma çabası ve bilinçdışı stres düzeylerini azaltma isteğiyle ilişkili olabilir. Klasik psikanalitik perspektifte ise, bazı alkol bağımlılarının gelişimsel olarak oral dönemde takılı kaldıkları ve yaşadıkları doyumsal yoksunluklarını ağız yoluyla alkol olarak telafi etmeye çalıştıkları düşünülmektedir (49). Davranışçı kuram, alkol kullanımının öğrenilmiş bir davranış olduğunu savunur. Bu yaklaşıma göre, bireyler başlangıçta sosyal ortamlarda aralıklı ve düşük miktarlarda alkol tükettiklerinde, alkolün keyif verici etkilerini deneyimleyebilirler. Bu olumlu deneyimler zamanla edimsel koşullanma yoluyla öğrenilir ve alkol kullanımı, başlangıçta nötr bir davranışken alışkanlığa dönüşür. Bu süreç, AKB gelişiminde önemli bir aşamayı temsil eder. Alkolün haz verici yönleri, onu pozitif bir pekiştireç haline getirirken; alkol alınmadığında ortaya çıkan yoksunluk belirtileri, kullanımın sürdürülmesinde negatif pekiştireç işlevi görür (58).

2.2.4. Afetlerin Alkol Kullanımına Etkisi

Afetlerin bireylerde yarattığı psikososyal etkiler, çeşitli ruhsal bozuklukların yanı sıra alkol kullanım davranışlarını da etkileyebilmektedir. Japonya’da 2011 yılında meydana gelen Büyük Doğu Japonya Depremi sonrasında yapılan bir çalışmada, sismik etkilenimin yüksek olduğu bölgelerde alkol tüketiminin uzun vadede anlamlı

şekilde arttığı bildirilmiştir. Afet sonrası alkol kullanımındaki artışın, çoğunlukla mevcut kullanım alışkanlıklarının tekrarından ibaret olduğu, yeni gelişen kullanım bozukluklarının ise sınırlı düzeyde kaldığı vurgulanmıştır (59). Benzer biçimde, afetlere ilişkin yürütülen 10 farklı çalışmanın meta-analizinden elde edilen bulgulara göre, felaket sonrası alkol kullanım bozukluklarının yaygınlığı %19 olarak saptanmıştır. Ancak, bu oranın büyük kısmı halihazırda var olan sorunların devamı niteliğindedir. Yeni gelişen alkol kullanım bozuklukları oldukça sınırlı olup, felaketten sonraki ilk aylarda örneklemin yalnızca %0,3'ünde görülmüştür. Bulgular, afet sonrası ortaya çıkan alkol sorunlarının büyük ölçüde önceden var olan kullanım örüntülerinin devamı veya nüksü niteliğinde olabileceğini göstermektedir. Bu durumun felaket ortamının alkolizm üzerindeki etkisinden ziyade, alkol kullanım bozukluğunun doğal seyriyle daha yakından ilişkili olabileceği düşünülmüştür (60).

Deprem sonrasında gerçekleştirilen bir araştırmada, afetin üzerinden bir yıl geçtikten sonra alkol kullanım sorunlarının %8,5 oranında olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, afete bağlı olarak yaşanan iş değişiklikleri ile fiziksel ve psikolojik sorunlar gibi etkenlerin, zaman içinde riskli içki kullanımının gelişme olasılığını artırdığı sonucuna varılmıştır (2). Ancak tüm bu bulgulara rağmen alkole bağlı sorunların afetlerle olan özgül ilişkisi tam olarak netleşmemiştir; çünkü stresli yaşam olaylarıyla bağlantısı bilinse de, bu ilişkinin özellikle afet durumlarında belirginleşip belirginleşmediği konusunda kesin bir yargıya varılamamıştır (61).

2.3. Madde Kullanımı ve Madde Kullanım Bozuklukları

2.3.1. Madde Tanımı

Madde; çeşitli yollarla elde edilebilen, beynin duygudurum, algı ve bilişsel işlevleri üzerinde etkili olan, kötüye kullanımı ya da bağımlılığa yol açabilen kimyasal bileşikler için kullanılan genel bir ifadedir. Bu kapsamda esrar, eroin ve kokain gibi yasa dışı maddelerin yanı sıra; amfetaminler, benzodiazepinler ve sedatif-hipnotikler gibi reçeteli ilaçlar ile tütün, kafein ve alkol gibi yasal olarak ulaşılabilir maddeler de yer alır (62).

DSÖ'ye göre psikoaktif madde, alındığında bireyin bilişsel süreçlerini ya da isteklerini etkileyen herhangi bir maddedir. Madde kavramı genellikle psikoaktif

etkileri olan maddeleri ifade eder ve çoğu zaman tıbbi kullanımı olan ya da olmayan yasa dışı maddeleri kapsar. Kontrole tabi ilaçlar ifadesi ise, yasal düzenlemelere göre yalnızca belirli koşullarda kullanılmasına izin verilen, tıbbi amaçlı ya da sınırlı dağıtımı olan psikoaktif maddeler ile bunların üretiminde kullanılan öncül bileşenleri tanımlar (63).

Psikoaktif madde kullanımının kökeni insanlık tarihi kadar eskiye dayanmaktadır. Din, mitoloji, edebiyat ve çeşitli kültürel alanlarda bu tür maddelerin farklı biçimlerde yer alması, antik dönemlerden itibaren bir madde kültürünün ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Bu kültürel birikim, zamanla genişleyerek toplumsal düzeyde madde kullanımına yönelik bir bilinç oluşturmuş ve bu durum, madde kötüye kullanımına olan eğilimi artıran bir faktör haline gelmiştir (64). Tarih boyunca farklı amaçlarla kullanılan psikoaktif maddeler, uzun süre toplumlar da doğal ya da kabul edilebilir uygulamalar olarak değerlendirilmiştir. Ancak bu maddelerin sorun olarak ele alınması görece yenidir ve özellikle 20. yüzyılın ortalarına denk gelmektedir. 19. yüzyılda madde kullanan bireyler çoğunlukla ahlaki zayıflık gösteren ya da suç işleyen kişiler olarak görülürken, zamanla bilimsel ilerlemeler ve toplumsal reformlar sonucunda bu bakış değişmiştir. 1951 yılında DSÖ, madde kullanan bireyleri hasta olarak kabul etmeye başlamış, ardından 1952’de Amerikan Psikiyatri Birliği, bağımlılığı psikiyatrik bir bozukluk olarak tanımlamıştır (65).

2.3.2. Maddeler ve Genel Özellikleri

DSM-5'te yer alan madde kategorileri şunlardır:

- Alkol
- Kannabis (esrar/kenevir) ürünleri
- Kokain
- Halüsinojenler (varsandırıcılar) (Fensiklidin ve benzeri arilsikloheksilamin grubu maddeler)
- Opiyatlar (morfin, eroin, kodein vb)
- Amfetaminler ve benzeri uyarıcılar (metamfetamin, metilenedioksi-N-metamfetamin vb.)
- Tütün ürünleri (nikotin)

- İnhalanlar (uçucu maddeler)
- Sedatifler, hipnotikler ve anksiyolitikler (benzodiazepinler gibi merkezi sinir sistemini baskılayan ilaçlar)
- Diğer ya da bilinmeyen (43).

Esrar, etken maddesi tetrahidrokannabinol (THC) olan ve kenevir bitkisinin yapraklarının kurutulmasıyla elde edilen bir maddedir. Genellikle yeşil ya da gri tonlarında kurutulmuş bitki formunda bulunan bu madde, dünya genelinde en yaygın kullanılan yasadışı psikoaktif maddeler arasında yer almaktadır (49). Esrar kullanımında, THC beyindeki kannabinoid reseptörleri agonize etmesiyle; bilişsel işlevler, hafıza, ödül mekanizmaları, ağrı algısı ve motor koordinasyon gibi alanlardan sorumlu beyin bölgeleri etkilenir (66).

Kokain, tropikal iklimlerde yetişen koka bitkisinden elde edilen bir maddedir ve ilk kullanımında kişide uyarıcı etkiler ile birlikte enerji artışı yaratır. Merkezi sinir sistemini harekete geçirerek kalp atış hızını, tansiyonu ve solunum hızını artırır. Ancak zamanla bu uyarıcı etkiler azalır ve uyuşturucu maddelere benzer etkiler gözlenmeye başlar. Bu etkiler arasında psikomotor yavaşlama, duyarsızlık, mide bulantısı ve halsizlik yer alabilir. Yüksek dozda alındığında ise halüsinasyonlar ve gerçeklik algısında bozulmalar gibi psikotik belirtiler görülebilir (67).

Halüsinojenler (varsandıranlar); fensiklidin, ekstazi, ketamin, liserjik asit dietilamid (LSD), psilosibin ve peyote gibi maddeleri içerir. Bu tür maddelerin kullanımı bireyde hem bedensel hem de psikolojik açıdan belirgin etkiler yaratabilir. Kullanım sürecinde sık karşılaşılan belirtiler arasında kalp atışında hızlanma, yüksek tansiyon, algı bozuklukları, uyku düzeninde bozulma, sanrılar, halüsinasyonlar, paranoya ve öfori yer alır (68). Halüsinojen maddeler, bireyin duyuşsal algılarını yoğunlaştırarak normalde fark edilemeyen uyaranların da algılanmasına yol açabilir. Bu maddelerin etkisiyle beden, mekân ve zaman algısında bozulmalar meydana gelir ve kişi çeşitli algı yanılsamaları yaşayabilir (51).

Opiyatlar, morfin gibi doğal kaynaklı maddelerin yanı sıra, benzer etkilere sahip eroin ve kodein gibi kimyasal bileşikler de kapsar. Opioidlerin doğal kaynağı haşhaş (ayfon) bitkisidir. Morfinden türetilmiş olan eroin ise, yağda çözünürlüğü çok

yüksek olduğu için merkezi sinir sistemine hızla ulaşır ve etkilerini kısa sürede gösterir. Eroin, yalnızca tek kullanımla bile bağımlılık riski taşıyan, hızlı tolerans gelişimiyle bilinen bir maddedir (66).

Amfetaminler, merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı etkiler gösteren sentetik maddelerdir. Sempatomimetik özellikleri sayesinde bireyde enerji artışı, güçlülük ve keyifli bir ruh hali gibi etkiler ortaya çıkarırlar (51). İlk kullanımda bireye enerjik ve zinde hissettiren bu madde, zamanla yorgunluk ve bitkinliğe yol açabilir. Uzun süreli kullanımında ise kişilik değişiklikleri ve davranış bozuklukları gelişebilir; ayrıca paranoid şizofreniyi andıran düşünce yapıları ve yoğun şüphe ile kaygı belirtileri ortaya çıkabilir (69). Metamfetamin, amfetamin türevi uyarıcılar grubunda yer alır ve etkileri amfetamine oldukça benzerdir. Kısa vadeli etkileri arasında uzun süreli uyanıklık, kalp ritmi, kan basıncı, vücut ısı ve iştahsızlıkta artış yer alır. Ancak uzun süreli kullanım, ciddi kilo kaybı, iç organlarda hasar, diş sağlığının bozulması, enfeksiyonlar, solunum sıkıntıları ile birlikte paranoya, psikotik semptomlar, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi ciddi ruhsal ve fiziksel sorunlara yol açabilir (70).

Tütün, *Nicotiana* cinsine ait bir bitki olup yaklaşık 65 farklı türü bulunmaktadır. Tütün ürünlerindeki nikotin ve diğer kimyasal maddelerin miktarı, kullanılan tütün türüne ve üretim süreçlerine bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Tütün ürünleri genel olarak iki gruba ayrılır: Sigara gibi duman çıkaran ve dumansız tütün ürünleri. Sigara, dünya genelinde en yaygın tüketilen tütün ürünüdür (71). Sigara içmek, nikotinin beyne en hızlı şekilde ulaşmasını sağlayan kullanım yoludur. Nikotin, bağımlılık yapıcı etkisini; noradrenalin, asetilkolin, dopamin ve endorfin gibi çeşitli nörotransmitterlerin salınımını uyarak gösterir. Bu kimyasalların salınımı sonucunda kişide kısa süreli keyif ve öfori hissi oluşur (72).

Uçucu maddeler (inhalanlar), çoğunlukla ağız ya da burun yoluyla solunarak vücuda alınır (73). Sıklıkla kullanılan uçucu maddeler arasında çakmak gazı, tolüen, halojenli çözücüler, benzin ve bazı inhalasyon anesteziikleri yer alır. Düşük maliyetli olmaları ve kolay temin edilebilmeleri nedeniyle tercih edilmektedirler (74). Akut etkileri arasında başlangıçta hiperaktivite ve öfori görülebilir. Bu durumu, merkezi

sinir sisteminin baskılanması izler. Merkezi sinir sistemi ile ilgili belirtiler; huzursuzluk, görsel ya da işitsel sanrılar, nöbet geçirme, depresyon ve hatta koma gibi geniş bir yelpazede ortaya çıkabilir (75).

Sedatif maddeler, merkezi sinir sistemi üzerinde baskılayıcı etkiler oluşturarak sakinleştirici ve uyuşturucu özellikler gösterir. Türkiye’de bu tür maddelerin kullanımı genel olarak yasaklanmış olup, yalnızca özel reçetelerle sınırlı koşullarda temin edilebilmektedir. Meprobamat, metakualon, benzodiazepinler, barbitüratlar ve benzeri hipnotik ilaçlar bu gruba örnek verilebilir. Sedatif madde bağımlılığı geliştiğinde; duygudurumda dalgalanmalar, konuşmanın yavaşlaması, dikkat dağınıklığı ve bellek problemleri gibi belirtiler ortaya çıkabilir (51).

2.3.3. Madde Kullanım Bozukluğu

MKB, genellikle kronik bir seyir izleyen ve rekürrens eğiliminde olan, bireyin yaşamının birçok alanında işlev kayıplarına yol açabilen bir psikiyatrik bozukluk türüdür (76). MKB, bireyin madde kullanımı üzerindeki denetimini zamanla yitirmesi, yaşadığı olumsuz sonuçlara rağmen madde arayışını ve kullanımını sürdürmesiyle tanımlanır. Bu bozukluk, kişinin yaşamında giderek artan olumsuzluklara neden olur. Eğer uygun bir tedavi süreci başlatılmazsa, madde kullanımı sıklıkla daha da artar. Maddeyi bırakma ya da azaltma girişimleri ise disfori, kaygı, sinirlilik gibi olumsuz duyguların yanı sıra çeşitli fiziksel belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabilir (51).

DSM’nin 1952 ve 1968 yıllarında yayımlanan ilk iki baskısında alkol bağımlılığı, kişilik bozuklukları başlığı altında ele alınmıştır (39, 77). Ancak alkol ve madde kullanımına yönelik kapsamlı bir sınıflama ilk kez 1980 yılında yayımlanan DSM-III’te yapılmıştır. Bu baskıda, “kötüye kullanım” ve “bağımlılık” kavramları birbirinden farklı tanı kategorileri olarak tanımlanmıştır (40). 1987 tarihli DSM-III-R’de, madde kötüye kullanımı, bağımlılık kriterlerini tam olarak karşılamayan bireyler için rezidüel bir tanı olarak değerlendirilmiştir (78). 1994 tarihli DSM-IV’te, bağımlılık tanı ölçütleri daraltılmış ve tanı koymak için tolerans ve/veya yoksunluk belirtilerinin varlığı zorunlu hale getirilmiştir. Bu dönemde kötüye kullanım, bağımlılığın daha hafif ve başlangıç düzeyi olarak kabul edilmiştir (41). 2013 yılında yayımlanan DSM-5’te ise daha önce ayrı kategoriler olarak ele alınan “madde kötüye kullanımı” ve “madde bağımlılığı” tanıları birleştirilmiş; “Madde ile ilişkili ve

Bağımlılık Bozuklukları” başlığı altında, 11 kriterden oluşan tek bir “Madde Kullanım Bozukluğu” tanısı getirilmiştir (76).

DSM-5’e göre maddeyle ilişkili bozukluklar; “Madde kullanım bozuklukları” ve “Maddenin yol açtığı bozukluklar” olarak iki ana kategoride ele alınmaktadır (43).

Tablo 2. DSM-5’e göre Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri (43)

A. On iki aylık bir süre içinde aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir madde kullanım örüntüsü: 1.Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınır. 2.Madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır. 3.Madde elde etmek, madde kullanmak ya da yarattığı etkiden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır. 4.Madde kullanmaya içinin gitmesi ya da madde kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme vardır. 5.İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici madde kullanımı vardır. 6.Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın madde kullanımını sürdürme vardır. 7.Madde kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması vardır. 8.Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanma vardır. 9.Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğunu bilmesine karşın madde kullanımını sürdürür. 10.Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a)Esrikliği (sarhoşluğu) ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma gereksinimi vardır.

b)Aynı ölçüde madde kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanır.

11.Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a)Maddeye özgü yoksunluk sendromu görülür.

b)Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde (ya da yakından ilişkili bir madde) alınır.

Bunlardan iki-üç belirtinin olması "ağır olmayan ", dört-beş belirtinin olması " orta derecede ", altı ya da daha çok belirtinin olması "ağır derecede " madde kullanım bozukluğu olarak adlandırılır.

2.3.4. Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi

Madde kullanımını epidemiyolojik açıdan incelemek bazı güçlükleri beraberinde getirmektedir. Bu güçlüklerin başında, maddelerin çoğunlukla yasa dışı olması nedeniyle bireylerin doğru bilgi vermekten kaçınması, verilen yanıtların doğruluğuna dair kuşkların bulunması ve bu nedenlerle madde kullanan bireylere ulaşmanın zorlaşması yer almaktadır (79).

DSÖ verilerine göre, 2021 yılında dünya genelinde 15-64 yaş aralığındaki yaklaşık 296 milyon kişi en az bir kez psikoaktif madde kullanmıştır. Bu bireylerin yaklaşık 39,5 milyonunda ise zararlı kullanım ya da bağımlılık düzeyinde madde kullanım bozukluğu geliştiği tahmin edilmektedir. Madde kullanımına bağılı nedenlerle her yıl yaklaşık 600.000 kişinin yaşamını yitirdiği ve bu ölümlerin yaklaşık 420.000'inin erkeklerde, 160.000'inin ise kadınlarda görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca 2019 yılına ait hesaplamalara göre, madde kullanımına atfedilen toplam sağlıklı yaşam yılı kaybı (DALY) 36 milyonun üzerindedir (80).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin (UNODC) 2022 yılı raporuna göre, dünya genelinde 15-64 yaş grubunda yer alan ve büyük çoğunluğu erkeklerden oluşan yaklaşık 284 milyon bireyin son bir yıl içinde en az bir kez uyuşturucu madde

kullandığı tahmin edilmektedir. Bu oran, söz konusu yaş grubundaki her 18 kişiden birine karşılık gelmektedir. 2010 yılında tahmini 226 milyon kişinin madde kullandığı ve yaygınlığın %5 civarında olduğu verisiyle karşılaştırıldığında, yaklaşık %26'lık bir artış gözlemlenmiştir. Bu artışın bir kısmı, küresel nüfus artışıyla ilişkili olarak değerlendirilmektedir (81).

2022 Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre, en sık kullanılan yasa dışı madde esrardır. Kullanım sıklığı açısından değerlendirildiğinde, esrarın diğer yasa dışı maddelere kıyasla yaklaşık beş kat daha fazla kullanıldığı belirtilmektedir. Avrupa Birliği'nde yer alan 15-64 yaş aralığındaki yetişkin bireylerin yaklaşık %29'unun (yaklaşık 83,4 milyon kişi) hayatlarının bir döneminde en az bir kez yasa dışı madde kullandığı öngörülmektedir (82).

Türkiye Ulusal Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi'nin (TUBİM) 2018 yılına ait verilerine göre, Türkiye'de yaşam boyu en az bir kez madde kullanımı oranı %3,1 olarak bildirilmiştir. Bu oran içinde en yüksek yaygınlık, %35,4 ile 15-24 yaş aralığındaki genç bireylerde gözlemlenmiştir (83). TUBİM'in 2022 yılı raporuna göre, bireylerin uyuşturucu madde kullanımına başlama yaşı 2020 yılı itibarıyla ortalama 19,5 olarak belirtilmiştir (84).

2023 Türkiye Uyuşturucu Raporu'nda yer alan verilere göre, alkol ve nikotin dışındaki madde kullanım bozuklukları dikkate alındığında, yalnızca 2022 yılı içinde tedavi merkezlerine ayaktan başvuran kişi sayısı 302.911 olarak bildirilmiştir. Tedaviye başvuran bireylerin cinsiyete göre dağılımında erkeklerin oranı %92,3, kadınların oranı ise %7,7 olarak belirlenmiştir. Bu kişilerin tedavi sırasında tespit edilen yaş ortalaması 29,45 iken, madde ile ilk temas yaşı ortalama olarak 22,2 yıl olarak hesaplanmıştır. 2022 yılı verilerine göre, uyuşturucu madde ile ilişkili olarak kaydedilen 246 ölüm vakasının %62,2'sinin çoklu madde kullanımına bağlı olduğu görülmüştür. Bu çoklu kullanım vakalarının %52,3'ünde metamfetamin maddesi tespit edilmiştir. Öte yandan, yalnızca tek bir maddeye bağlı olarak gerçekleşen 93 ölüm vakasının %64,5'inin yine metamfetamin kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Genel dağılıma bakıldığında, maddeye bağlı yaşam kayıplarının %56,9'unda metamfetamin, %27'sinde eroin ve %18,7'sinde ekstazi kullanımının etkili olduğu anlaşılmaktadır.

Bu veriler, ülkemizde metamfetamin kullanımının ciddi bir halk sağığı tehdidi haline geldiğini ortaya koymaktadır (85).

2.3.5.Madde Kullanım Bozukluğu Etiyolojisi

MKB; genetik, psikososyal etmenler ve çevresel koşulların etkileşimiyle ortaya çıkan ve zaman içinde gelişim gösteren kronik bir rahatsızlık olarak kabul edilmektedir (86).

Psikodinamik yaklaşımlar, madde kullanımını mastürbasyon benzeri bir cinsel doyum aracı, gizli eşcinsel arzulardan uzaklaşma biçimi ya da bireyin oral döneme gerilemesiyle ilişkili bir belirti olarak değerlendirmektedir (87). Nitekim bazı opioid bağımlıları, maddenin ilk kullanımındaki haz verici etkileri cinsel orgazma benzetmektedir. Örneğin, yapılan araştırmalarda kokain kullanan bireylerin beyinde aktive olan bölgelerin, cinsel ilişki sonrasında aktifleşen beyin alanlarıyla örtüştüğü tespit edilmiştir (49, 88).

Davranışçı kurama göre, bağımlılıkta maddenin pekiştirici etkileri, beyin ödül sistemini aktive ederek bu davranışın sürdürülmesine neden olur (51). Madde kullanımında depreşmenin ortaya çıkmasında farklı öğrenme mekanizmaları etkili olmaktadır. Madde kullanan birey, maddenin fiziksel etkilerinden kurtulduğu ve kullanımını bıraktığı uzun bir sürenin ardından çevresel bir uyarana maruz kaldığında koşullanmış yoksunluk ya da koşullanmış aşerme deneyimleyebilir. En yoğun aşerme, bağımlı bireyin yanında bir başkasının madde kullanması, sigara yakması ya da madde teklifinde bulunması gibi durumlarda gözlenir (49).

Psikososyal kuram, bireyin madde kullanım davranışının, öncelikle aile ortamı olmak üzere içinde bulunduğu sosyal çevreyle olan ilişkisi çerçevesinde şekillendiğini öne sürmektedir (87). Maddeye erişimin kolaylığı, toplumda madde kullanımına yönelik hoşgörü düzeyi, bireyin içinde bulunduğu sosyal çevre, sosyal yaptırımlar, toplumsal tutumlar, akran gruplarının etkisi, dini inançlar ve kitle iletişim araçlarının yönlendirmeleri; bireyin madde kullanımı üzerinde etkili olan başlıca faktörler arasında yer almaktadır (89).

İkiz, aile ve evlat edinme çalışmaları madde kullanım bozukluklarının yaklaşık %50 oranında kalıtsal olduğunu ortaya koymuştur. Genetik yatkınlık, özellikle dopaminerjik ve glutamaterjik sistemlerle ilişkili poligenik risk faktörleri aracılığıyla etkisini göstermektedir (90). Alkol, tütün, esrar, kokain ve opioid gibi çeşitli maddelerde yapılan 150'den fazla meta-analizi değerlendiren bir çalışmada, OPRM1, DRD2, DRD4, BDNF ve SLC6A4 gibi genlerin birden çok madde kullanım bozukluğuyla ilişkilendirildiğini göstermiştir (91).

2.3.6. Afetlerin Madde Kullanımına Etkisi

Doğal afetler, TSSB, depresyon ve anksiyete gibi önemli psikolojik sıkıntılara yol açabilir ve bu durum, madde kullanım bozuklukları geliştirme riskini artırabilir (92).

Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen bir araştırmada, doğal afetlere maruz kalmanın özellikle bireysel düzeyde yaşanan maruziyetlerin, opioid kötüye kullanımı riskinde artışla ilişkili olduğu ortaya konmuştur (93). Kasırga felaketinin ardından madde kullanım alışkanlıklarında, enjeksiyon yoluyla madde kullanımıyla ilişkili riskli davranışlarda ve aşırı doz kaynaklı vaka ve ölüm oranlarında belirgin farklılıklar gözlemlenmiştir. Uyuşturucu enjeksiyonu yapan bireylerin, kasırga sonrasında aşırı doz vakalarını, kasırga öncesine kıyasla üç kat daha fazla bildirdikleri saptanmıştır (94).

Afet sonrasında madde kullanımına ilişkin bazı kanıtlar bulunsa da, literatürdeki bir derleme çalışması, madde kullanım bozukluklarının yaygınlığında felaket sonrası belirgin bir artış olmadığını belirtmektedir. Sorunlu madde kullanımının ise ağırlıklı olarak, felaket öncesinde madde kullanımı öyküsü bulunan bireylerde ya da afetin ardından başka psikiyatrik belirtiler geliştiren kişilerde görüldüğü ifade edilmektedir (26).

2.4. Travma

Travma, köken olarak Latince 'vücuda zarar veren darbe' anlamındaki 'trauma' sözcüğünden türemiş olup, aynı zamanda Yunanca'da 'yaralanma' anlamına gelen

'τραῦμα' kelimesinden gelmektedir (95). Travma kavramı, 19. yüzyıla dek yalnızca fiziksel yaralanmaları tanımlamak için kullanılmış; bu döneme kadar ruhsal etkileri dikkate alınmamıştır (96). Travmanın yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda ruhsal etkiler de yarattığı ilk kez 1870 yılında gerçekleşen Fransa-Prusya Savaşı sonrasında dikkat çekmeye başlamıştır (97).

Travma, bireyin fiziksel, ruhsal ya da yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden; yaşam akışında önemli değişikliklere yol açan ve bireyin yeniden uyum sağlamasını gerektiren, başa çıkmakta güçlük yaşadığı olay ya da durumlar olarak tanımlanabilir (95). Bu doğrultuda bir olay ya da durumun travmatik olarak nitelendirilmesini sağlayan yalnızca beklenmedik oluşu değil, aynı zamanda bireyin baş etme becerilerini devre dışı bırakmasıdır. Bu durum, kişinin yaşam olaylarına uyum sağlamasını mümkün kılan olağan başa çıkma yollarının işlevsiz hale gelmesine neden olur (98). Literatürde, bir olayın travmatik olarak değerlendirilebilmesi için üç temel unsurun bir arada bulunması gerektiği belirtilmektedir. Bu unsurlar; nesnel biçimde tanımlanabilen bir olayın varlığı, bireyin bu olaya ilişkin öznel değerlendirmesi ve olay karşısında ortaya koyduğu duygusal tepkilerdir (99).

Travmatik yaşantılara verilen tepkiler bireyler arasında önemli ölçüde farklılık gösterebilir. Bazı bireylerde anksiyete, depresyon ya da travma sonrası stres bozukluğu gibi ciddi psikopatolojiler gelişebilirken, bazıları ise yaşanan bu zorlu süreç sonrasında yaşam önceliklerini gözden geçirme, yaşamın anlamını sorgulama, kişilerarası ilişkilerini derinleştirme ve kişisel gelişim gibi olumlu dönüşümler yaşayabilir (100).

2.4.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSSB, bireyin yaşamını tehdit eden bir olayla doğrudan karşı karşıya kalması, bu tür bir olaya tanıklık etmesi ya da cinsel saldırı gibi ağır travmatik yaşantılara maruz kalmasının ardından ortaya çıkan ve bireyin günlük işlevselliğini önemli ölçüde bozan psikiyatrik bir bozukluktur (101). Bu bozukluk; yaşanan travmatik olayın zihinde yeniden canlanması, travmayla ilişkili durumlardan kaçınma, artmış uyarılmışlık hali ile olumsuz düşünce ve duygular gibi belirtilerle kendini göstermektedir (43). Travmatik olayın zihinde sürekli olarak canlanması; tekrarlayan rüyalar, yeniden

yaşantılama, yoğun psikolojik sıkıntı ve belirgin fizyolojik tepkiler şeklinde kendini gösterebilir. Bu belirtiler, travma sonrası stres bozukluğunda yaygın olarak gözlemlenen semptomlar arasındadır (102).

TSSB, kişinin doğrudan travmatik bir olaya maruz kalması, bir başkasının yaşadığı travmatik olaya tanıklık etmesi ya da yakın çevresinden birinin başına gelen travmatik olay hakkında ayrıntılı biçimde bilgi edinmesi durumlarında gelişebilir. Ancak, travmatik içeriklerin televizyon, sinema gibi görsel medya araçlarıyla dolaylı olarak öğrenilmesi, TSSB tanısı kapsamında değerlendirilmemektedir. TSSB'nin esasını, bireyin doğrudan deneyimlediği veya bizzat gözlemlediği travmatik yaşantıların psikolojik etkileri oluşturmaktadır (43).

1952 yılında yayımlanan DSM-I, travma kavramına yüzeysel bir biçimde yaklaşmış, özellikle savaşlar ve büyük sivil felaketleri travmatik olaylar kapsamında değerlendirmiştir. Ancak bu ilk baskıda, bireyler arası şiddet ya da cinsel saldırı gibi travmatik deneyimler kapsam dışı bırakılmıştır (77). DSM-II, psikolojik travma konusunda önceki versiyonlara kıyasla önemli bir yenilik getirmemiştir. Travma, bu sürümde de geçici uyum bozukluklarına yol açan bir etken olarak tanımlanmış; yalnızca geniş çaplı ve toplumsal olaylarla sınırlı tutulmuş, bireyin yaşadığı özgül travmatik deneyimlere yer verilmemiştir (39). DSM-III, travmatik olayları 'sıradan bireylerin karşılaştığı tipik durumların ötesinde ve herkes için tehdit edici nitelikte' olarak tanımlamıştır (40). Bu tanım, DSM-III-R'de 'günlük insan deneyimlerinin ötesinde bir durum' ifadesiyle yeniden yapılandırılmıştır (78). DSM-IV'te travmatik olay, kişinin kendisinin ya da başkalarının yaşamına, fiziksel bütünlüğüne yönelik ciddi bir tehdit ya da yaralanma riski içeren bir duruma maruz kalması veya tanıklık etmesi olarak tanımlanmıştır (41). DSM-5'e göre travma, kişinin gerçek ya da tehdit edici şekilde ölüm, ağır yaralanma ya da cinsel şiddetle karşı karşıya kaldığı, tanık olduğu ya da bu tür bir olayın başkalarının başına geldiğini öğrendiği durumlardır. Bu durum bireyin fiziksel ya da psikolojik bütünlüğünü tehdit eden olaylarla doğrudan maruz kalması, bir başkasına tanıklık etmesi veya yakın bir yakınının yaşadığı travmatik olayı öğrenmesi şeklinde olabilir. Travmatik olay, bireyde yoğun korku, çaresizlik ya da dehşet duygularına yol açarak psikopatolojik süreçlerin tetiklenmesine neden olabilir (43).

DSM-5'e göre TSSB; Travma ve Stresle ilişkili bozukluklar başlığı altında yer almaktadır. Tanı kriterleri Tablo 3'te verilmiştir (43).

Tablo 3. DSM-5'e göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri (43)

A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma: 1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama. 2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (veya bunlara tanıklık etme). 3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. (Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.) 4. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları). Not: Böyle bir maruz kalma, meslekle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla olmuş, ise A tanı ölçütü olarak değerlendirilmez. B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istemsiz gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı: 1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz gelen, sıkıntı veren anıları Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, örseleyici olay(lar)ın kapsadığı konuların ya da bu olay (lar)ın birtakım yönlerinin dışı vurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir. 2. İçeriği ve/veya duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren rüyalar Not: Çocuklar, içeriği belirsiz korkutucu rüyalar görüyor olabilirler. 3. Kişinin örseleyici olay(lar) yenden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkiler (örn. geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler, belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamadır.) Not: Çocuklar, oyun sırasında, örselemeyle ilgili yenden canlandırma yapabilirler. 4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama. 5. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme. C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma: 1. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma cabaları. 2. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış, anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma cabaları.
--

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, örseleyici olay (lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay (lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:

1. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık dissosiyatif amneziye bağlıdır ve kafa travması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).
2. Kendisi, başkaları ya da dünya le ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örn. “Ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilemez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir”, “Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”).
3. Örseleyici olay(lar)ın nedenler ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.
4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç).
5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımıda belirgin azalma.
6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.
7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumunu ya da sevgiyi yaşayamama).

E. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kıskırtma olmadan ya da çok az bir kıskırtma karşısında).
2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.
3. Her an tetikte olma.
4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.
5. Odaklanma güçlükler
6. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

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

H. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Çözülme belirtileri (dissosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri örselenme sonrası gerginlik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır, ayrıca kişi, tetikleyici etkene tepki olarak aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli ya da yineleyici olarak yaşamaktadır:

1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duygumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. sanki bir düş içindeymiş gibi olduğu

duyumu; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duyumu).

2. Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevredekilerin gerçekdışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. kişinin çevresindeki dünya gerçekdışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır).

Not: Bu alt türün kullanılabilmesi için, çözülme belirtilerinin, bir maddenin (örn. bilinç kararmaları, alkol yoksunluğu sırasındaki davranışlar) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel katılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamıyor olması gerekir.

Varsa belirtiniz:

Gecikmeli dışavurum gösteren: Olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütler tam olarak karşılanmıyorsa (kimi belirtiler kısa bir süre içinde başlasa da)

2.4.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Epidemiyolojisi

TSSB'nin yaygınlığını belirleyen çeşitli etkenler bulunmaktadır. Bu etkenler arasında kültürlerarası farklılıklar (travmaya verilen tepkilerin ve etkilenme düzeylerinin toplumdan topluma değişebilmesi), bireyin sosyodemografik özellikleri (örneğin kadın cinsiyet) ile maruz kalınan travmanın türü ve kişisel özellikler önemli rol oynamaktadır (103).

Küresel veriler, yetişkin bireylerin %70'inden fazlasının yaşamları boyunca en az bir kez travmatik bir olaya maruz kaldığını göstermektedir. Bu bireylerin yaklaşık %31'i ise dört ya da daha fazla travmatik olay deneyimlemiştir. Epidemiyolojik çalışmalar, erkeklerin yaklaşık %60'ının, kadınların ise %51'inin yaşam süresince en az bir travmatik olayla karşılaştığını ortaya koymaktadır (104).

Afetlerin ardından ortaya çıkan TSSB vakaları, çeşitli araştırmalarda sıklıkla ele alınan bir konu olmuştur. Örneğin Hindistan'da gerçekleşen bir deprem sonrasında yürütülen bir çalışmada, katılımcıların %59'unda psikiyatrik sorunlar saptanmış olup, bu vakaların %23'ünün TSSB tanısı aldığı bildirilmiştir (105). Benzer sonuçlar farklı afet bölgelerinde yapılan araştırmalarda da gözlemlenmiştir. Örneğin, 1988 yılında Ermenistan'da meydana gelen depremin ardından TSSB prevalansı %67 olarak bildirilmiş, Avustralya'da gerçekleşen bir deprem sonrasında bu oran %18,3, 1998 Çin depremi sonrasında ise %24 olarak rapor edilmiştir (106-108).

Türkiye’de 17 Ağustos 1999 depreminden 18 ay sonra Bolu ve Düzce illerinde gerçekleştirilen, toplam 430 kişinin katıldığı toplum temelli bir tarama çalışmasında, genel TSSB yaygınlığı %20 olarak belirlenmiştir. Ancak çadır ve konteyner kentlerde yaşayan bireylerde bu oran %47’ye çıkarken, sağlık hizmetlerinden yararlanan bireyler arasında %63 düzeyine ulaştığı bildirilmiştir (109). 1999 Marmara Depremi’nden bir yıl sonra, belirli bir çadır kentte gerçekleştirilen ve 910 kişinin katıldığı bir çalışmada, TSSB yaygınlığı %25,3 olarak saptanmıştır (110). Aynı dönemde, beş farklı çadır kent ve prefabrik yerleşim alanında 1000 katılımcı ile yürütülen başka bir çalışmada ise TSSB yaygınlığı %43 olarak rapor edilmiştir (111).

2023 yılında Türkiye’de meydana gelen depremin ardından üç ay geçtikten sonra, çeşitli nedenlerle acil servise başvuran 197 birey üzerinde yapılan bir araştırmada, TSSB prevalansı %51,4 olarak saptanmıştır (112). Aynı depremden yaklaşık dokuz ay sonra, Hatay ilindeki konteyner kentlerde yaşayan 400 katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, TSSB prevalansı %29 olarak belirlenmiştir (113).

2.4.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Etiyolojisi

TSSB gelişimi, bireyden bireye değişen, çok faktörlü ve karmaşık bir süreçtir. Her ne kadar travmatik bir olaya maruz kalmak TSSB’nin ortaya çıkmasında gerekli bir koşul olsa da, bu durum tek başına bozukluğun gelişimi için yeterli değildir. Genetik yatkınlık, daha önce yaşanmış travmatik deneyimler, yetersiz sosyal destek, bireyin stresle başa çıkma becerileri gibi biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin TSSB gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir (114).

Noradrenalin; anksiyete, korku, dikkat, öğrenme ve bellek konsolidasyonu gibi bilişsel ve duygusal süreçlerde önemli bir nörotransmitter olarak görev yapmaktadır. Travmatik bir olayın ardından noradrenalin düzeylerinde görülen artışın, TSSB’de sıkça rastlanan aşırı uyarılmışlık semptomlarının ortaya çıkmasına katkı sağladığı düşünülmektedir (115).

Serotonin, TSSB etiopatogenezinde ve tedavi süreçlerinde etkili bir nörotransmitter olarak değerlendirilmektedir. TSSB tanısı almış bireylerde özellikle 5-HT1A ve 5-HT1B serotonin reseptörlerinde işlevsel bozulmalar tespit edilmiştir (116).

Serotonin taşıyıcı genindeki (5-HTTLPR) polimorfizmlerin, TSSB gelişiminde önemli bir rol oynadığı ve bu genetik varyanta sahip bireylerin travmatik yaşantılara karşı daha yüksek duyarlılık gösterebileceği ortaya konmuştur (117).

Kronik stres durumlarında dopamin aktivitesinin arttığı ve bu artışın prefrontal korteks ile nükleus akumbens bölgelerinde dopamin metabolitlerinin yoğunluğunda artışa yol açtığı gösterilmiştir. Dopamin, aynı zamanda korkuya ilişkin anıların sönümlenmesinde de görev aldığından, bu sistemdeki işlev bozuklukları travmatik anıların yeniden yapılandırılmasını engelleyerek, bireyde travmatik yaşantıların yeniden yaşantılanmasına neden olabilmektedir (118).

Glutamat, merkezi sinir sisteminde uyarıcı işlev gören bir nörotransmitterdir. TSSB ile ilişkili olarak glutamat düzeylerinde gözlenen artışın, nörotoksositeye ve buna bağlı olarak nöron kaybına neden olabileceği öne sürülmektedir (119). TSSB tanısı almış bireylerle yürütülen araştırmalar, GABA düzeylerinde bir azalma olduğunu ve bu azalmanın, özellikle kaçınma davranışları ile travmatik yaşantının yeniden zihinde canlanması gibi belirtilerle ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur (120).

TSSB ile ilişkili olarak Kannabinoid tip 1 reseptör düzeylerinde bir azalma görülebileceği ve bu azalmanın travma sonrası gelişen depresif duygulanım ile kaygı belirtileriyle bağlantılı olabileceğine dair araştırma mevcuttur (121).

Endojen opioid sisteminin, stres anında Kortikotropin salgılatıcı faktör-Hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksının aktivasyonunu ve noradrenalin salınımını azaltarak, bireyde görülen aşırı uyarılmışlık düzeyinin ve istemsiz travma yeniden yaşantılarının hafiflemesine katkı sağladığı öne sürülmektedir (118). TSSB olan bireylerde ağrı sendromlarının sık görülmesi, opioid kullanımının TSSB semptomlarını hafifletici etkileri ve travma anında uygulanan morfinin TSSB gelişme riskini azaltabileceğine dair bulgular, opioid sisteminin TSSB'nin patofizyolojisinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir (121).

TSSB gelişiminde genetik yatkınlığın da etkili olduğu saptanmıştır. TSSB tanısı alan bireylerin birinci derece akrabalarında hastalığın daha yüksek oranda görülmesi ve yaklaşık %30 oranında genetik geçişin raporlanması, genetik faktörlerin

bu bozukluğun etiyolojisinde önemli bir risk unsuru olabileceğini düşündürmektedir (122). İkiz çalışmalardan elde edilen bulgular, TSSB'nin ortaya çıkmasında genetik geçişin belirli ölçüde etkili olduğunu, ancak bozukluğun gelişimi için çevresel travmatik deneyimlerin de gerekli bir unsur olduğunu göstermektedir (123).

2.4.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Arasındaki İlişki

Alkol veya madde kullanım bozukluğu ile TSSB başta olmak üzere birçok psikiyatrik hastalık arasında çift yönlü bir etkileşim olduğu öne sürülmektedir. Bu bağlamda, alkol ya da madde kullanımı psikiyatrik semptomların veya bozuklukların gelişimine zemin hazırlayabileceği gibi, mevcut psikiyatrik bozukluklar da bireyleri alkol ve madde kullanımına yönlendirebilmektedir (124). Alkol ya da madde kullanım bozukluğu olan bireylerde TSSB yaşam boyu görülme sıklığına dair yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda, bu bireylerde TSSB prevalansı %36 ile %50 arasında değişen oranlarla saptanmıştır (125).

TSSB ile zararlı alkol kullanımı arasındaki ilişki sıklıkla, bireylerin başa çıkma amacıyla alkol kullanmalarını öne süren kendini tedavi etme hipotezi çerçevesinde açıklanmaktadır. Bu konuya odaklanan bir meta-analiz çalışması, başa çıkmaya yönelik içme güdüsünün, TSSB ile zararlı alkol kullanımı arasındaki bağlantının anlamlı bir aracı değişkeni olduğunu ve toplam ilişkinin yaklaşık %80'ini açıkladığını ortaya koymuştur (126).

Altı Avrupa ülkesinde genel nüfusu kapsayan bir ankete dayanan 2004 tarihli Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi Avrupa Çalışması'nda, DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak yapılan analizlerde, TSSB tanısı alan bireylerin, TSSB tanısı olmayanlara kıyasla alkol kötüye kullanımı açısından iki kat, alkol bağımlılığı açısından ise üç kat daha yüksek risk taşıdığı bildirilmiştir (127).

TSSB ile madde kullanım bozukluklarının sıklıkla birlikte görüldüğü ve bu eş tanının, her iki bozukluğun ayrı ayrı seyrine kıyasla daha olumsuz bir klinik tabloyla ilişkili olduğu literatürde geniş ölçüde kabul görmektedir (128).

TSSB tanısı alan bireylerle yürütölen bir çalışmada, hastaların %62 ile %79'unun en az bir alkol veya madde kullanımı eş tanısı taşıdığı saptanmıştır. Katılımcıların %50'sinden fazlasında alkol veya esrarla ilişkili komorbiditeye rastlanırken, yaklaşık %26'sında uyarıcı madde ve %10'unda ise opioid kullanımı eş tanısı belirlenmiştir (129).

Savaşa katılmış gazilerle gerçekleştirilen bir araştırmada, TSSB semptomları bulunan bireylerde, semptom göstermeyenlere kıyasla alkol ve madde kullanım bozukluğu oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (130).

Bireyler kimi zaman yaşadıkları stresle başa çıkma amacıyla alkol ya da madde kullanımına yönelser de, yapılan bazı araştırmalar TSSB semptomları gösteren bireyler arasında madde kullananların, kullanmayanlara kıyasla daha yoğun uyarılmışlık ve kaçınma belirtileri yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Bu durum, madde kullanımının semptomları azaltmak yerine bazı bireylerde belirtilerin şiddetini artırabileceğini göstermektedir (131).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, OpenEpi istatistik programı kullanılarak hesaplanmıştır. Valilik ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden aldığımız bilgilere göre Hatay ili Antakya ilçesi konteyner kentlerde yaşayan 18 yaş üstü kişi sayısı yaklaşık olarak 65000'dir. DSÖ'nün 2018 yılı verilerine göre genel popülasyonda AKB prevalansı %5.1 olarak raporlanmıştır (45). Toplumda alkol kullanım bozukluğu için beklenen prevalans oranı yaklaşık %5 olarak öngörülmüş; evren büyüklüğü 65.000 kişi, örneklem hatası %3 olarak alınmıştır. Araştırmada küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Birinci aşamada, Hatay ili Antakya ilçesinde nüfusu 1.000'in üzerinde olan 35 konteyner kent belirlenmiş ve her biri birer örneklem kümesi olarak değerlendirilmiştir. İkinci aşamada ise, belirlenen konteyner kentlerde, rasgele sayı tablosu aracılığıyla konteyner numaraları seçilmiş ve bu numaralara karşılık gelen haneler ziyaret edilmiştir. Ziyaret edilen hanelerde araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden yetişkin bireylerle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Her konteyner kentten minimum 6 kişiye ulaşılması planlanmıştır. Bu parametrelerle yapılan hesaplama sonucunda çalışma için görüşülmesi gereken kişi sayısı en az 210 idi. Çalışmaya katılmaya rıza göstermeme ya da eksik ya da hatalı anket doldurulması ihtimalleri göz önüne alınarak; hedef kişi sayısı arttırılmış ve her konteyner kentten 9 kişiye, toplamda 315 kişiye ulaşılmıştır. 315 kişiden 20 kişi görüşmeye katılmak istememesi, 19 kişi de eksik ya da hatalı form doldurması nedeniyle çalışma dışında bırakıldı. Sonuç olarak toplamda 276 kişinin verileri çalışmaya dahil edildi.

Araştırmanın yapıldığı konteyner kentler, konteyner kentte yaşayan kişi sayısı, görüşülen kişi sayıları, görüşmeyi reddeden ya da hatalı form doldurulması nedeniyle çalışma dışında bırakılan kişi sayısı kişi sayısı Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Konteyner kentler, konteyner kentte yaşayan kişi sayısı, görüşülen kişi sayısı, görüşmeyi reddeden ya da hatalı form doldurulması nedeniyle çalışma dışında bırakılan kişi sayısı

Konteyner Kent Adı	Yaşayan kişi sayısı	Görüşülen kişi sayısı	Görüşmeyi reddeden ve hatalı form dolduran kişi sayısı
Emlak Konteyner Kent	3996	9	1
Üçgedik-2 Habibi Neccar	1429	9	-
İstanbul Sanayi Odası (İSO)	3506	8	3
Maraşboğazı Malazgirt-2	1504	7	2
Aselsan-1 Küçükdalayan-1	1286	8	3
Mobsan 350	1254	7	2
Güzelburç-2 (Anafartalar-2)	1159	8	1
Kıyam-Der	1986	7	-
Katar-1	1788	7	1
Savunma Sanayi	1598	9	2
İGA	1236	9	-
Kızılay	2100	8	1
Güzelburç	1171	7	1
Mobsan 2	1423	9	2
Koç	3304	10	3
Konya	1634	8	1
Alahan	1152	8	2
Büyükdayan 2	1076	8	-
Kavşit-2	1161	10	-
Pazaryeri	1614	9	1
Katar 2	4251	10	3
Haraparası	1600	6	-
Dikmece	1172	6	-
Katar 4	1650	10	-
Bursa Sanayi Ticaret Odası	3756	9	1

Katar 3	1084	9	1
Ayyıldız	1515	8	-
Bursa Kütahya	2684	9	1
Ovakent	1679	6	1
Paşaköy	1464	6	-
Serinyol Yeşilova	1221	7	3
Büyükdalyan	3082	6	2
Kore	1553	6	-
Huzur Güven Maya	3272	6	1
Üçgedik 1	2115	7	-

3.2. Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Bireylerin çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş üstü olmak
- Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olması
- Türkçe konuşup anlayabilecek düzeyde olması
- 6 Şubat depremini yaşamış olması
- Anketler sorularını anlayıp yanıt verebilecek düzeyde bilişsel kapasiteye sahip olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- Anketimizde yer alan yazılı onamdan sonra ankete katılmayı kabul etmesidir.

Dışlama kriterleri ise şunlardır:

- 18 yaşında küçük olması
- Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmaması
- Türkçe konuşamaması

- Anketler sorularını anlayıp yanıt verebilecek düzeyde bilişsel kapasiteye sahip olmaması ve gerçeği değerlendirme yetisini bozacak aktif bir psikopatolojisinin olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamasıdır.

3.3. Veri Toplama Süreci

Araştırma için Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda 30.10.2024 tarih ve 20 karar sayısı ile etik kurul onayı alınmıştır. Etik kurul izni alındıktan sonra Hatay Valiliği İl Acil ve Afet Durum Müdürlüğü'nden 19.11.2024 tarihinde gerekli yazılı izinler alınmıştır. İdari izinlerin alınmasının ardından veri toplama sürecine başlanmıştır. Veriler, yapılandırılmış formlar kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Her bir konteyner kentte, daha önce belirlenen örnekleme yöntemi doğrultusunda rastgele seçilen haneler ziyaret edilmiş ve uygunluk kriterlerini karşılayan bireylerle bireysel görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Veri toplama süreci Ocak-Nisan 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Görüşmelerden önce katılımcılara çalışmanın amacı, içeriği, gönüllülük esasına dayalı katılım koşulları ve elde edilen bilgilerin gizlilik ilkesi çerçevesinde kullanılacağı açık ve anlaşılır bir şekilde anlatılmıştır. Tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Katılımcıların araştırmaya katılmak istememesi durumunda herhangi bir baskı uygulanmamış, çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayandırılmıştır. Katılımcılara herhangi bir teşvik sağlanmamıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama sürecinde, katılımcılara anket uygulamasından önce araştırmanın amacı, kapsamı, gizlilik ilkeleri ve gönüllülük esasları hakkında detaylı bilgi verilmiş; ardından araştırmaya katılım konusunda bilgilendirilmiş onamlarını beyan ettikleri "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" imzalatılmıştır. Onam sürecinin ardından, katılımcılara yönelik veri toplama işlemleri gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda, çalışmada dört temel ölçüm aracı kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların demografik özellikleri, sosyoekonomik durumu, deprem deneyimleri ve psikososyal süreçlerine ilişkin bilgileri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Yarı yapılandırılmış bu formda yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, meslek, gelir düzeyi gibi temel demografik değişkenlerin yanı sıra; deprem öncesi ve sonrası sigara, alkol ve madde kullanımı, travmatik yaşantılar (enkaz altında kalma, yakın kaybı, yaralanma), psikiyatrik geçmiş ve sosyal destek düzeyine ilişkin toplam 42 soru yer almaktadır.

3.4.2. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AUDIT)

Alkol tüketiminin yaygın olduğu topluluklarda, alkolün birey üzerindeki olumsuz etkilerinin saptanması ve riskli kullanımı olan kişilerin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. Alkol kullanım bozukluklarının taranmasında altın standart olarak kabul edilen bu ölçek, son 1 yıl içerisinde bireyin içme davranışlarını, alkol tüketim miktarını ve alkolle ilişkili sorunları değerlendiren 10 maddelik bir ölçüm aracıdır. İlk üç madde tehlikeli alkol kullanımını, 4, 5 ve 6. maddeler bağımlılıkla ilişkili semptomları, son dört madde ise zararlı kullanım davranışlarını ölçmektedir. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 40'tır. Popülasyon çalışmalarında kesme puanının 8 ile 11 arasında değişebildiği bildirilmekle birlikte, önerilen kesme noktası 8'dir. 8 puan ve üzeri zararlı kullanım olarak görülürken, 16 puan ve üzeri yüksek riskli olarak değerlendirilmektedir (132). AUDIT'in Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Saatçioğlu ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan analizlerde Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0,65 ve 0,59 olarak bulunmuştur (133).

3.4.3. Madde Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi (DUDIT)

Madde kullanım sıklığı, maddeyle ilişkili yaşanan sorunlar ve bağımlılık belirtilerini değerlendiren 11 maddelik bir ölçektir. Katılımcıların son bir yıl içerisindeki madde kullanımına ilişkin deneyimlerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Psikometrik özelliklerinin değerlendirildiği ilk çalışmalardan birinde Cronbach alfa katsayısı 0,93 olarak bulunmuş; izleyen araştırmalarda da ölçeğin yüksek düzeyde

geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olduğu gösterilmiştir (134). Ölçeğin kısa sürede uygulanabilir olması, çoktan seçmeli yanıt seçenekleri sunması ve değerlendirme sürecini kolaylaştırması gibi pratik avantajları bulunmaktadır. Puanlama açısından, kadınlar için 2 ve üzeri, erkekler için ise 6 ve üzeri puanlar problemleri madde kullanımını; 25 ve üzeri puanlar ise yüksek riskli kullanım örüntüsünü göstermektedir. Ayrıca DUDIT'in Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları hem cezaevi örneklemi hem de eroin kullanıcıları üzerinde yürütülmüştür (134).

3.4.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL5)

TSSB semptomlarını belirlemek ve bu semptomların şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilen PCL-5, DSM-5 tanı ölçütleri temel alınarak hazırlanmış bir öz bildirim ölçeğidir. Beşli Likert tipi bir derecelendirme sistemine sahip olan ölçek, 0 (hiç yok) ile 4 (aşırı) arasında puanlanan toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Elde edilebilecek toplam puanlar 0 ile 80 arasında değişmektedir. Ölçek; yeniden yaşantılama (B kriteri), kaçınma (C kriteri), olumsuz biliş ve duygudurum (D kriteri) ile artmış uyarılmışlık (E kriteri) olmak üzere dört semptom kümesine karşılık gelen faktörlere göre yapılandırılmıştır (43). PCL-5'in Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2017 yılında Boysan ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (135). PCL-5 değerlendirmesinde önerilen kesme puanı genellikle 33 olmakla birlikte, kullanım amacına ve örneklem grubuna bağlı olarak bu değer farklılıklar olabileceği belirtilmektedir (135, 136).

3.5 İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) paket programı versiyon 27.0 kullanılmıştır. İncelenen değişkenlerde normal dağılım analizi Kolmogorov-Smirnov testi ile yapılmıştır. İki grup karşılaştırmalarında, değişkenin dağılım özelliğine göre Student's t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ise gerektiğinde Wilcoxon testi uygulanmıştır. Kategorik verilerin analizinde frekans (n) ve yüzde (%); niceliksel veri için ortalama ve standart sapma değeri hesaplanmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-Kare Testi (ChiSquare Test), McNemar testi ve Fisher's Exact testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin analizinde Pearson veya Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Ayrıca, belirli değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla çoklu lojistik regresyon analizi

gerçekleştirilmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması $42,95 \pm 15,496$ 'dır. Katılımcıların %51,8'i (n=143) erkek, %48,2'si (n=133) kadındır. Medeni durumları incelendiğinde, %73,2'si (n=202) evli, %16,7'si (n=46) bekar, %4,3'ü (n=12) boşanmış ve %5,8'i (n=16) duldur. Eğitim durumlarına göre katılımcıların %4,3'ü (n=12) okur-yazar değildir, %3,3'ü (n=9) sadece okur-yazardır, %51,5'i (n=142) ilkokul veya ortaokul mezunudur, %19,6'sı (n=54) lise mezunudur ve %21,4'ü (n=59) üniversite mezunudur. Mesleki durumları değerlendirildiğinde, %65,6'sı (n=181) çalışmamaktadır, %34,4'ü (n=95) çalışmaktadır. Aylık gelir durumlarına göre, %73,2'si (n=202) asgari ücret ve altında gelire sahiptir, %26,8'i (n=74) asgari ücretin üzerinde gelire sahiptir. Çalışmaya dahil edilen hastaların tüm demografik verileri Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Sosyodemografik Veriler

Değişkenler	Ort $\pm$ SS	f	%
Yaş	42,95 $\pm$ 15,496		
Cinsiyet			
Erkek		143	%51,8
Kadın		133	%48,2
Medeni Durum			
Evli		202	%73,2
Bekar		46	%16,7
Boşanmış		12	%4,3
Dul		16	%5,8
Eğitim Durumu			
Okur yazar değil		12	%4,3
Okur-yazar		9	%3,3
İlkokul-Ortaokul		142	%51,5
Lise		54	%19,6
Üniversite		59	%21,4

Meslek			
Çalışmıyor		181	%65,6
Çalışıyor		95	%34,4
Aylık Gelir			
Asgari ücret ve altı		202	%73,2
Asgari ücret üstü		74	%26,8

AKB değerlendirmesinde AUDIT ölçeği kullanılmış ve 8 puan ve üzeri alan katılımcılar alkol kullanım bozukluğu açısından riskli kabul edilmiştir. Bu kriterlere göre, toplam 276 katılımcıların %5,8'inde (n=16) alkol kullanım bozukluğu saptanmıştır. MKB değerlendirmesi DUDIT ölçeği ile yapılmış, cinsiyete özgü eşik değerleri dikkate alınarak kadın katılımcılar için 2 ve üzeri, erkek katılımcılar için ise 6 ve üzeri puan alan bireyler riskli olarak değerlendirilmiştir. Bu kapsamda %2,2'si (n=6) MKB açısından riskli bulunmuştur. TSSB değerlendirmesi için kullanılan PCL-5 ölçeğinde 33 ve üzeri puan alan katılımcılar TSSB açısından pozitif olarak değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda katılımcıların %12'sinde(n=33) TSSB bulguları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan 276 bireyden %24,3'ü (n=67) depremin meydana gelmesinden önce alkol kullandığını bildirmiştir. Bu katılımcıların %80,6'sı (n=54) erkek, %19,4'ü (n=13) kadındır. Deprem sonrası alkol kullanım oranı ise %19,2 (n=53) olarak bulunmuştur. Bu dönemde alkol kullandığını belirten bireylerin %79,2'si (n=42) erkek, %20,8'i (n=11) kadındır.

Depremden sonra alkol kullanımına başlayanlar katılımcıların %3,2'sini (n=9), depremden sonra alkol kullanımını bırakanlar ise %8,3'ünü (n=23) oluşturmaktadır. Depremden sonra alkol kullanımını arttıranlar katılımcıların %5,4'ünü (n=15), depremden sonra alkol kullanımını azaltanlar ise %2,5'ini(n=7) oluşturmaktadır.

Deprem öncesi ve sonrası alkol kullanımındaki değişimi değerlendirmek amacıyla McNemar testi uygulanmıştır. Alkol kullanımına devam eden (n=44), alkol kullanımını bırakan (n=23), alkol kullanımına yeni başlayan (n=9) ve hiç kullanmayan (n=200) bireyler dikkate alınarak oluşturulan 2x2 kontenjans tablosu üzerinden

yapılan analiz sonucunda, depremin alkol kullanım alışkanlıklarında anlamlı bir değişime yol açtığı bulunmuştur (McNemar Testi: $\chi^2 = \infty$, $p < 0.001$). Bu bulgu, alkol kullanımını bırakan birey sayısının ($n=23$), kullanımına yeni başlayan birey sayısından ($n=9$) belirgin şekilde fazla olduğunu ve bu değişikliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir.

Depremden sonra madde kullanımı katılımcıların %2,2'sini ($n=6$) oluştururken; bu kişilerin %83,3'ü ($n=5$) erkek, %16,7'si ($n=1$) ise kadındır. Depremden önce madde kullanımı katılımcıların %1,8'ini ($n=5$) oluştururken; bu kişilerin %80'i ($n=4$) erkek, %20'si ($n=1$) kadın olarak belirlenmiştir. Depremden sonra katılımcıların %0,7'si ($n=2$) madde kullanımına başlarken; depremden sonra katılımcıların %0,36'sı ($n=1$) madde kullanımını bırakmıştır. İstatistiksel olarak McNemar test ile değerlendirildiğinde anlamlı bulunmamıştır.

Depremden sonra sigara kullananlar katılımcıların %46,7'sini ($n=129$) oluştururken; %20,6'sı ($n=57$) ise deprem sonrasında önceye kıyasla daha fazla sigara içtiğini belirtmiştir. Depremden sonra sigara kullanmaya başlayan katılımcıların %6,52'sini ($n=18$), depremden sonra sigarayı bırakanlar ise %6,16'sını ($n=17$) oluşturmaktadır.

Tablo 6. AUDİT, DUDİT Skorlarının PCL-5 ile Korelasyonları

Değişkenler	Ortalama $\pm$ Standard Sapma	r	p
AUDİT	1,40 $\pm$ 4,09	0,083	0,168
Dudit	0,51 $\pm$ 3,76	0,002	0,976

r: pearson korelasyon kat sayısı

Çalışmaya dahil edilen kişilerin AUDİT skor ortalaması 1,40 $\pm$ 4,09'dur. Çalışmaya dahil edilen kişilerin DUDİT skor ortalaması 0,51 $\pm$ 3,76'dır. Çalışmaya dahil edilen kişilerin PCL 5 skor ortalaması 18,7 $\pm$ 10,35'tir. Değişkenler arasında korelasyon yoktur.

Tablo 7. AKB ve TSSB İlişkisi

	AKB yok (AUDIT<8)	AKB var (AUDIT≥8)	x ²	p
TSSB yok (PCL-5 <33)	233(%89,6)	10 (%62,5)	10,527	0,001
TSSB var (PCL-5 ≥33)	27(%10,4)	6 (%37,5)		

Ki kare x² = 10,527 ve p= 0,001

Alkol kullanım bozukluğu ile TSSB arasındaki ilişki incelenmek istenmiştir. Yapılan analiz sonucunda TSSB açısından AKB olup olmaması anlamlı fark göstermiştir (p = 0,001) (Tablo 7).

Tablo 8. MKB ve TSSB İlişkisi

	MKB Yok	MKB Var	x ²	p
TSSB yok (PCL-5 <33)	238 (%88,1)	5 (%83,3)	0,129	0,719
TSSB var (PCL-5 ≥33)	32(%11,9)	1 (%16,7)		

Ki kare x² = 0,129 ve p= 0,719

Madde kullanım bozukluğu ile TSSB arasındaki ilişki incelenmek istenmiştir. Yapılan analiz sonucunda TSSB açısından MKB olup olmaması anlamlı bir fark göstermemiştir (p=0,719) (Tablo 8).

Tablo 9. AUDIT Skoru ve Demografik Veriler Karşılaştırması

Değişkenler	AKB Yok (AUDIT<8)		AKB Var (AUDIT ≥8)		p
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Cinsiyet					
Erkek	127	%88,8	16	%11,2	<0,001 ^A
Kadın	133	%100	0		
Medeni Durum					
Evli	194	%96	9	%4	0,168 ^A
Bekar	41	%89,1	5	%10,9	
Boşanmış	10	%83,3	2	%16,7	
Dul	16	%100	0		
Eğitim Durumu					
Okur yazar değil	12	%100	0		0,823 ^A
Okur-yazar	8	%89,9	1	%11,1	
İlkokul-Ortaokul	132	%93	10	%7	
Lise	52	%96,3	2	%3,7	
Üniversite	56	%94,9	3	%5,1	
Meslek					
Çalışmıyor	170	%93,9	11	%6,1	0,783 ^A
Çalışıyor	90	%94,7	5	%5,3	

Aylık Gelir				
Asgari ücret ve altı	191	%94,6	11	%5,4
Asgari ücret üstü	69	%93,2	5	%6,8
Çocuk Durumu				
Var	197	%95,6	9	%4,4
Yok	63	%90	7	%10
Değişkenler	Ortalama ± Standard Sapma		Ortalama ± Standard Sapma	
Yaş	43,09 ± 15,46		40,69 ± 16,414	0,488*

p^A: ChiSquared (Ki Kare) p* Mann-Whitney U

Çalışmaya katılanların AUDIT skorları ile demografik verileri karşılaştırılmıştır. Erkeklerin 127'sinde (%88,8) düşük AUDIT skoru varken 16'sında (%11,12) yüksektir. Kadınların ise tamamının AUDIT skorlarının düşük olduğu görülmüştür. Cinsiyet ile AUDIT skoru arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır (p<0,001). Çalışmaya katılanların medeni durum, eğitim durumu, meslek, aylık gelir ve yaş ile AUDIT skoru arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (sırasıyla p=0,168; p=0,823; p=0,783; p=0,680; p=0,488) (Tablo 9).

Tablo 10. DUDIT Skoru ve Demografik veriler Karşılaştırması

Değişkenler	DUDIT Düşük		DUDIT Yüksek		p*
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Cinsiyet					
Erkek	138	%96,5	5	%3,5	0,462 ^A
Kadın	132	%99,2	1	%0,8	
Medeni Durum					
Evli	200	%99	2	%1	0,859 ^A
Bekar	43	%93,5	3	%6,5	
Boşanmış	11	%91,7	1	%8,3	
Dul	16	%100	0		
Eğitim Durumu					
Okuryazar değil	12	%100	0		0,394 ^A
Okuryazar	8	%88,9	1	%11,1	
İlkokul-Ortaokul	139	%98,6	2	%1,4	
Lise	53	%98,1	1	%1,9	
Üniversite	57	%96,6	2	%3,4	
Meslek					
Çalışmıyor	177	%97,8	4	%2,2	0,072 ^A
Çalışıyor	93	%97,9	2	%2,1	
Aylık Gelir					
Asgari ücret ve altı	196	%97	6	%3	0,134 ^A
Asgari ücret üstü	74	%100	0		
Değişkenler	Ortalama ± Standard Sapma				
Yaş	43,25 ± 15,503		29,50 ± 7,314		0,031*

p^A: ChiSquared (Ki Kare) p* Mann-Whitney U

Çalışmaya katılanların DUDIT skorları ile demografik verileri karşılaştırılmıştır. Cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, aylık gelir ile DUDIT skoru arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (sırasıyla $p=0,462$, $p=0,859$, $p=0,394$, $p=0,072$, $p=0,134$). DUDIT Skoru düşük olanların yaş ortalaması $43,25 \pm 15,503$ 'tür. DUDIT Skoru yüksek olanların yaş ortalaması $29,33 \pm 7,314$ 'tür. Yaş ile DUDIT skoru arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,031$)(Tablo 10).

Tablo 11. PCL 5 Skoru ve Demografik veriler Karşılaştırması

Değişkenler	PCL-5 <33		PCL 5 $\geq$ 33		p*
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Cinsiyet					
Erkek	127	%87,2	16	%11,2	0,684
Kadın	116	%87,2	17	%12,8	
Medeni Durum					
Evli	181	%90	20	%10	0,405
Bekar	39	%84,8	7	%15,2	
Boşanmış	9	%75	3	%25	
Dul	13	%81,2	3	%18,8	
Eğitim Durumu					
Okur yazar değil	12	%100	0		0,143
Okur-yazar	8	%88,9	1	%11,1	
İlkokul-Ortaokul	125	%88	17	%12	
Lise	47	%87	7	%13	
Üniversite	51	%86,4	8	%13,6	
Meslek					
Çalışmıyor	161	%88,9	20	%11,1	0,465 ^A
Çalışıyor	82	%86,3	13	%13,3	
Aylık Gelir					
Asgari ücret ve altı	176	%73,2	26	%12,9	0,439
Asgari ücret üstü	74	%26,8	7	%9,5	
Değişkenler	Ortalama $\pm$ Standard Sapma		Ortalama $\pm$ Standard Sapma		
Yaş	43,53 $\pm$ 15,775		38,73 $\pm$ 12,667		0,095

p^A: ChiSquared (Ki Kare) p* ANOVA

PCL-5 skoru ile demografik değişkenler arasındaki ilişki incelenmiş, PCL-5 skoru ile demografik değişkenler arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 11).

Tablo 12. Depremden Sonra Alkol Kullanımı ile PCL – 5 Skorunun Karşılaştırılması

Değişkenler	PCL –5 Düşük		PCL –5 Yüksek		p ^A
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Depremden Sonra Alkol Kullanımı					
Var	43	%81,1	10	%18,9	0,084
Yok	200	%89,7	23	%10,3	

p^A: Ki Kare (ChiSquare)

Depremden sonra alkol kullanımı ile PCL-5 skoru arasındaki ilişki incelenmek istenmiştir. Depremden sonra alkol kullanımı olan 43 (%81,1) kişinin PCL 5 skoru düşükken 10'unun (%18,9) yüksektir. Depremden sonra alkol kullanımı olmayan 200 (%89,7) kişinin PCL 5 skoru düşükken 23'ünün (%10,3) yüksektir. Depremden sonra alkol kullanımı ile PCL-5 skoru arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,084). Depremden sonra alkol kullanan kişi sayısında azalma mevcuttur (Tablo 12).

Tablo 13. Ölçek Ortalama Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırması

	Erkek (Ort-SS)	Kadın (Ort-SS)	U	p
AUDIT	2,39 ± 5,388	0,33 ± 1,192	7484,0	< 0,001
DUDIT	0,85 ± 4,987	0,14 ± 1,561	9248,0	0,119
PCL-5	16,20 ± 10,372	21,41 ± 9,660	12462,5	< 0,001

Katılımcıların AUDIT, DUDIT ve PCL-5 ölçeklerinden aldıkları puanlar cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırılmıştır. Bu amaçla erkek ve kadın katılımcıların ortalama puanları ile standart sapmaları hesaplanmış, gruplar arası farkın anlamlılığı Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgulara göre; Erkek katılımcıların AUDIT puan ortalaması 2,39±5,38 iken, kadın katılımcıların AUDIT puan ortalaması 0,33±1,19'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p < 0,001). DUDIT puanları açısından erkeklerin ortalaması 0,85±4,98, kadınların ortalaması ise 0,14±1,56 olarak belirlenmiştir. Bu fark anlamlılık sınırında olmamakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0,110). PCL-5 puan ortalamaları ise erkeklerde 16,20±10,37, kadınlarda 21,41±9,66 olarak saptanmıştır. Bu fark anlamlı düzeydedir (p < 0,001). Bu sonuçlara göre, erkek katılımcıların alkol ve madde kullanım düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek, buna

karşın kadın katılımcıların travma sonrası stres belirtilerinin erkeklere göre daha yoğun olduğu görülmektedir (Tablo 13).

Tablo 14. AKB ve TSSB'nin Cinsiyete Göre Karşılaştırması

Değişkenler	Kadın	Erkek	p ^A
AKB yok	133 (%100)	127 (%90,2)	0,001
AKB var	0	16 (%9,8)	
TSSB yok	116 (%87,2)	127 (%92,3)	0,166
TSSB var	17 (%12,8)	16 (%7,7)	

p^A: Ki Kare (ChiSquare)

AKB ve TSSB'nin cinsiyet ile ilişkisi incelenmek istenmiştir. Çalışmaya dahil edilen kadınlarda AKB görülmemiştir. Çalışmaya dahil edilen erkeklerde ise 16 (%9,8) hastada AKB görülmüştür. AKB ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır (p=0,001). TSSB ile cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında, çalışmaya dahil edilen 119 (%89,5) kadında TSSB görülmezken 14 (%10,5) kadında görülmüştür. Çalışmaya dahil edilen 132 (%92,3) erkekte TSSB görülmezken 11 (%7,7) kadında görülmüştür. TSSB ile cinsiyet arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (p=0,166) (Tablo 14).

Tablo 15. TSSB ve Eğitim Durumu Karşılaştırılması

Değişkenler	TSSB		p ^A
	Yok	Var	
Eğitim Durumu			0,853
Okur yazar değil	12 (%4,9)	0	
Okur-yazar	8 (%3,3)	1 (%3)	
İlkokul-Ortaokul	124 (%51,0)	17 (%51,5)	
Lise	47 (%19,3)	7 (%21,2)	
Üniversite	52 (%21,5)	8 (%24,2)	

p^A: Ki Kare (ChiSquare)

Çalışmaya dahil edilen hastaların eğitim durumları ile TSSB ilişkisi incelenmek istenmiştir. TSSB'ye rastlanmayanların 12'si (%4,9) Okuryazar değil, 8'i (%3,3) Okur-yazar, 124'ü (%51) İlkokul-Ortaokul mezunu, 47'si (%19,3) Lise, 52'si (%21,5) Üniversite mezunudur. TSSB görülenlerin 1'i (%3) Okur-yazar, 17'si (%51,5) İlkokul-Ortaokul mezunu, 7'si (%21,2) Lise, 8'i (%24,2) Üniversite mezunudur. TSSB ile eğitim durumu arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (p=0,853) (Tablo 15).

Tablo 16. 1. Dereceden Yakınını Kaybetme, Depremden Sonra Psikososyal Destek Alma, Çevreden Alınan Destek Algısı ve Depremde Enkaz Altında Kalma ile TSSB İlişkisi

Değişkenler	TSSB		p ^A
	Yok	Var	
1. Dereceden Yakınınızı Kaybettiniz Mi? Evet Hayır	13(%86,7) 230 (%94,7)	2 (%13,3) 31 (%93,9)	0,866
Depremden sonra psikososyal destek aldınız mı? Evet Hayır	43 (%76,8) 200 (%90,9)	13 (%23,2) 20 (%9,1)	0,004
Depremden sonra sosyal çevrenizin size yeterince destek olduğunu düşünüyor musunuz? Evet Hayır	121 (%90,3) 122 (%86,5)	13 (%9,7) 19 (%13,5)	0,329
Depremde enkaz altında kaldınız mı? Evet Hayır	34 (72,3) 208 (%91,2)	13 (%27,7) 20 (%8,8)	0,001

p^A: Ki Kare (ChiSquare)

Çalışmaya dahil edilen kişilerin 1. dereceden yakınını kaybetme, depremde sonra psikososyal destek alma, çevreden alınan destek algısı ve depremde enkaz altında kalma ile TSSB ilişkisi incelenmek istenmiştir. 1. dereceden akrabasını kaybeden 13(%86,7) kişide TSBB görülmezken 2 (%13,3) kişide görülmüştür. 1. dereceden akrabasını kaybetmeyen 230 (%88,1) kişide TSBB görülmezken 31 (%11,9) kişide görülmüştür. TSSB ile 1. dereceden yakınını kaybetme arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (p=0,866). Depremden sonra psikososyal destek alıp almama ile TSSB arasındaki ilişki incelendiğinde psikososyal destek alan 43 (%76,8) kişide TSSB görülmezken 13 (%23,2) kişide görülmüştür. Psikososyal destek almayan 200 (%90,9) kişide TSSB görülmezken 20 (%9,1) kişide görülmüştür. Psikososyal destek almak ile TSSB arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır (p=0,004). Depremden sonra sosyal çevreden alınan destek algısı ile TSSB arasındaki ilişki incelenmek istenmiştir. Sosyal çevresinden yeterli desteği aldığını düşünen 121 (%90,3) kişide TSSB görülmezken 13 kişide (%9,7) görülmüştür. Sosyal çevresinden yeterli destek almadığını düşünen 122 (%86,5) kişide TSSB görülmezken 19 (%13,5) kişide görülmüştür. TSSB ile sosyal çevreden alınan destek algısı arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (p=0,329). Depremden sonra enkaz altında kalma ile TSSB arasındaki ilişki incelenmek istenmiştir. Depremde enkaz altında kalan 34 (%72,3) kişide TSSB görülmezken 13 (%27,7) kişide TSSB görülmüştür. Enkaz altında kalmayan 208 (%91,2) kişide TSSB

görülmezken 20 (%8,8) TSSB görülmüştür. Depremde enkaz altında kalma ile TSSB arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır ($p=0,001$) (Tablo 16).

Tablo 17. AKB Tanısına İlişkin Risk Faktörleri İçin Kurulan Lojistik Regresyon Modeli

	SE	Z	Wald	OR	%95 GA	p
Sabit	0,447	3,73	13,9	5,31	2,209-12,74	<0,001
Kardeş-ebeveyn Kaybı	0,551	1,74	3,03	2,61	0,887-7,69	0,082
Enkazdan çıkarılan yaralıları görme	1,043	2,09	4,37	8,88	1,151-68,60	0,036

Model istatistiği: $p=0,003$ / $df=2$ / $\chi^2=11,5$ / Nagelkerke $R^2=0,114$

AKB tanısını yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla iki bağımsız değişkenin dahil edildiği ikili lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Modele dahil edilen değişkenler, depremde kardeş veya ebeveyn kaybı yaşama ve enkazdan çıkarılan yaralıları görme olarak belirlenmiştir. Model genel olarak istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($\chi^2(2) = 11,5$; $p = 0,003$), ve modelin varyans açıklama oranı Nagelkerke $R^2 = 0,114$ olarak hesaplanmıştır. Regresyon katsayıları incelendiğinde, yaralı görme değişkeni anlamlı bir risk faktörü olarak saptanmıştır (OR = 8,88, %95 GA: 1,151–68,60; $p = 0,036$). Bu bulgu, deprem sırasında travmatik görsel uyarılara maruz kalmanın AKB gelişme riskini yaklaşık dokuz kat artırdığını göstermektedir. Kardeş veya ebeveyn kaybı değişkeni ise sınırda anlamlılık düzeyine ulaşmıştır (OR = 2,61, %95 GA: 0,887–7,69; $p = 0,082$), bu durum yakın kayıpların AKB gelişiminde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Modelin sabit katsayısı da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (OR = 5,31, %95 GA: 2,209–12,74; $p < 0,001$) (Tablo 17). Örneklemde AKB tanısı alan bireylerin tamamının erkek olması nedeniyle, cinsiyet değişkeni modele dahil edilmemiştir. Bu durum, lojistik regresyon analizinde perfect separation (tam ayrım) sorununa yol açabileceği için metodolojik olarak uygun bulunmamıştır.

Tablo 18. Depremde Enkaz Altında Kalma, Enkazdan Çıkarılan Yaralıları Görme ile AKB ilişkisi

Değişkenler	AKB		p ^A
	Yok	Var	
Depremde Enkaz Altında Kalma Yok Var	215 (%94,3) 44 (%93,6)	13 (%5,7) 3 (%6,4)	0,7417
Enkazdan çıkarılan yaralıları görme Yok Var	101 (%99) 159 (%91,4)	1 (%1) 15 (%8,6)	0,007

Fisher's Exact Test

Depremde enkazda altında kalma, enkazdan çıkarılan yaralıları görme ile AKB ilişkisi incelenmek istenmiştir. Enkaz altında kalmayan 2015 (%94,3) kişide AKB görülmezken 13 (%5,7) kişide AKB görülmüştür. Enkazda kalan 44 (%9,3) kişide AKB görülmezken 3 (%6,4) kişide AKB görülmüştür. Depremde enkaz altında kalma ile AKB arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p=0,7417$). Enkazdan çıkarılan yaralıları görmeyen 101 (%99) kişide AKB görülmezken 1 (%1) kişide AKB görülmüştür. Enkazdan çıkarılan yaralıları gören 159 (%91,4) kişide AKB görülmezken 15 (%8,6) kişide AKB görülmüştür. Enkazdan çıkarılan yaralıları görme ile AKB arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır ($p=0,007$) (Tablo 18).

Tablo 19. Sigara Kullanımı ile AKB, TSSB ve MKB ilişkisi

Değişken		Sigara Kullanımı		p
		Var n (%)	Yok (%)	
AKB	Yok	113 (43,5)	147 (56,5)	<0,001
	Var	16 (100)	0 (0)	
TSSB	Yok	109 (44,9)	134 (55,1)	0,089
	Var	20 (60,6)	13 (39,4)	
MKB	Yok	122 (45,2)	148 (54,8)	0,008
	Var	6 (100)	0 (0)	

p^A: Ki Kare (ChiSquare)

Sigara kullanımı ile AKB, TSSB ve MKB arasındaki ilişki incelenmek istenmiştir. AKB olmayan 113 (%43,5) kişi sigara kullanmaktayken 147 (%56,5) kişi

kullanmamaktadır. AKB olan 16 kişinin tamamı sigara kullanmaktadır. AKB ile sigara kullanımı arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır ($p<0,001$). TSSB olmayan 109 (%44,9) kişi sigara kullanmaktayken 134 (%55,1) kişi kullanmamaktadır. TSSB olan 20 (%60,6) kişi sigara kullanmaktayken 13 (%39,4) kişi kullanmamaktadır. TSSB ile sigara kullanımı arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p=0,089$). MKB olmayan 122 (%45,2) kişi sigara kullanmaktayken 148 (%54,8) kişi kullanmamaktadır. MKB olan 6 kişinin tamamı sigara kullanmaktadır. DUDIT prevalansı ile sigara kullanımı arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır ($p=0,008$) (Tablo 19).

Tablo 20. Depremden Önce ve Sonra Günlük İçilen Sigara Miktarı Karşılaştırılması

Değişkenler	Günlük İçilen Sigara Miktarı Ort $\pm$ SS	p
Depremden Önce	16,89 $\pm$ 9,967	<0,001
Depremden Sonra	22,13 $\pm$ 13,709	

p Wilcoxon signed-rank test

Depremden önce ve sonra günlük içilen sigara sayısı arasındaki farklılık incelenmiş ve depremden sonra içilen sigara sayısının istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 20).

Tablo 21. Deprem Sonrası Alkol Kullanım Nedenleri

Alkol Kullanım Nedeni	n	%
Uykuya dalmak	2	2,7
Sorunları unutmak	19	25,3
Öfke kontrolünü sağlamak	1	1,3
Nedensiz keyif amaçlı içmek	23	30,7
Arkadaş ortamında onlara eşlik etmek, kıramamak	30	40

Alkol kullanım nedenleri incelenmiştir. En sık bildirilen neden, arkadaş ortamında alkol kullananlara eşlik etmek veya onları kıramamak olarak belirtilmiş ($n=30$, %40,0). Bunu sırasıyla nedensiz keyif amaçlı içmek ($n=23$, %30,7), sorunları unutmak ($n=19$, %25,3), uykuya dalmak ($n=2$, %2,7) ve öfke kontrolünü sağlamak ($n=1$, %1,3) izlemektedir. (Tablo 21).

Tablo 22. Depremden Sonraki İlk Ay Kalınan Yer ile TSSB İlişkisi

Değişkenler	TSSB		p ^A
	Yok	Var	
Depremden Sonra Kalınan Yer			
Kendi evinde	14 (%5,8)	2 (%6,1)	0,343
Akrabalarının evinde	81 (%33,3)	8 (%24,2)	
Arkadaşlarının evinde	22 (%9,1)	1 (%3)	
Sosyal destek kurumlarının tahsis ettiği yerlerde	71 (%29,2)	15 (%45,5)	
Çadır kentte	55 (%22,6)	7 (%21,2)	

p^A: Ki Kare (ChiSquare)

Depremden sonraki ilk ay kalınan yer ile TSSB arasındaki ilişki incelenmek istenmiştir. TSSB görülmeyen kişilerin depremden sonra 14'ü (%5,8) kendi evinde, 81'i (%33,3) Akrabalarının evinde, 22'si (%9,1) Arkadaşlarının evinde, 71'i (%29,2) Sosyal destek kurumlarının tahsis ettiği yerlerde, 55'i (%22,6) ise çadır kentte kalmıştır. TSSB görülen kişilerin ise 2'si (%6,1) kendi evinde, 8'i (%24,2) Akrabalarının evinde, 1'i (%3) Arkadaşlarının evinde, 15'i (%45,5) Sosyal destek kurumlarının tahsis ettiği yerlerde, 7'si (%21,2) ise çadır kentte kalmıştır. TSSB ile depremden sonra kalınan yer arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (p=0,343) (Tablo 22).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen Kahramanmaraş merkezli depremlerin ardından Hatay ili Antakya ilçesindeki konteyner kentlerde yaşayan bireyler arasında alkol ve madde kullanım bozukluklarının prevalansını belirlemeye yönelik olarak yürütülmüş tanımsal ve kesitsel bir saha araştırmasıdır. Aynı zamanda, bu bozukluklara etki eden sosyodemografik ve travmatik yaşantı faktörlerini incelemeyi ve TSSB ile olan ilişkilerini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Afet sonrası dönemde toplum temelli yürütülen prevalans çalışmaları, hem ruhsal bozuklukların toplumda ne ölçüde görüldüğünü saptamak hem de bu bozukluklarla ilişkili risk faktörlerini belirleyerek hedefe yönelik müdahale planlamaları yapmak açısından önem taşımaktadır.

Çalışmamızda, Antakya ilçesindeki konteyner kentlerde yaşayan katılımcıların %5,8'inde (n=16) AKB saptanmıştır. Bu oran, DSÖ'nün küresel düzeyde bildirdiği %5,1'lik genel AKB prevalansı ile benzerlik göstermektedir. Ancak, Türkiye genelindeki %4,8'lik oranla kıyaslandığında daha yüksektir; bu fark, afet sonrası dönemin psikososyal etkileri ve örneklemin yalnızca depremde etkilenen bireylerden oluşmasıyla açıklanabilir (45).

AKB prevalansına dair afet sonrası yürütülen uluslararası araştırmalar da çalışmamızda elde edilen oranı desteklemektedir. On farklı afetin ardından sistematik bir gözden geçirme çalışmasında, felaket sonrası AKB prevalans oranları %4 ila %29 arasında değişmiş; özellikle erkeklerde oranların daha yüksek seyrettiği bildirilmiştir (60). Benzer şekilde, Japonya'da deprem sonrası yapılan sekiz yıllık izlem çalışmasında, kalıcı AKB seyri %3,4 olarak saptanmış, bu oran afet sonrası dönemde alkol kullanımına yönelik devam eden riskleri ortaya koymuştur (137).

Bu çalışmada elde edilen %5,8'lik AKB prevalansı, hem Türkiye ortalamasının üzerinde olması hem de afet sonrası psikososyal etkilerin devam ettiği bir popülasyona dayanması açısından önem arz etmektedir. Bu bulgu, afet sonrası toplum temelli ruh sağlığı izleme çalışmalarının gerekliliğini ortaya koymakta, aynı zamanda AKB'ye yönelik koruyucu müdahalelerin önemini vurgulamaktadır.

Deprem öncesinde alkol kullandığını bildiren birey oranı %24,3 iken, bu oran depremin ardından %19,2'ye gerilemiştir. Yapılan McNemar testi, alkol kullanımını bırakan bireylerin (n=23), deprem sonrası alkol kullanmaya başlayan bireylerden (n=9) anlamlı şekilde daha fazla olduğunu göstermiştir ($p<0.001$). Bu bulgu, afet sonrası dönemde bazı bireylerin alkol kullanımında azalma eğilimi gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Literatürde afet sonrası alkol kullanımındaki değişime dair bulgular genellikle tutarlı değildir. Afetler ve alkol kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen sistematik derlemede, afet sonrası alkol tüketiminde klinik olarak küçük ama istatistiksel olarak anlamlı artışlar rapor edilmiştir. Ancak bu artışların çoğunlukla geçici ve patolojik düzeye ulaşmayan nitelikte olduğu vurgulanmıştır (61). İtalya'daki L'Aquila depreminin ardından yapılan çalışmada, katılımcıların %51'inin alkol kullanımını artırdığı bildirilmiştir. Ancak bu artışın, stresle başa çıkma mekanizması olarak değerlendirildiği ve kalıcı bir bozukluk düzeyine dönüşmediği belirtilmiştir (138). Benzer şekilde, Avustralya'daki sel felaketi sonrası yürütülen çalışmada, afet düzeyiyle doğru orantılı olarak alkol kullanımında artış gözlenmiş; ancak bu artışın da klinik olarak hafif ve kısa süreli olduğu ifade edilmiştir (139).

Öte yandan, kasırga sonrası yapılan bir çalışmada, afet sonrası alkol kullanımındaki artışın doğrudan afet deneyimiyle değil, dolaylı psikososyal etkilerle ilişkili olabileceğini öne sürmüştür (140). Çalışmamızda ise afet sonrası alkol kullanım oranının azalması, literatürde daha az bildirilen ancak bazı çalışmalarda yer bulan bir eğilimi yansıtmaktadır. Örneğin, Cerdá ve arkadaşları, Katrina Kasırgası sonrası örneklemelerinde bazı bireylerin alkol tüketiminde azalma yaşadığını ve bu durumun özellikle travma öncesi alkol kullanımı olan kişilerde daha sık görüldüğünü bildirmiştir (141). Pfefferbaum ve arkadaşları tarafından 11 Eylül saldırılarının ardından yapılan başka bir ulusal temsili çalışmada da alkol kullanımında %4,2 oranında artış, ancak %2,7 oranında da azalma saptanmıştır. Araştırmacılar, bu farklı yönlerdeki değişimlerin bireylerin verdikleri duygusal tepkiler ve işlevsellik düzeyleriyle bağlantılı olduğunu belirtmişlerdir. Alkol kullanımını artıran bireylerde daha fazla işlevsellik bozukluğu ve duygusal tepki gözlenirken, kullanımını azaltanlarda bu semptomların daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (142). Bu

farklılıklar, afetin türü, süresi, kültürel bağlamı, müdahale düzeyi ve bireysel baş etme mekanizmaları gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir.

Sonuç olarak, bu çalışmada depremin ardından bireylerin bir kısmında alkol kullanımının azaldığı görülmüş ve bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum, afet sonrası ruhsal etkilerin yalnızca risk değil, aynı zamanda bazı bireyler için koruyucu ve düzenleyici süreçleri tetikleyebileceğini de göstermektedir. Alkol kullanımındaki bu azalma, yalnızca bireysel farkındalık ya da ruhsal toparlanma ile değil, aynı zamanda afetin ardından ortaya çıkan maddi imkânsızlıklar ve alkole erişimde yaşanan kısıtlılıklarla da ilişkili olabilir. Afet sonrası dönemde yaşanan gelir kaybı, işsizlik ve temel ihtiyaçlara öncelik verilmesi, alkol gibi maddelere yapılan harcamaların azaltılmasına neden olabilir. Bu bulgu, afet sonrası müdahalelerde bireysel psikososyal farkların yanı sıra ekonomik koşulların da dikkate alınması gerektiğine işaret etmekte; destek programlarının bütüncül bir yaklaşımla planlanmasının önemini vurgulamaktadır.

Türkiye özelinde erkeklerde AKB oranı %8.1, kadınlarda %1.7 olarak saptanmıştır (45). Çalışmamızda AKB olan tüm bireylerin erkek olması, erkek cinsiyetin bu bozukluk açısından daha yüksek risk taşıdığını göstermektedir. Bu bağlamda, çalışmamızdaki tüm AKB vakalarının erkek katılımcılarda olması, afet sonrası dönemde erkeklerde riskin belirgin şekilde yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum, alkol kullanımının erkeklerde daha yaygın olduğunu gösteren önceki araştırmalarla uyumludur. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada, erkeklerin kadınlara göre daha fazla alkol tükettiği, daha erken yaşta alkole tanıştığı ve alkole ilişkili sağlık sorunlarını daha sık yaşadığı belirtilmiştir (143). Afet sonrası stres gibi zorlu yaşam olayları, erkeklerde var olan riskleri daha da artırabilir. Ayrıca, Japonya'daki Büyük Doğu Japonya Depremi sonrasında yapılan uzunlamasına bir araştırmada da erkek cinsiyetin afet sonrası problemlili alkol kullanımının gelişmesinde anlamlı bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (144). Bu veriler, afet sonrası dönemde özellikle erkek bireylerin, hem alkol kullanımını başlatma hem de devam ettirme açısından daha kırılgan bir grup olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, afet sonrası psikososyal hizmetlerin planlanmasında erkek cinsiyetin bir risk faktörü olarak dikkate alınması ve alkol kullanım davranışlarının erken dönemde taranarak müdahale edilmesi önem arz etmektedir.

Bu çalışmada, AKB'yi yordayan en güçlü değişkenler cinsiyet, ebeveyn veya kardeş kaybı, ve depremde enkazdan çıkarılan yaralıları görme olarak belirlenmiştir. Bulgular, afet sonrası alkol kullanımındaki değişimi ve risk faktörlerini irdeleyen literatürle büyük ölçüde tutarlıdır.

Öncelikle, çalışmamızda erkek cinsiyet AKB için en güçlü yordayıcı olarak öne çıkmıştır. Bu bulgu, birçok afet sonrası çalışmayla uyumludur. Örneğin, Morishima ve arkadaşları, Japonya'daki deprem sonrası 8 yıllık takip çalışmalarında erkek olmanın, kalıcı problemlili alkol kullanımının en güçlü prediktörü olduğunu göstermiştir (137). Benzer şekilde, North ve arkadaşlarının on farklı afetin ardından yürüttüğü sistematik çalışmada da hem afet öncesi hem sonrası AKB yaygınlığı erkeklerde anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (60).

Anne, baba veya kardeş kaybı da AKB için anlamlı bir yordayıcı olarak bulunmuştur. Bu bulgu, yas sürecinin alkol kullanım bozukluğu üzerindeki etkisine dair literatürle örtüşmektedir. Bottomley ve arkadaşları, yas sürecindeki bireylerde AKB prevalansının genel popülasyona kıyasla daha yüksek olduğunu (yaklaşık %30) bildirmiştir. Ayrıca, depresyon ve uzamış yas bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan bireylerin AKB riskinin anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır (145). Bu bulgular, afet sonrası yakın kaybı yaşayan bireylerin, yasin etkisiyle artan alkol kullanımına yönelebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda anlamlı bir diğer bulgu ise, enkazdan çıkarılan yaralıları görme değişkeninin AKB ile ilişkili olmasıdır. Bu gözleme dayalı travmatik maruziyetin, doğrudan yaşanmayan ancak tanıklık yoluyla ruhsal etkiler yaratan bir travma formu olduğu bilinmektedir. Cerda ve arkadaşlarının Katrina ve Rita Kasırgaları sonrasında yürüttüğü çalışmada, travmatik olaylara maruz kalma sıklığının, alkol tüketimi ve aşırı içki içme günleriyle pozitif ilişkili olduğu bildirilmiştir (141).

Travmatik maruziyetin psikolojik yükü yalnızca doğrudan etkilenmeyle sınırlı kalmayıp, tanıklık gibi dolaylı yaşantılarla da tetiklenebilmektedir. Bu da, afet sonrası ruhsal taramaların yalnızca doğrudan yaralanan bireylerle sınırlı tutulmaması gerektiğini, tanıklık eden bireylerin de risk değerlendirmelerine dahil edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmanın bulguları, afet sonrası alkol kullanım bozukluğunun gelişiminde cinsiyet, yakın kayıplar, çalışma durumu ve travmatik tanıklıkların önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır. Bu faktörler, afet sonrası müdahale programlarında risk gruplarının belirlenmesinde dikkate alınmalı; özellikle erkek bireyler, yakınlarını kaybedenler ve ciddi travmatik olaylara tanıklık etmiş olanlar için hedefe yönelik ruh sağlığı ve bağımlılık önleme stratejileri geliştirilmelidir.

Çalışmamızda, deprem sonrasında alkol kullanımının ardındaki motivasyonlar incelendiğinde, en sık bildirilen nedenin “arkadaş ortamında onlara eşlik etmek, kıramamak” olduğu görülmüştür (%40). Bu bulgu, afet sonrası dönemde bireylerin alkol kullanım davranışlarının yalnızca bireysel stres yanıtlarıyla değil, aynı zamanda sosyal çevrenin etkisi ve grup dinamikleri ile de şekillendiğini göstermektedir. Bu durum, travma sonrası dönemde sosyal bağların güçlenmesi ya da sürdürülmesi yönünde bir çaba olarak değerlendirilebilir.

Bir çalışmada, akran ilişkilerinin özellikle genç bireylerde alkol kullanımı üzerinde güçlü bir etkisi olduğunu ortaya koyulmuş; sosyal etkileşim ortamlarında alkol tüketiminin normatif bir davranış biçimi haline gelebileceğini vurgulanmıştır (146). Bu, çalışmamızda en sık bildirilen nedenin sosyal uyum temelli olmasıyla örtüşmektedir.

Sonuç olarak, bu bulgular afet sonrası alkol kullanımının yalnızca bir risk göstergesi değil, aynı zamanda bireyin sosyal çevresine uyum sağlama, duygularını düzenleme ve travma sonrası baş etme çabalarının bir parçası olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, afet sonrası yapılacak müdahalelerde alkol kullanımına yalnızca bireysel değil, aynı zamanda sosyal bağlam içinde de yaklaşılmalı; sosyal normlar, akran etkisi ve destek sistemleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda MKB prevalansı %2,2 (n=6) olarak saptanmıştır. Bu oran, ulusal ve uluslararası epidemiyolojik verilerle karşılaştırıldığında tutarlılık göstermektedir. Örneğin, ABD gençliğini temsil eden büyük ölçekli epidemiyolojik çalışmalarda, yaşam boyu yasadışı madde kullanım bozukluğu yaygınlığı %2–3 olarak bildirilmektedir (147). Türkiye genelini temsil eden geniş örneklemli bir araştırmada ise, alkol ve tütün hariç tekli madde kullanımının yaşam boyu prevalansı %4.5; çoklu madde kullanımının ise %2.6 olduğu bulunmuştur (148). Bu bağlamda, afet sonrası

örnekleme gözlemlenen %2.2'lik MKB oranı genel popülasyona benzer düzeydedir; ancak afet gibi yoğun stres yaratan yaşam olaylarının ardından madde kullanımının ortaya çıkması, bu bireylerin özel olarak izlenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Dolayısıyla, afet sonrası ruh sağlığı hizmetlerinde MKB' nin sistematik biçimde değerlendirilmesi, erken müdahale ve önleyici yaklaşım açısından önem arz etmektedir.

Çalışmamızda, deprem sonrası dönemde MKB oranı %2,2 olarak saptanmış; katılımcıların %0,7'si (n=2) deprem sonrası madde kullanımına başlamış, %0,36'sı (n=1) ise bırakmıştır. Deprem öncesinde MKB oranı %1,8 olarak kaydedilmiş olup, genel artış sınırlı düzeydedir. Küçük örneklem büyüklüğü nedeniyle istatistiksel analizlerde anlamlılık saptanamamış olsa da, bu bulgular madde kullanımının afet sonrası erkeklerde daha belirgin olabileceğine dair ipuçları sunmaktadır.

Literatürde afet sonrası madde kullanımındaki değişimlerin yönü ve yaygınlığı oldukça değişkendir. Afet sonrasında bazı çalışmalarda madde kullanımında artış görülürken, bazı çalışmalarda anlamlı bir değişim gözlenmemiştir. Van Der Velden ve Kleber , afet sonrası dönemde TSSB ve depresyon gibi psikopatolojilerle başa çıkma amacıyla tütün, alkol ve diğer madde kullanımının artabileceğini; bu artışın özellikle önceden kullanım öyküsü olan, erkek cinsiyet, genç yaş ve sosyal desteği düşük bireylerde daha olası olduğunu belirtmiştir (149). Bam depreminden 17 yıl sonra gerçekleştirilen geniş ölçekli bir çalışmada, depreme maruz kalma ile tütün, alkol ya da diğer uyuşturucu kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (150). L'Aquila depreminden iki yıl sonra yapılan bir çalışmada, deprem sonrası bazı bireylerde travma sonrası büyüme olarak tanımlanan olumlu psikolojik değişimlerin görülebileceğini ve bu kişilerin riskli davranışlardan uzaklaşarak daha sağlıklı yaşam tarzları benimseyebileceğini ileri sürmüştür (151). Çalışmamızda gözlenen bırakma vakası, bu tür bir olumlu dönüşümün göstergesi olabilir. Bu bulgu, afetlerin her zaman madde kullanımında belirgin artışlara yol açmadığını ve bireysel, çevresel ve toplumsal faktörlerin bu süreçte belirleyici olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada deprem sonrası dönemde madde kullanımı bildiren katılımcı sayısı oldukça düşük olmakla birlikte (%2,2; n=6), bu grubun %83,3'ünü erkekler oluşturmuştur. Benzer şekilde, deprem öncesi madde kullandığını bildiren

katılımcıların da %80'i erkeklerden oluşmaktadır. Bu durum erkeklerde madde kullanım riskinin daha yüksek olabileceğine işaret etse de, sayıca az bir örnekleme dayandığı için cinsiyet ile madde kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatürde de afet sonrası genel toplumda madde kullanımında belirgin bir artış olmadığı, ancak özellikle afet öncesinde madde kullanan bireylerde artışın daha olası olduğu bildirilmektedir. Van der Velden ve Kleber , afetlerin madde kullanımını özellikle önceden kullanım öyküsü olan, sosyal desteği düşük ve afetten ağır etkilenen bireylerde artırabileceğini vurgulamaktadır. Ayrıca bazı çalışmalarda erkeklerin daha fazla risk altında olduğu bildirilmiş olsa da bu bulgu tüm çalışmalarda tutarlı değildir(149). Bu nedenle, elde edilen sonuç anlamlı olmasa da literatürdeki eğilimlerle uyumludur ve erkeklerin bu açıdan daha yakından izlenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, DUDIT skoru yüksek olan katılımcıların yaş ortalaması ($29,33 \pm 7,31$), DUDIT skoru düşük olanlara kıyasla ($43,25 \pm 15,50$) anlamlı derecede daha düşüktür. Bu bulgu, madde kullanım bozukluğu riskinin genç yaş gruplarında daha yüksek olabileceğine işaret etmektedir. Literatürde de benzer şekilde, genç bireylerin madde kullanımına başlama ve sürdürme konusunda daha yüksek risk taşıdığına dair bulgular mevcuttur.

Bu durum, afet gibi travmatik olayların ardından genç bireylerin madde kullanımını bir baş etme stratejisi olarak benimseyebilme ihtimallerini artırmaktadır. Bazı araştırmacılar, genç yaşın, travma sonrası madde kullanımında belirleyici bir risk faktörü olduğunu ve bu gruptaki bireylerin psikososyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyabileceğini belirtmektedir (149). Bu açıdan değerlendirildiğinde, afet sonrası müdahale programlarında genç bireylerin öncelikli risk grubu olarak ele alınması, koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin etkili planlanması açısından önem arz etmektedir.

Bu çalışmada, %12 (n=33) oranında TSSB saptanmıştır. Bu bulgu, deprem sonrası TSSB prevalansına ilişkin literatürde bildirilen oranlarla karşılaştırıldığında, görece daha düşük bir düzeye işaret etmektedir.

Dai ve arkadaşlarının 46 çalışmayı içeren meta-analizinde, toplam 76.101 depremzede arasında TSSB'nin birleşik prevalansı %23.66 olarak bildirilmiştir. Bu

analizde, depremden sonraki ilk 9 ay içinde değerlendirilen örneklerde TSSB prevalansı %28.76, 9 ay sonrasında yapılan çalışmalarda ise %19.48 olarak raporlanmıştır (152). Çalışmamızın, afetin üzerinden yaklaşık 2 yıl geçtikten sonra yürütülmesi, daha düşük prevalans oranı ile uyumludur. Bu durum, zaman içinde doğal iyileşme süreçlerinin etkili olabileceğine işaret etmektedir.

Wenchuan depreminin ardından yapılan tekrarlanan kesitsel bir çalışmada depremde 14 ay sonra TSSB prevalansı %19,8, 26 ay sonra %19, 44 ay sonra ise prevalansın %10,2'ye düştüğü bildirilmiştir (153). Bu sonuçlar, TSSB prevalansında zaman içinde azalma eğilimi olduğunu ve çalışmamızdaki %12 oranının bu genel eğilimle tutarlı olduğunu göstermektedir.

Aynı afet bağlamında, Hatay merkez ilçelerinde yürütülen 2024 tarihli bir saha araştırmasında, depremde sonraki 12–16 aylık dönemde TSSB prevalansı %29 olarak raporlanmıştır (113). Benzer örnekleme alanına rağmen, bu çalışmadaki yüksek prevalans, ölçüm zamanlaması dışında farklı örneklem özellikleri (örneğin işsizlik, yas, psikiyatrik öykü) ile açıklanabilir. Bu bağlamda, çalışmamızda daha düşük prevalans saptanmış olması, zamanla TSSB belirtilerinin azaldığını ortaya koyan literatürle uyumludur.

Çalışmada elde edilen %12 TSSB prevalansı, geç dönem afet sonrası ruh sağlığı verileriyle örtüşmektedir. Bu bulgu, afet sonrası psikolojik etkilerin zamanla azaldığını gösteren iyileşme modellerini desteklemektedir. Ancak bu oranın azımsanmayacak düzeyde olması, geç dönemde bile afet kaynaklı psikiyatrik değerlendirme ve müdahale ihtiyacının sürdüğünü ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada, TSSB tanısı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak PCL-5 puanları incelendiğinde, kadın katılımcıların ortalama puanlarının erkeklere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, kadınların tanı almamış olsalar bile travma sonrası stres belirtilerini daha yoğun yaşadıklarına işaret etmektedir. Literatürde de kadınların TSSB'ye karşı daha hassas olduğu ve semptom şiddetinin erkeklere göre daha yüksek seyrettiği birçok çalışmada bildirilmiştir. Tolin ve Foa'nın meta-analizinde, kadınların TSSB geliştirme olasılığının erkeklerden yaklaşık iki kat fazla olduğu ve semptom düzeylerinin de daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (154). Olf ve arkadaşları ise

biyolojik (östrojen düzeyleri, HPA aksı farkları), psikososyal (daha yüksek duygusal ifade ve yardım arama davranışı) ve travmatik olaylara daha sık maruz kalma gibi faktörlerin bu farkı açıklayabileceğini belirtmiştir (155). Hatay’da yürütülen benzer bir çalışma da PCL-5 ile yapılan değerlendirmede, kadınlarda TSSB prevalansının erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bildirmiştir (113). Dolayısıyla, çalışmamızda tanı düzeyinde anlamlı bir cinsiyet farkı saptanmamış olsa da, kadınların daha yüksek semptom düzeyine sahip olması hem ulusal hem de uluslararası literatürle tutarlıdır ve afet sonrası ruh sağlığı değerlendirmelerinde cinsiyete duyarlı yaklaşımın önemine işaret etmektedir.

Çalışmamızda, TSSB tanısı alan bireylerin, tanı almayanlara kıyasla depresyon sonrası dönemde psikososyal destek alma oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, TSSB semptomları yaşayan bireylerin ruhsal sıkıntılarını azaltmak amacıyla profesyonel yardım arayışına daha fazla yöneldiklerini düşündürmektedir. Afet sonrası ruh sağlığı hizmetlerine başvuru davranışlarıyla TSSB arasında doğrudan ilişki kuran çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu nedenle elde ettiğimiz bulgu, mevcut literatürde görece az incelenmiş bir alana işaret etmektedir. Özellikle yardım arama davranışının hangi faktörlerle ilişkili olduğu ve bu davranışın tedaviye erişimi nasıl etkilediği konusu, gelecekteki çalışmalar için önemli bir araştırma alanı olarak değerlendirilebilir.

Dolayısıyla, çalışmamızda TSSB tanısı almış bireylerin daha fazla destek almış olmaları, yardım arama davranışının ruhsal belirti düzeyinden kaynaklanabileceğini düşündürmekle birlikte, bu ilişki doğrusal değildir. Bu nedenle, afet sonrası sunulan psikososyal destek hizmetlerinin planlanmasında yalnızca semptom odaklı bir yaklaşım değil, bireylerin algıladığı ihtiyaç, sosyal bağlam ve destek sistemlerinin erişilebilirliği gibi faktörler de dikkate alınmalıdır.

Çalışmamızda, enkaz altında kalma ile TSSB arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, depresyon sonrası yaşanan fiziksel travmaların ve yaşamı tehdit eden deneyimlerin, ruhsal etkileri derinleştirdiğini göstermektedir. Depremlerde enkaz altında kalmak, yalnızca fiziksel bir tehlike değil, aynı zamanda şiddetli bir korku, çaresizlik ve kontrol kaybı deneyimi olarak değerlendirilmekte ve bu da TSSB gelişimi için önemli bir risk faktörü oluşturmuş olabilir.

Deprem sonrası TSSB risk faktörlerini değerlendirdiği bir meta analizde, enkaz altında kalma, hem yetişkinlerde hem çocuklarda TSSB'nin en güçlü belirleyicilerinden biri olarak tanımlanmıştır (156). Benzer şekilde, Kahramanmaraş depremleri sonrası yürütülen bir yıllık takip çalışmasında, enkaz altından kurtarılanın TSSB gelişim riskini anlamlı ölçüde artırdığı gösterilmiştir (157). Bu veriler, bizim örneklemimizde de gözlemlenen benzer eğilimle örtüşmektedir.

Kahramanmaraş depremlerine maruz kalan bireylerle yürütülen başka bir çalışmada, enkaz altında kalan katılımcıların TSSB puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve aynı zamanda bu grubun yaşamda anlam ve umut düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (158). Bu bulgu, enkaz altında kalmanın yalnızca travmatik stres semptomlarını değil, aynı zamanda bireyin psikolojik dayanıklılığını ve iyilik halini de etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Yine Kahramanmaraş depreminden sonra yapılan başka bir çalışmada benzer şekilde, enkaz altında kalan bireylerin travma düzeylerinin daha yüksek olduğu, bu grubun aynı zamanda psikolojik destek alma oranlarının da arttığı görülmüştür (159).

Bu bulgulara ek olarak, sistematik bir derleme çalışmasında deprem sırasında enkaz altında kalma veya fiziksel yaralanma gibi yaşantıların, yüksek düzeyde korku ve ölümcül tehlike içerdiği için önemli bir TSSB risk faktörü olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca, yaralanmanın yol açtığı fiziksel sonuçlar, rehabilitasyon süreci ve işlevsellik kaybı, hem psikolojik stresi artırmakta hem de yaşam kalitesini düşürerek TSSB semptomlarının kalıcılığını destekleyebilmektedir (160).

Sonuç olarak, enkaz altında kalma deneyimi; hayati tehlike, kontrol kaybı ve sosyal izolasyon gibi çoklu stres etkenlerini içinde barındırmakta ve bu da TSSB gelişimi açısından güçlü bir risk oluşturmaktadır. Bu nedenle afet sonrası müdahalelerde, enkazdan kurtarılan bireylerin öncelikli risk grubu olarak değerlendirilmesi, erken dönem psikososyal destek, takip ve rehabilitasyon hizmetlerinin bu gruba yönlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızda, TSSB ile AKB arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, travmatik deneyimlerin ardından gelişen psikopatolojiler içerisinde TSSB ve

AKB'nin sıklıkla birlikte görüldüğünü ortaya koyan çok sayıda epidemiyolojik ve klinik çalışmayla tutarlıdır (127).

ABD genelini temsil eden ulusal örneklemelerle yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmış; TSSB tanısı almış bireylerin yaşam boyu AKB prevalansının, TSSB tanısı olmayan bireylerden belirgin şekilde yüksek olduğu gösterilmiştir (161). Uzun yıllardır yapılan araştırmalarda TSSB'si olan bireylerde alkol kullanımının hem daha yaygın hem de daha problemli olduğunu vurgulamaktadır. Aynı zamanda bu eş tanı sıklığının, bozukluk tanımlarındaki değişikliklere rağmen tutarlı biçimde devam ettiğini belirtmişlerdir (127).

Bir teoriye göre, TSSB'li bireyler yaşadıkları semptomları yatıştırmak amacıyla alkol ve diğer maddeleri kullanmakta; bu durum zamanla AKB veya MKB gelişimine yol açabilmektedir. Bu yaklaşım, “kendi kendine ilaç kullanma hipotezi” olarak adlandırılmakta ve klinik ortamlarda tedavi gören AKB ve MKB'li bireylerin davranışlarını açıklamaya yönelik öne sürülmüştür (162). Bu hipotezi destekleyen yakın tarihli bir çalışmada 36.309 yetişkinin verileri analiz edilmiş ve TSSB tanısı almış bireylerin, TSSB'si olmayanlara kıyasla hem AKB hem de alkol dışı madde kullanım bozukluklarına sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca daha fazla travmatik olay bildiren ve özellikle kişilerarası travma deneyimi olan bireylerin, hem TSSB geliştirme hem de ardından AKB ve alkol dışı madde kullanım bozukluğu yaşama risklerinin anlamlı ölçüde arttığı gösterilmiştir. Özellikle birden fazla kişilerarası travmaya maruz kalmış bireylerde bu riskin daha da arttığı vurgulanmıştır. Araştırmacılar bu sonuçların, TSSB'nin ağır semptom yükünü hafifletmek için alkol ve madde kullanımına yönelme davranışıyla, yani kendi kendine ilaç kullanma modeliyle uyumlu olduğunu belirtmişlerdir (163).

Fetzner ve arkadaşlarının çalışması ise, TSSB'si olan ve olmayan bireyler arasında travmatik olay türlerinin AKB riskini farklı şekillerde etkilediğini göstermektedir. Çocukluk travmaları ve saldırgan şiddete maruz kalma, TSSB'li bireylerde AKB'yi anlamlı şekilde öngörürken, TSSB tanısı olmayan bireylerde dahi travma öyküsü, AKB gelişim riskini artırmaktadır. Bu durum, TSSB ile AKB arasındaki ilişkinin yalnızca semptom temelli değil, aynı zamanda travma öyküsünün karmaşıklığıyla da şekillendiğini göstermektedir (164).

Travmatik yaşantılar ile alkol kötüye kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, travma sonrası stres semptomlarının özellikle alkol kullanımındaki artışla doğrudan bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Doğal afetlere maruz kalan itfaiyeciler üzerinde yürütülen boylamsal bir çalışmada, içki içme davranışındaki değişikliklerin travmaya maruziyetten çok TSSB gelişimiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (165). Bu bulgular, travma sonrası gelişen semptomların regülasyonu amacıyla alkol kullanımına yönelimin artabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda, 6 Şubat 2023 depremleri sonrasında ağır travmatik yaşantılarla karşılaşan bireylerde benzer bir mekanizmanın etkili olması ve TSSB semptomlarını yönetme amacıyla alkol kullanımına yönelme davranışının ortaya çıkması olasıdır.

Çalışmamızda gözlemlenen TSSB ve AKB birlikteliği, travmatik deneyimlerin ardından bireyin yaşadığı ruhsal zorlukların yalnızca travma temelli bir bozuklukla sınırlı kalmadığını; aynı zamanda başa çıkma stratejileri, duygu düzenleme becerileri ve davranışsal uyumsuzluklarla da şekillendiğini göstermektedir. Bu kapsamda, alkol kullanımındaki artışın hem semptomatik bir başa çıkma mekanizması hem de sosyal izolasyon, işlevsellikte azalma ve ikincil psikiyatrik sorunların habercisi olabileceği dikkate alınmalıdır.

Tüm bu bulgular doğrultusunda, afet sonrası müdahale planlarının yalnızca TSSB semptomlarını hedefleyen psikososyal programlarla sınırlı kalmamalıdır. Eşlik eden AKB riskine yönelik erken tarama, psikoeğitim, önleme stratejileri ve bütüncül tedavi yaklaşımlarının entegre edilmesi önem arz etmektedir. Özellikle birden fazla travmaya maruz kalmış bireyler yüksek risk grubu olarak değerlendirilmelidir. Bu bireylerde bağımlılık davranışlarının psikolojik ve işlevsel temellerine odaklanmak, müdahale sürecinin etkinliğini artıracaktır.

Çalışmamızda, katılımcıların yalnızca %2,2'sinde (n=6) MKB saptanmıştır. MKB ile TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, örneklemdeki MKB oranının düşük olması nedeniyle istatistiksel gücün sınırlı olmasından kaynaklanabilir. Nitekim, örneklem büyük bölümünde düzenli madde kullanımına dair bulguya rastlanmamıştır.

Bulgular, bazı yönleriyle literatürle uyum göstermektedir. Avustralya genel nüfusundan elde edilen kapsamlı bir araştırma, TSSB ve madde kullanım bozuklukları

arasında eş tanı oranlarının oldukça düşük olduğunu, TSSB ile birlikte MKB yaşayan bireylerin genel nüfusta %0,5 gibi küçük bir azınlık oluşturduğunu bildirmiştir. Ayrıca bu çalışmada, MKB'si olan bireylerde TSSB oranı genel olarak düşüktür; yalnızca opioid kullanım bozukluğu olanlar arasında TSSB oranı anlamlı ölçüde artmaktadır (%33,2). Bu bulgular, toplum temelli örneklemelerde TSSB-MKB eş tanısının nadir ancak klinik olarak önemli olduğunu göstermektedir (166).

Bununla birlikte, bazı çalışmalarda TSSB'nin özellikle MKB gelişimi açısından risk faktörü olabileceği belirtilmiştir. Uzunlamasına yürütülen bir çalışmada, TSSB tanısının madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı riskini anlamlı düzeyde artırdığını göstermiştir. Ayrıca bu çalışmada, travmaya maruz kalmanın tek başına değil, TSSB gelişiminin MKB için belirleyici olduğu vurgulanmıştır. Bu bulgu, TSSB'nin bazı bireylerde madde kullanımına yönelimi artırabileceğini, ancak bu ilişkinin örnekleme, travma tipine ve maddeye erişebilme gibi faktörlere göre değişebileceğini göstermektedir (167).

Çalışmamızda MKB prevalansının düşük bulunması ve TSSB ile anlamlı ilişki göstermemesi, birkaç açıdan değerlendirilmelidir. Öncelikle, konteyner kentte yaşayan bireylerin sosyal kontrol mekanizmalarının daha belirgin olması ve maddeye erişimin yapısal olarak kısıtlı olması, MKB oranlarını baskılamış olabilir. Ayrıca, afet sonrası dönemde yaşanan maddi imkân kısıtlılıkları, bireylerin temel ihtiyaçlara öncelik vermesine neden olarak madde teminine yönelik harcamaları sınırlamış olabilir. Bunun yanı sıra, madde kullanımı toplumda yüksek düzeyde damgalanma ve yargılanma riski taşıyan bir davranış olduğundan, katılımcıların özellikle yüz yüze yürütülen görüşmelerde bu tür kullanım geçmişlerini gizleme eğiliminde olmaları muhtemeldir. Bu durum, MKB prevalansının olduğundan daha düşük raporlanmasına yol açmış olabilir.

Tüm bu bulgular değerlendirildiğinde, TSSB ile MKB arasındaki ilişkinin, TSSB ile AKB arasındaki ilişki kadar güçlü ve tutarlı olmadığı söylenebilir. Bu bulgu, TSSB ile MKB arasındaki ilişkinin doğrudan bir şekilde saptanmamış olmasına rağmen, MKB'nin afet sonrası ruhsal iyilik halini etkileyebilecek önemli bir değişken olmaya devam ettiğini düşündürmektedir. Özellikle daha önce madde kullanımı öyküsü bulunan veya psikolojik dayanıklılığı sınırlı bireylerde, TSSB semptomlarının

madde kullanım davranışını etkileyebileceği ileri sürülebilir. Bu nedenle, afet sonrası psikososyal değerlendirmelerde yalnızca alkol değil, madde kullanım bozukluklarının da sistematik şekilde sorgulanması ve takip edilmesi önem arz etmektedir.

Sonuç olarak, çalışmamızda TSSB ile MKB arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, bu bulgu dikkatli yorumlanmalı; örneklem özellikleri, sosyal bağlam ve yapısal kısıtlamalar göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. İleride yapılacak daha geniş örneklemli ve boylamsal çalışmalar, TSSB ile MKB arasındaki ilişkiyi daha net biçimde ortaya koyabilir.

Çalışmamızda, deprem sonrası sigara kullanım oranı %46,7 olarak bulunmuş; katılımcıların %20,6'sı sigara tüketimini artırdığını, %6,5'i sigara kullanmaya başladığını ve %6,1'i ise sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Ayrıca AKB ve MKB olan katılımcıların tamamının sigara kullandığı saptanmış, sigara kullanımı ile her iki bozukluk arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu bulgular, afet sonrası dönemde stresle başa çıkma davranışlarının yoğunlaştığını ve bağımlılık davranışlarının bir arada görülme eğilimini desteklemektedir.

Afet sonrası sigara kullanımındaki artış, çeşitli uluslararası çalışmalarda da benzer biçimde saptanmıştır. Örneğin, Japonya'da Büyük Doğu Japonya Depremi sonrasında yapılan uzunlamasına bir çalışmada, felaketin üzerinden üç yıl geçmesine rağmen sigara içme oranlarının yüksek seyretmeye devam ettiği ve özellikle geçici konutlarda yaşayanlar ile evleri tamamen yıkılan bireylerde bu davranışın daha sık görüldüğü bildirilmiştir (168). Benzer şekilde, Avustralya'da büyük bir orman yangını sonrası yürütülen bir araştırmada da, travmatik olaylara maruz kalmanın tütün kullanımında artışla ilişkili olduğu, ancak bu artışın TSSB semptomlarından bağımsız geliştiği gösterilmiştir (169). Çalışmamızda sigara kullanımı ile TSSB arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olması, bu bulgularla tutarlıdır.

Sigara kullanımı ile diğer bağımlılık türleri arasındaki ilişki de dikkate değerdir. Örneğin, alkol ve sigara kullanımı arasındaki güçlü bağlantı, hem davranışsal hem de nörobiyolojik düzeyde açıklanmıştır. Literatürde tütün kullanımının alkol kullanım bozukluklarını artırıcı etkisinin olduğunu ve tütünün bu ilişkide muhtemelen nedensel bir rol oynayabileceği düşünülmüştür (170). Bu bulgu, çalışmamızda AKB ve MKB tanısı alan bireylerin tamamının sigara içtiği yönündeki verilerle de

desteklenmektedir. Ancak her çalışmada afet-sonrası sigara kullanımında artış gözlenmemektedir. Bam depreminden 17 yıl sonra yapılan bir kohort çalışmasında, depreme maruz kalan bireylerle maruz kalmayanlar arasında sigara, alkol ve uyuşturucu kullanım oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (150). Bu durum, afet sonrası bağımlılık davranışlarının zamanla sönümlenebileceğini veya kültürel ve sosyal bağlamın etkili olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda elde edilen bulgular, afet sonrası dönemde sigara kullanımında belirgin bir artış olduğunu, bu artışın özellikle diğer bağımlılıklarla komorbid olarak ortaya çıktığını, ancak TSSB ile doğrudan anlamlı bir ilişki göstermediğini ortaya koymaktadır. Ruh sağlığı ve toplum sağlığı hizmetlerinde, yalnızca TSSB değil, sigara ve diğer madde kullanımına yönelik bütüncül müdahale stratejilerinin geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Ayrıca literatürde yer alan birçok çalışmada verilerin öz bildirim anketleri ile toplanmış olması, AKB tanısına dair objektif ölçüm eksikliği yaratmaktadır. Bu nedenle, çalışmamızda alkol kullanım bozukluğu açısından ölçüm için AUDIT gibi standardize ölçeklerin kullanılmış olması önemli bir metodolojik avantaj olarak değerlendirilebilir.

Sonuç olarak, enkaz altında kalma deneyimi; hayati tehlike, kontrol kaybı ve sosyal izolasyon gibi çoklu stres etkenlerini içinde barındırmakta ve bu da TSSB gelişimi açısından güçlü bir risk oluşturmaktadır. Bu nedenle afet sonrası müdahalelerde, enkazdan kurtarılan bireylerin öncelikli risk grubu olarak değerlendirilmesi, erken dönem psikososyal destek, takip ve rehabilitasyon hizmetlerinin bu gruba yönlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu araştırmanın bulguları, afet sonrası alkol ve madde kullanım bozuklukları ile TSSB arasındaki ilişkilere dair önemli katkılar sunmakla birlikte, bazı metodolojik ve bağlamsal sınırlılıklar dikkate alınmalıdır. Öncelikle, çalışmanın kesitsel desenle yürütülmüş olması, saptanan ilişkilerin nedensellik içerip içermediğine dair yorum yapmayı güçleştirmektedir. Özellikle travma sonrası gelişen psikiyatrik bozukluklar ve bağımlılık davranışları zaman içinde değişebileceğinden, boylamsal araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

İkinci olarak, çalışma kapsamında kullanılan değerlendirme araçları (AUDIT, DUDIT ve PCL-5) öz bildirime dayalıdır ve bu durum sosyal beğenilirlik yanlılığına neden olabilir. Alkol veya madde kullanımına ilişkin sorularda, bireylerin yasal, ahlaki veya kültürel normlara bağlı olarak dürüst yanıt verme konusunda çekinceleri olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durum, özellikle madde kullanım bozukluğu prevalansının olduğundan düşük raporlanmasına yol açmış olabilir.

Üçüncü olarak, çalışmanın örneklemini yalnızca Antakya ilçesindeki konteyner kentlerde yaşayan bireylerle sınırlıdır. Bu bağlamda, elde edilen bulguların genellenebilirliği yalnızca benzer sosyodemografik ve çevresel koşullara sahip afet mağdurlarına yönelik olarak ele alınmalıdır. Afet sonrası konut tipi, sosyal destek ağı, kültürel faktörler ve müdahale hizmetlerine erişim gibi değişkenler, ruhsal belirtiler üzerinde önemli etkilere sahip olabilir ve bu çalışmada doğrudan kontrol edilmemiştir.

Dördüncü olarak, çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayandığından, örnekleimde psikolojik desteğe daha açık veya yardım arayışında olan bireylerin aşırı temsil edilmiş olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durum, özellikle psikososyal destek alma oranlarının ve TSSB prevalansının olduğundan yüksek yansıtılmasına neden olabilir.

Son olarak, örnekleimde yer alan bireylerin geçmişteki alkol veya madde kullanım öyküsü, önceki psikiyatrik tanıları ve afet sonrası destek hizmetlerine erişim düzeyleri gibi önemli klinik ve çevresel değişkenler çalışma kapsamında sistematik olarak değerlendirilmemiştir. Bu faktörler, TSSB ve bağımlılık belirtilerinin yorumlanmasında etkili olabileceğinden, ilerleyen çalışmalarda bütüncül yaklaşımlar benimsenmesi önerilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızdan elde edilen bulgular, AKB prevalansının %5,8 ile Türkiye ortalamasının (%4,8) üzerinde olduğunu, MKB oranının ise %2,2 ile daha düşük düzeyde seyrettiğini göstermiştir. TSSB ise katılımcıların %12'sinde saptanmış, bu durum afetin üzerinden yaklaşık iki yıl geçmiş olmasına rağmen ruhsal etkilerin sürdüğünü ve travmatik bozuklukların kronikleşme riskine işaret ettiğini göstermektedir.

AKB yalnızca erkeklerde görülmüş ve cinsiyetle anlamlı ilişki göstermiştir. Regresyon analizleri, AKB ile erkek cinsiyet, anne-baba-kardeş kaybı, işsizlik ve enkazdan yaralı çıkarılanları görme arasında anlamlı ilişkiler ortaya koymuştur. Bu bulgular, afet sonrası alkol kullanımının, bireysel kayıplar ve sosyal işlevsellikteki bozulmalarla yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, afet sonrası alkol kullanan birey oranında anlamlı bir azalma gözlenmiştir; alkolü bırakanların sayısı, yeni başlayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

TSSB ile AKB arasında anlamlı bir ilişki saptanmış; buna karşılık MKB ile TSSB arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Bu durum, travma sonrası gelişen ruhsal belirtilerin özellikle alkol kullanım davranışlarıyla daha fazla örtüştüğünü göstermektedir. Ayrıca, TSSB ile psikososyal destek alma ve enkaz altında kalma gibi çevresel ve travmatik faktörler arasında da anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Bu sonuçlar, afet sonrası dönemde yalnızca tanıya değil, bireyin yaşadığı kayıplara, tanıklıklara, sosyal destek düzeyine ve çevresel koşullara dayalı çok boyutlu değerlendirmelerin yapılmasının önemini ortaya koymaktadır. Özellikle erkek bireyler, yakın kayıp yaşayanlar, çalışmayanlar ve travmatik olaylara tanıklık edenler için erken tanılama, düzenli tarama ve psikososyal destek programlarının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Ayrıca, afet sonrası bireysel baş etme stratejilerinin, sosyal bağlanma örüntülerinin ve alkol kullanım nedenlerinin daha ayrıntılı olarak değerlendirilmesi, ruh sağlığı planlamalarının daha hedefe yönelik ve etkili biçimde yapılandırılmasına katkı sağlayacaktır. Gelecekte, niteliksel çalışmalar aracılığıyla bireylerin afet sonrası

içsel yaşantılarının, baş etme biçimlerinin ve sağlık hizmetlerine erişim süreçlerinin derinlemesine incelenmesi, ruh sağlığı politikalarının yerel ihtiyaçlara duyarlı biçimde şekillendirilmesine olanak tanıyacaktır.



7. KAYNAKLAR

1. BAŞTERZİ AD. DEPREM SONRASI RUHSAL SAĞLIĞIN PSİKOPOLİTİĞİ ÜZERİNE DÜŞÜNMEK. Community Physician/Toplum ve Hekim. 2023;38(6).
2. Ueda Y, Murakami M, Maeda M, Yabe H, Suzuki Y, Orui M, et al. Risk Factors for Problem Drinking among Evacuees in Fukushima following the Great East Japan Earthquake: The Fukushima Health Management Survey. The Tohoku journal of experimental medicine. 2019;248(4):239-52.
3. Vetter S, Rossegger A, Rossler W, Bisson JI, Endrass J. Exposure to the tsunami disaster, PTSD symptoms and increased substance use - an Internet based survey of male and female residents of Switzerland. BMC public health. 2008;8:92.
4. Lowe SR, Sampson L, Young MN, Galea S. Alcohol and Nonmedical Prescription Drug Use to Cope With Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: An Analysis of Hurricane Sandy Survivors. Substance use & misuse. 2017;52(10):1348-56.
5. Leeies M, Pagura J, Sareen J, Bolton JM. The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder. Depression and anxiety. 2010;27(8):731-6.
6. Organization WH. Emergency response framework (ERF): internal WHO procedures: World Health Organization; 2024.
7. AFAD. Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü 2024 [Available from: <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu>].
8. Saeed SA, Gargano SP. Natural disasters and mental health. International review of psychiatry (Abingdon, England). 2022;34(1):16-25.
9. Bayram A, Güler SB. DOĞAL AFETLERLE İLGİLİ KURULUŞLARIN ÖNEM VE SORUMLULUK DÜZEYLERİNİN ÇEŞİTLİDEĞİŞKENLERE

GÖRE İNCELENMESİ: İSTANBUL ÖRNEĞİ. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016;9(2):665-86.

10. ENSTİTÜSÜ KRVDA. Deprem Nedir? 2024 [Available from: <http://www.koeri.boun.edu.tr/sismo/bilgi/depremnedir/index.htm>]
11. Bıçakçı N, Karakayalı O. Depremler ve Medikal Etkileri. Anatolian Journal of Emergency Medicine. 2022;5(4):203-8.
12. Farooqui M, Quadri SA, Suriya SS, Khan MA, Ovais M, Sohail Z, et al. Posttraumatic stress disorder: a serious post-earthquake complication. Trends in psychiatry and psychotherapy. 2017;39(2):135-43.
13. Özşahin E. Türkiye’de yaşanmış (1970-2012) doğal afetler üzerine bir değerlendirme. Türkiye Deprem Mühendisliği ve Sismoloji Konferansı. 2013:25-7.
14. GÖVER İH. TÜRKİYE’NİN DEPREM GERÇEĞİNE SOSYOLOJİK BİR BAKIŞ. 2023.
15. Ozel G, Solmaz A. Türkiye’de deprem tekrarlanma zamanının tahmini ve neotektonik bölgelere göre depremselliğin Markov zinciri ile incelenmesi. Çankaya University Journal of Science and Engineering. 2012;9(2):125-38.
16. AFAD. 06 ŞUBAT 2023 KAHRAMANMARAŞ (Pazarcık ve Elbistan) DEPREMLERİ SAHA ÇALIŞMALARI ÖN DEĞERLENDİRME RAPORU. 2023.
17. Akıncı AC, Ünlügenç UC. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremleri: Sahadan Jeolojik Veriler, Değerlendirme ve Adana için Etkileri. Çukurova Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Dergisi. 2023;38(2):553-69.
18. AFAD. 06 ŞUBAT 2023 PAZARCIK-ELBİSTAN KAHRAMANMARAŞ (Mw: 7.7 – Mw: 7.6) DEPREMLERİ RAPORU. 2023 02 haziran 2023.

19. Bakic H, Ajdukovic DJEjop. Resilience after natural disasters: the process of harnessing resources in communities differentially exposed to a flood. 2021;12(1):1891733.
20. Newnham EA, Mergelsberg EL, Chen Y, Kim Y, Gibbs L, Dzidic PL, et al. Long term mental health trajectories after disasters and pandemics: A multilingual systematic review of prevalence, risk and protective factors. Clinical Psychology Review. 2022;97:102203.
21. Süzen B. 1999 Marmara Depremini yaşamış bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi [Master's thesis]: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
22. Nakajima Ş. Post-Earthquake psychology. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2012;28:150-5.
23. Sönmez MB. Depremin psikolojik etkileri, psikolojik destek ve korkuyla baş etme. Totbid Dergisi. 2022;21(3):337-43.
24. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour research and therapy. 2000;38(4):319-45.
25. Yildiz MI, Basterzi AD, Yildirim EA, Yuksel S, Aker AT, Semerci B, et al. Preventive and Therapeutic Mental Health Care after the Earthquake- Expert Opinion from the Psychiatric Association of Turkey. Turk Psikiyatri Derg. 2023;34(1):39-49.
26. Goldmann E, Galea S. Mental health consequences of disasters. Annual review of public health. 2014;35:169-83.
27. Polat I, Anuk D, Özkan M, Bahadır G. MENTAL HEALTH IN THE AFTERMATH OF DISASTERS; PSYCHOLOGICAL EFFECTS, TREATMENT APPROACHES AND COPING. Journal of Istanbul Faculty of Medicine. 2023;86(4):393-401.

28. Beaglehole B, Mulder RT, Frampton CM, Boden JM, Newton-Howes G, Bell CJ. Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2018;213(6):716-22.
29. Demircioğlu M, Şeker Z, Aker AT. Psikolojik ilk yardım: Amaçları, uygulaması, hassas gruplar ve uyulması gereken etik kurallar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2019;11(3):351-62.
30. Hermosilla S, Forthal S, Sadowska K, Magill EB, Watson P, Pike KM. We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. *Journal of traumatic stress*. 2023;36(1):5-16.
31. Oncu F, Ögel K, Çakmak D. ALKOL KÜLTÜRÜ -1 : TARİHSEL SÜREÇ VE MEYHANE KÜLTÜRÜ Alcohol and Culture -1 : Historical Process and Meyhane Culture. 2001;2:133-8.
32. Khaderi SAJCild. Introduction: alcohol and alcoholism. 2019;23(1):1-10.
33. Akvardarlar Y, Arıkan Z, Berkman K, Dilbaz N, Oral G, Uluğ B, et al. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Klavuzu El Kitabı. 2011:879-253.
34. Sözlükleri TDK. içki- Türkçe sözlük 2025 [Available from: <https://sozluk.gov.tr/>].
35. Akvardar Y, Uçku RJAPD. Alkol kullanım sorunlari nasıl önlenir? Alkol kullanım bozukluklariinin tanı ve tedavisinde kısa müdahale yaklasimi/How are alcohol related problems prevented? Brief intervention approach in the treatment of alcohol use disorders. 2010;11(1):51.
36. (ed.) CE. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Temel Başvuru Kitabı. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları; 2023. 1-12 p.
37. Edwards G, Gross MMJBmj. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. 1976;1(6017):1058.

38. Güleç G, Köşger F, Eşsizoğlu AJPGY. DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. 2015;7(4):448-60.
39. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (DSM-II). 2 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
40. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III. 3 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
41. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
42. First MB, Pincus HA. The DSM-IV Text Revision: rationale and potential impact on clinical practice. Psychiatric services. 2002;53(3):288-92.
43. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5 ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
44. Witkiewitz K, Litten R, Leggio L. Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. Science advances. 2019;5(9):eaax4043.
45. Organization WH. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
46. Kurumu Tİ. Türkiye Sağlık Araştırması 2022. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2023. Report No.: 49747
47. AKVARDAR YJTKJoIMS. Alkol ile ilişkili bozuklukların epidemiyolojisi. 2005;1(47):5-9.
48. Akkuş D, Karaca A, Şener DK, Ankaralı HJAK. Lise öğrencileri arasında sigara ve alkol kullanma sıklığı ve etkileyen faktörler. 2017;22(1):36-45.
49. Benjamin J. Sadock VAS, Pedro Ruiz. Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları. In: Dr. Murat Kuloğlu DÖG, editor. Kaplan & Sadock

Psikiyatri: Davranış Bilimleri / Klinik Psikiyatri. 11 ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2016. p. 616-93.

50. Kaya H, Kaya ÖB, Dilbaz NJCAR. ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞUNUN GENETİĞİ. 2017;1(1):33-46.
51. M. Orhan Öztürk AU. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 18 ed. M. Orhan Öztürk AU, editor. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2023. 501-51 p.
52. Carvalho AF, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm JJTL. Alcohol use disorders. 2019;394(10200):781-92.
53. Ayhan Y, Gürel Ş C, Karaca Ö, Zoto T, Hayran M, Babaoğlu M, et al. Association between ADH1C and ALDH2 polymorphisms and alcoholism in a Turkish sample. Nordic journal of psychiatry. 2015;69(3):233-9.
54. Walters GD. The Heritability of Alcohol Abuse and Dependence: A Meta-Analysis of Behavior Genetic Research. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 2002;28(3):557--84.
55. Batra A, Müller CA, Mann K, Heinz A. Alcohol Dependence and Harmful Use of Alcohol. Deutsches Arzteblatt international. 2016;113(17):301-10.
56. Rehm J, Rehm MX, Shield KD, Gmel G, Gual A. Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence. Adicciones. 2013;25(1):11-8.
57. Arıcı A, Yaman ÖM. Gençlerde alkol kullanımı ve kültürel yapının bağımlılığa etkisi. Sosyal Çalışma Dergisi. 2021;5(2):71-89.
58. Cho SB, Su J, Kuo SI, Bucholz KK, Chan G, Edenberg HJ, et al. Positive and negative reinforcement are differentially associated with alcohol consumption as a function of alcohol dependence. Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors. 2019;33(1):58-68.

59. Kakimoto T, Uchida S. Natural Disasters, Social Isolation and Alcohol Consumption in the Long Run: Evidence from the Great East Japan Earthquake. Sendai, Japan: Tohoku University; 2021. Report No.: TUPD-2021-011.
60. North CS, Ringwalt CL, Downs D, Derzon J, Galvin D. Postdisaster course of alcohol use disorders in systematically studied survivors of 10 disasters. Archives of general psychiatry. 2011;68(2):173-80.
61. Ustyol A, Sajjad S, Safian F, Raitt JM, Mills K, North CS. A systematic review of alcohol consumption and disorders in relation to disasters. Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists. 2023;35(1):40-60.
62. CEYHUN B, OGUZTURK Ö, CEYHUN AG. The Reliability and Validity of Substance Abuse Proclivity Scale. 2001;4(2):87-93.
63. Organization WH. Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Geneva: World Health Organization; 1994.
64. Uzbay İT. Madde bağımliliğinin tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlilik yapan maddeler. Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi. 2009;5:15.
65. Güleç G, Köşger F, Eşsizoglu A. DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015;7(4):448-60.
66. Uzbay İT. Madde Bağımlılığı Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; 2015 01.12.2015.
67. Köknel Ö. Bağımlılık - Alkol ve Madde Bağımlılığı. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi; 1998.
68. Hardaway R, Schweitzer J, Suzuki J. Hallucinogen Use Disorders. Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2016;25(3):489-96.
69. Ögel K. Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: tanı, tedavi ve önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları; 2010.

70. Prakash MD, Tangalakakis K, Antonipillai J, Stojanovska L, Nurgali K, Apostolopoulos V. Methamphetamine: Effects on the brain, gut and immune system. *Pharmacological research*. 2017;120:60-7.
71. Taşdemir ZA. Tütün Ürünleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2016;4(1):27-31.
72. Kutlu R, Karademirci MM, Denizhan TK. Sigara bırakma tedavisi sırasında Bupropion Hcl'e bağlı gelişen serum hastalığı benzeri reaksiyon: Olgu sunumu. *Turkish Journal of Family Practice*. 2017;21(1):44-8.
73. Watson JM. Solvent abuse: presentation and clinical diagnosis. *Human toxicology*. 1982;1(3):249-56.
74. Flanagan RJ, Ives RJ. Volatile substance abuse. *Bulletin on narcotics*. 1994;46(2):49-78.
75. Lorenc JD. Inhalant abuse in the pediatric population: a persistent challenge. *Current opinion in pediatrics*. 2003;15(2):204-9.
76. Deveci A. Alkol ve madde kullanım bozukluğu ne zaman sorundur, nasıl saptanır? Tanı ve değerlendirme. In: Evren C, editor. *Alkol ve madde kullanım bozuklukları: temel başvuru kitabı*. 2 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019. p. 34–53.
77. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 1 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952.
78. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Third edition, revised (DSM-III-R)*. 3rd rev. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
79. Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*. 2005;1(47):61-4.

80. Organization WH. Drugs (psychoactive substances): World Health Organization; 2024 [Available from: https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_2].
81. Citaristi I. United Nations Office on Drugs and Crime—UNODC. [cited 8/6/25]. In: The Europa Directory of International Organizations 2022 [Internet]. London: Routledge, [cited 8/6/25]; [5].
82. Merkezi AUvUBİ. Avrupa Uyuşturucu Raporu 2021: Eğilimler ve Gelişmeler. Lüksemburg; 2021.
83. Yiğitbaş Ç. Birincil yaklaşımlar ve çocuk hakları çerçevesinden çocuklarda madde bağımlılığı. Çocuk ve Gelişim Dergisi. 2022;5(10):86-95.
84. KARGI T, GENÇTANIRIM-KURT D. Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanım Riskinin Karanlık Üçlü Kişilik Özellikleri. Uluslararası Psiko-Sosyal Eğitim Araştırmaları Dergisi. 2022.
85. Müdürlüğü TCİBEG. Türkiye Uyuşturucu Raporu: Eğilimler ve Gelişmeler. Ankara: Emniyet Genel Müdürlüğü, Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığı; 2023. Report No.: EGM Yayın Katalog No: 763; NSB Yayınları: 52; Yayın No: 2023/7.
86. Kaya E. Madde kullanım bozuklukları. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2014;30(2):79-83.
87. Tosun M. Madde bağımlılığına genel bakış;Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar,. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi. 2008;62:201-20.
88. Wurmser L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. Journal of the American Psychoanalytic Association. 1974;22(4):820-43.
89. Ögel K. Bağımlılık tedavisi ve temel kitabı. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık; 2017.

90. Deak JD, Johnson EC. Genetics of substance use disorders: a review. *Psychological medicine*. 2021;51(13):2189-200.
91. Lopez-Leon S, González-Giraldo Y, Wegman-Ostrosky T, Forero DA. Molecular genetics of substance use disorders: An umbrella review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2021;124:358-69.
92. Zengin İspir G, Danışman M, Sezer Katar K. Substance use disorders after natural disasters: a narrative review. *Journal of addictive diseases*. 2024;42(4):578-81.
93. McCann-Pineo M, Taioli E, Schwartz RM. Exposure to Hurricane Sandy and Risk of Opioid Abuse. *Substance use & misuse*. 2021;56(8):1241-5.
94. Abadie R, Cano M, Habecker P, Gelpí-Acosta C. Substance use, injection risk behaviors, and fentanyl-related overdose risk among a sample of PWID post-Hurricane Maria. *Harm reduction journal*. 2022;19(1):129.
95. Kolk BAvd. *Beden kayıt tutar*. 34 ed. İstanbul: Nobel Yaşam Yayınları; 2025.
96. Özen Y. Psikolojik travmanın insanlık kadar eski tarihi. *The Journal of Social Science*. 2019;3(5):362-75.
97. Çolak B, Kokurcan A, Hüseyin HÖ. DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz dergisi*. 2010;18(3):19-26.
98. Özen Y. Psikolojik travmalardan korunma ve tedavi. *Kesit Akademi Dergisi*. 2018(14):216-30.
99. Kahil A. *Travmatik yaşantıları olan bireylere yardım davranışında bulunan profesyonel ve gönüllülerin ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi*. Ankara: Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2016.
100. Shakespeare-Finch JE, Smith S, Gow KM, Embelton G, Baird L. The prevalence of post-traumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology*. 2003;9(1):58-71.

101. Bäärnhielm S, Ramel B, Theunis E, Mijaljica G, Dyster-Aas J, F KA. [Post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) - a clinical update of knowledge]. *Lakartidningen*. 2024;121.
102. Brewin CR, Gregory JD, Lipton M, Burgess N. Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological review*. 2010;117(1):210-32.
103. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological medicine*. 2008;38(4):467-80.
104. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. *The New England journal of medicine*. 2017;376(25):2459-69.
105. Sharan P, Chaudhary G, Kavathekar SA, Saxena S. Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *The American journal of psychiatry*. 1996;153(4):556-8.
106. Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, Steinberg AM, Manoukian G, Tavosian A, et al. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *The American journal of psychiatry*. 1994;151(6):895-901.
107. Carr VJ, Lewin TJ, Webster RA, Hazell PL, Kenardy JA, Carter GL. Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: I. Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster. *Psychological medicine*. 1995;25(3):539-55.
108. Wang X, Gao L, Shinfuku N, Zhang H, Zhao C, Shen Y. Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in north China. *The American journal of psychiatry*. 2000;157(8):1260-6.
109. Kiliç C, Ulusoy M. Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2003;108(3):232-8.

110. Tural U, Coşkun B, Onder E, Corapçıoğlu A, Yıldız M, Kesepera C, et al. Psychological consequences of the 1999 earthquake in Turkey. *Journal of traumatic stress*. 2004;17(6):451-9.
111. Başoğlu M, Salcioğlu E, Livanou M. Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *Journal of traumatic stress*. 2002;15(4):269-76.
112. İlhan B, Berikol GB, Eroğlu O, Deniz T. Prevalence and associated risk factors of post-traumatic stress disorder among survivors of the 2023 Turkey earthquake. *The American journal of emergency medicine*. 2023;72:39-43.
113. Yilmaz E, Erdem M. Post-traumatic stress disorder in earthquake survivors living in temporary shelter areas in Hatay central districts: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*. 2025;25(1):461.
114. Sherin JE, Nemeroff CB. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2011;13(3):263-78.
115. Southwick SM, Bremner JD, Rasmusson A, Morgan CA, 3rd, Arnsten A, Charney DS. Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*. 1999;46(9):1192-204.
116. Krystal JH, Neumeister A. Noradrenergic and serotonergic mechanisms in the neurobiology of posttraumatic stress disorder and resilience. *Brain research*. 2009;1293:13-23.
117. Hu XZ, Ursano RJ, Benedek D, Li X, Zhang L. Association of 5-HTTLPR With Post-Traumatic Stress Disorder in US Service Members. *Chronic stress* (Thousand Oaks, Calif). 2024;8:24705470241245497.
118. Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar. 2 ed. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları; 2023.
119. Frank D, Gruenbaum BF, Shelef I, Zvenigorodsky V, Severynovska O, Fleidervish I, et al. Blood glutamate scavenging as a novel glutamate-based

- therapeutic approach for post-traumatic brain injury anxiety and social impairment. *Translational psychiatry*. 2023;13(1):41.
120. Trousselard M, Lefebvre B, Caillet L, Andruetan Y, de Montleau F, Denis J, et al. Is plasma GABA level a biomarker of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) severity? A preliminary study. *Psychiatry research*. 2016;241:273-9.
 121. Bailey CR, Cordell E, Sobin SM, Neumeister A. Recent progress in understanding the pathophysiology of post-traumatic stress disorder: implications for targeted pharmacological treatment. *CNS drugs*. 2013;27(3):221-32.
 122. Navarro-Mateu F, Escámez T, Koenen KC, Alonso J, Sánchez-Meca J. Meta-analyses of the 5-HTTLPR polymorphisms and post-traumatic stress disorder. *PloS one*. 2013;8(6):e66227.
 123. Afifi TO, Asmundson GJ, Taylor S, Jang KL. The role of genes and environment on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a review of twin studies. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(1):101-12.
 124. Duran Çakmak ÖS. Bağımlılık ve Komorbidite. İstanbul: Organon Yayınları; 2005.
 125. Brady KT, Back SE, Coffey SF. Substance abuse and posttraumatic stress disorder. *Current directions in psychological science*. 2004;13(5):206-9.
 126. Luciano MT, Acuff SF, Olin CC, Lewin RK, Strickland JC, McDevitt-Murphy ME, et al. Posttraumatic stress disorder, drinking to cope, and harmful alcohol use: A multivariate meta-analysis of the self-medication hypothesis. *Journal of psychopathology and clinical science*. 2022;131(5):447-56.
 127. Smith NDL, Cottler LB. The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder. *Alcohol research : current reviews*. 2018;39(2):113-20.

128. Najavits LM, Clark HW, DiClemente CC, Potenza MN, Shaffer HJ, Sorensen JL, et al. PTSD / substance use disorder comorbidity: Treatment options and public health needs. *Current treatment options in psychiatry*. 2020;7(4):544-58.
129. Nguyen J, Whiteside LK, Bulger EM, Veach L, Moloney K, Russo J, et al. Post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms and alcohol and drug use comorbidity at 25 US level I trauma centers. *Trauma surgery & acute care open*. 2022;7(1):e000913.
130. Bremner JD, Southwick SM, Darnell A, Charney DS. Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *The American journal of psychiatry*. 1996;153(3):369-75.
131. Tipps ME, Raybuck JD, Lattal KM. Substance abuse, memory, and post-traumatic stress disorder. *Neurobiology of learning and memory*. 2014;112:87-100.
132. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction (Abingdon, England)*. 1993;88(6):791-804.
133. Saatçioğlu Ö, Evren C, Çakmak D. Alkol kullanım bozuklukları tanıma testinin geçerliği ve güvenirliği. *Türkiye’de Psikiyatri*. 2002;4(2-3):107-13.
134. Evren C, Ogel K, Evren B, Bozkurt M. Psychometric properties of the Turkish versions of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) and the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in the prison setting. *Journal of psychoactive drugs*. 2014;46(2):140-6.
135. Boysan M, Guzel Ozdemir P, Ozdemir O, Selvi Y, Yilmaz E, Kaya NJP, et al. Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (PCL-5). *Psychiatry Clinical Psychopharmacology* 2017;27(3):300-10.

136. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The ptsd checklist for dsm-5 (pcl-5). 2013.
137. Morishima R, Usami S, Ando S, Kiyono T, Morita M, Fujikawa S, et al. Trajectory and course of problematic alcohol use after the Great East Japan Earthquake: Eight-year follow-up of the Higashi-Matsushima cohort study. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2022;46(4):570-80.
138. Pollice R, Bianchini V, Roncone R, Casacchia M. Marked increase in substance use among young people after L'Aquila earthquake. *European child & adolescent psychiatry*. 2011;20(8):429-30.
139. Turner LR, Alderman K, Huang C, Tong S. Impact of the 2011 Queensland floods on the use of tobacco, alcohol and medication. *Australian and New Zealand journal of public health*. 2013;37(4):396.
140. Beaudoin CE. Hurricane Katrina: addictive behavior trends and predictors. *Public health reports (Washington, DC : 1974)*. 2011;126(3):400-9.
141. Cerdá M, Tracy M, Galea S. A prospective population based study of changes in alcohol use and binge drinking after a mass traumatic event. *Drug and alcohol dependence*. 2011;115(1-2):1-8.
142. Pfefferbaum B, North CS, Pfefferbaum RL, Christiansen EH, Schorr JK, Vincent RD, et al. Change in smoking and drinking after september 11, 2001, in a national sample of ever smokers and ever drinkers. *The Journal of nervous and mental disease*. 2008;196(2):113-21.
143. White AM. Gender Differences in the Epidemiology of Alcohol Use and Related Harms in the United States. *Alcohol research : current reviews*. 2020;40(2):01.
144. Ueda Y, Hayashi F, Ohira T, Maeda M, Yasumura S, Miura I, et al. A Six-Year Prospective Study on Problem Drinking among Evacuees of the Great East Japan Earthquake: The Fukushima Health Management Survey. *International journal of environmental research and public health*. 2022;20(1).

145. Bottomley JS, Williams JL, Pavlacic JM, Gex KS, Rheingold AA. Bereavement and problematic alcohol use: Prevalence and predictors among a national sample of bereaved adults. *Alcohol, clinical & experimental research*. 2025;49(1):175-84.
146. Ivaniushina V, Titkova V, Alexandrov D. Peer influence in adolescent drinking behaviour: a protocol for systematic review and meta-analysis of stochastic actor-based modeling studies. *BMJ open*. 2019;9(7):e028709.
147. Merikangas KR, McClair VL. Epidemiology of substance use disorders. *Human genetics*. 2012;131:779-89.
148. Ünübol H, Hızlı Sayar G. Prevalence and Sociodemographic Determinants of Substance Use in Turkey. *European addiction research*. 2021;27(6):447-56.
149. Van Der Velden PG, Kleber RJ. Substance use and misuse after disasters: Prevalences and correlates. *Mental health disasters*. 2009:94-130.
150. Amiri H, Riyahifar S, Nakhaee N, Nekoei-Moghadam M. The long-term impact of the earthquake on substance use. *International journal of emergency medicine*. 2022;15(1):44.
151. Bianchini V, Roncone R, Giusti L, Casacchia M, Cifone MG, Pollice R. PTSD Growth and Substance Abuse Among a College Student Community: Coping Strategies after 2009 L'aquila Earthquake. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*. 2015;11:140-3.
152. Dai W, Chen L, Lai Z, Li Y, Wang J, Liu A. The incidence of post-traumatic stress disorder among survivors after earthquakes:a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2016;16:188.
153. Guo J, Wu P, Tian D, Wang X, Zhang W, Zhang X, et al. Post-traumatic stress disorder among adult survivors of the Wenchuan earthquake in China: a repeated cross-sectional study. *Journal of anxiety disorders*. 2014;28(1):75-82.

154. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological bulletin*. 2006;132(6):959-92.
155. Olff M, Langeland W, Draijer N, Gersons BP. Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological bulletin*. 2007;133(2):183-204.
156. Tang B, Deng Q, Glik D, Dong J, Zhang L. A Meta-Analysis of Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults and Children after Earthquakes. *International journal of environmental research and public health*. 2017;14(12).
157. Tekin A, Yetkin Tekin A, Göçüm E, İnce Z, Kapıcı Y, Karamustafalıoğlu O. Posttraumatic stress disorder and related risk factors among earthquake survivors after earthquakes in Turkey: 1-year follow-up study. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*. 2025.
158. Eren İ, Akoğlu B. Deprem yaşayan bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ile yaşam anlamı arasındaki ilişkide umut duygusunun aracı rolü. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*. 2024;6(1):23-31.
159. Özkan Bardakcı M, Kaya Ç S, Bardakcı Ş. Examination of Post-Earthquake Trauma Levels of Individuals Affected by February 6, 2023 Earthquakes. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2025;19:e169.
160. Sirotich AC, Camisasca E. PTSD risk factors in earthquake survivors and their families: a systematic review. *European journal of psychotraumatology*. 2024;15(1):2365477.
161. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of anxiety disorders*. 2011;25(3):456-65.

162. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *The American journal of psychiatry*. 1985;142(11):1259-64.
163. Dell'Aquila A, Berle D. Predictors of alcohol and substance use among people with post-traumatic stress disorder (PTSD): findings from the NESARC-III study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2023;58(10):1509-22.
164. Fetzner MG, McMillan KA, Sareen J, Asmundson GJ. What is the association between traumatic life events and alcohol abuse/dependence in people with and without PTSD? Findings from a nationally representative sample. *Depression and anxiety*. 2011;28(8):632-8.
165. McFarlane AC. Epidemiological evidence about the relationship between PTSD and alcohol abuse: the nature of the association. *Addictive behaviors*. 1998;23(6):813-25.
166. Mills KL, Teesson M, Ross J, Peters L. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *The American journal of psychiatry*. 2006;163(4):652-8.
167. Chilcoat HD, Breslau N. Posttraumatic stress disorder and drug disorders: testing causal pathways. *Archives of general psychiatry*. 1998;55(10):913-7.
168. Osaki Y, Maesato H, Minobe R, Kinjo A, Kuwabara Y, Imamoto A, et al. Changes in smoking behavior among victims after the great East Japan earthquake and tsunami. *Environmental health and preventive medicine*. 2020;25(1):19.
169. Parslow RA, Jorm AF. Tobacco use after experiencing a major natural disaster: analysis of a longitudinal study of 2063 young adults. *Addiction (Abingdon, England)*. 2006;101(7):1044-50.
170. McKee SA, Weinberger AH. How can we use our knowledge of alcohol-tobacco interactions to reduce alcohol use? *Annual review of clinical psychology*. 2013;9:649-74.

8. EKLER

8.1. Ek A: Etik Kurul Kararı

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
30/10/2024	11	26

KARAR 20- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Doç.Dr.Mehmet Hanifi KOKAÇYA'nın (Arş.Gör.Dr.Hülya ALKAN'ın uzmanlık tezi) " 6 Şubat 2023 depremi sonrası alkol ve madde kullanım bozukluğu prevalansı ve etkileyen faktörler: Antakya Konteyner Kent örnekleme" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

(Katılmadı)
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ
(Başkan)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet ERDEM
(Başkan Yardımcısı)

(İmza)
Doç.Dr. Emre DİRİCAN
(Başkan Yardımcısı)

(İmza)
Doç.Dr.Geçmiş KİMYON
(Üye)

(Katılmadı)
Doç.Dr.Fatma ÖZ
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr.Fundagül BİLGİÇ ZORTUK
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ
(Üye)

(İmza)
Dr.öğr.Üyesi Ertan YILMAZ
(Üye)

(İmza)
Prof.Dr. Sibel SEVİNÇ
(Üye)

(Katılmadı)
Dr.Öğr.Üyesi Adem YAPICI
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr. Sedat BORAZAN
(Raportör)

8.2. Ek B: Formlar

T.C. MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza)

Formu

Araştırmanın Konusu: 6 Şubat 2023 Depremi Sonrası Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Prevalansı Ve Etkileyen Faktörler: Antakya Konteyner Kent Örnekleme **Araştırmanın Amacı:** Bu araştırmanın amacı Şubat depremleri sonrasında depremde zarar gören Hatay ili Antakya ilçesinde konteyner kentlerde yaşayan depremzedelerin alkol ve madde kullanım bozuklukları prevalansı, etkileyen faktörleri ve travma sonrası stres bozukluğuyla ilişkisini araştırmak

Araştırmaya Katılma Süresi: 30-45 dakika

Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı: 205

Sayın Gönüllü:

Bu çalışma Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından yürütülen bir çalışmadır. Çalışma **Arş. Gör. Dr. Hülya Alkan** ve **Prof. Dr. Mehmet Hanifi Kokaçya** tarafından yürütülmekte olup, deprem sonrası Antakya ilçesinde konteyner kentlerde kalan depremzedelerde alkol ve madde kullanım bozukluğu yaygınlığını ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Sizler için hazırlanmış olan 42 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu, 20 sorudan oluşan DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5), 11 sorudan oluşan Madde Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi(DUDIT), 10 sorudan oluşan Alkol kullanım bozukluğu tanıma testi(AUDIT) anket formlarını doldurmanız istenecektir.

Bilimsel bir çalışmanın parçası olan bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. İsterseniz çalışmaya katılmayabilirsiniz. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Bakanlık ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin bu kayıtlara erişimleri bulunabilecektir, ancak ilgili mevzuat gereğince kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğinizin gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı:Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0)
Bilgi Verebilecek Kişi:	İmza
VELİ, VASİ VEYA VEKİL (18 yaşından küçük olanlar için)	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	Faks : (0)
Yakınlığı:	İmza:
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	Faks : (0)
	İmza
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKINININ BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ:	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	Faks : (0)
	İmza
TANIK:	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Görevi:	Faks : (0)
Adresi:	İmza

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1-Adı Soyadı:

2-Cinsiyeti:

- a. Kadın
- b. Erkek

3-Yaş:

4-Medeni Durum:

- a. Evli
- b. Bekar
- c. Boşanmış
- d. Dul

5- Eğitim durumu:

- a. Okur yazar değil
- b. Okur-yazar
- c. İlkokul-Ortaokul
- d. Lise
- e. Üniversite

6- Meslek:

- a. Ev hanımı
- b. Öğrenci
- c. Memur
- d. İşçi
- e. Özel meslek
- f. Emekli
- g. Çalışmıyor
- h. Kendi işyeri var

7-Aylık gelir:

- a. Asgari ücret ve altı
- b. Asgari ücret üstü

8-Konteynerda kaç kişi kalıyor:

9- Çocuğunuz var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

10- Bir önceki soruya yanıtınız evet ise kaç çocuğunuz var? (Sayıyla belirtiniz)

.....

11- Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz biri var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

12- Yanıtınız evet ise baktığınız kişi kim?

13-Depremden sonra sigara kullanımınız var mı?

- a. Evet *varsa kaç adet/gün:
- b. Hayır

14-Depremden önce sigara kullanımınız var mı?

- a. Evet *varsa kaç adet/gün:
- b. Hayır

15- Depremden sonra alkol kullanımınız var mı?

a. Evet*

b. Hayır

*ne kadar zamandır kullanıyorsunuz:

*Türü: Bira () Rakı () Şarap () Viski () Diğer ()

*miktarı: Günde.... Şişe /Günde kadeh

*sıklığı: Her gün () Haftada 5 gün () Haftada 4 gün () Haftada 2 gün ()

Haftada 1 gün () diğer ()...

16-Depremden önce alkol kullanımınız var mı?

a. Evet*

b. Hayır

*varsa türü: Bira () Rakı () Şarap () Viski () Diğer ()

Miktarı: Günde.... Şişe / Günde kadeh

Sıklığı: Her gün () Haftada 5 gün () Haftada 4 gün () Haftada 2 gün ()

Haftada 1 gün () diğer ()...

17-Alkol kullanım nedeniniz nedir?

a. Uykuya dalmak

b. Sorunları unutmak

c. Öfke kontrolünü sağlamak

d. Nedensiz keyif amaçlı içmek

e. Arkadaş ortamında onlara eşlik etmek, kıramamak

f. Diğer

18-Depremden sonra madde kullanımınız var mı?

a. Evet*

b. Hayır

*ne kadar zamandır kullanıyorsunuz:

*Kullanılan madde:

*miktarı:

*sıklığı: Her gün () Haftada 5 gün () Haftada 4 gün () Haftada 2 gün ()

Haftada 1 gün () diğer ()...

19-Depremden önce madde kullanımınız var mı?

a. Evet*

b. Hayır

*varsa türü:

Miktarı:

Sıklığı: Her gün () Haftada 5 gün () Haftada 4 gün () Haftada 2 gün () haftada

1 gün () diğer ()...

20-Depremde birinci derece akraba kaybınız(eş ve/veya çocuk) var mı?

a. Evet (belirtiniz)

b. Hayır

21-Depremde Kardeş ve/veya ebeveyn kaybınız var mı?

a. Evet (belirtiniz)

b. Hayır

c.

22-Deprem sonrası eski evinizin durumu nedir?

a. Tamamen yıkıldı

b. Ağır-orta hasarlı

c. Hafif hasarlı

- d. Hasarsız
- 23-Depremde göçük altında kaldınız mı?
- a. Evet (ne kadar süre)..... (kimlerle).....
- b. Hayır
- 24-Depremde yaralandınız mı?
- a. Evet (belirtiniz)
- b. Hayır
- 25-Depremde kalıcı bedensel bir hasar gelişti mi?
- a. Evet (belirtiniz)
- b. Hayır
- 26-Deprem sonrasında hastanede ayaktan tedavi gördünüz mü?
- a. Evet (belirtiniz)
- b. Hayır
- 27-Deprem sonrasında yatarak tedavi gördünüz mü?
- a. Evet (kaç gün, hangi nedenle)...
- b. Hayır
- 28-Deprem sonrası göçük altından çıkarılan yaralı kişileri gördünüz mü?
- a. Evet
- b. Hayır
- 29-Depremden önce ciddi bir travma yaşadınız mı (ciddi hastalık, iflas, ölüm, başka bir doğal afet, büyük bir kaza)?
- a. Evet (ne zaman ve ne olduğunu belirtiniz)
- b. Hayır
- 30-Deprem sonrası işten çıkarılma veya iflas etme gibi bir durum yaşadınız mı?
- a. Evet
- b. Hayır
- 31- Deprem sonrası işe dönmeniz ne kadar sürdü?
- 32-Depremden sonra iş yeri kaybı yaşadınız mı?
- a. Evet
- b. Hayır
- 33-Depremden sonra Hatay’da yaşamaya devam ettiriniz mi?
- a. Evet
- b. Hayır*
- *Hayır ise Depremden ne kadar süre sonra Hatay’a döndünüz?
- 34-Depremden sonra ilk ay nerede kaldınız?
- a. Kendi evimde
- b. Akrabalarımın evinde
- c. Arkadaşlarımın evinde
- d. Sosyal destek kurumlarının tahsis ettiği yerlerde
- e. Çadır kentte
- 35- Depremden sonra devlet ve sivil toplum kuruluşu desteklerinden faydalandınız mı?
- a. Evet
- b. Hayır
- 36- Depremden sonra psikososyal destek aldınız mı?
- a. Evet*
- b. Hayır

*Aldıysanız kimden ? Psikiyatrist() Psikolog() Psikolojik danışman()
Sosyal hizmet uzmanı() Diğer()

*Aldıysanız kaç seans?

37- Depremden sonra sosyal çevrenizin (partner, eş, anne, baba, arkadaş) size yeterince destek olduğunu düşünüyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

38-Deprem öncesi psikiyatrik hastalık öykünüz var mı? :

- a. Evet * varsa belirtiniz.....
- b. Hayır

39- Depremden sonra geçmiş psikiyatrik şikayetlerinizde artış oldu mu?

- a. Evet
- b. Hayır

40- Depremden sonra kullandığınız psikiyatrik ilaç dozunda artış yapıldı mı?

- a. Evet
- b. Hayır

41- Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

- a. Evet * varsa belirtiniz.....
- b. Hayır

42-Ek tıbbi hastalığınız var mı?

- a. Evet * varsa belirtiniz.....
- b. Hayır

ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARINI TANIMA TESTİ(AUDIT)

1. Alkollü içecekleri ne sıklıkta kullanırsınız?

- (0) Hiçbir zaman (1) Ayda bir veya daha az (2) Haftada bir veya daha az
(3) Haftada 2-4 kez (4) Haftada 5 kez veya daha fazla

2. Alkol aldığınız zaman günde kaç standart içki içersiniz?

- (0) 1 (1) 2 (2) 3-4 (3) 5-6 (4) 7 ve daha fazla

3. Bir seferde 6 veya daha fazla standart içki içme sıklığınız?

- (0) Hiç bir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay
(3) Her hafta (4) Her gün veya yaklaşık her gün

4. Geçtiğimiz yıl içinde kaç kez içmeye başladıktan sonra alkol alımını durduramadınız?

- (0) Hiç bir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay
(3) Her hafta (4) Her gün veya yaklaşık her gün

5. Geçen yıl içinde alkollü içki içmeniz nedeniyle normalde sizden bekleneni yapmakta kaç kez başarısız oldunuz?

- (0) Hiç bir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay
(3) Her hafta (4) Hergün veya yaklaşık hergün

6. Geçen yıl fazla alkollü içki içtiğiniz bir gecenin sabahında kendinize gelebilmek için alkollü bir içki almanız kaç kez gerekti?

- (0) Hiç bir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay
(3) Her hafta (4) Hergün veya yaklaşık hergün

7. Geçen yıl kaç kez alkollü bir içki içtikten sonra suçluluk veya pişmanlık duyduğunuz oldu?

- (0) Hiç bir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay
(3) Her hafta (4) Hergün veya yaklaşık hergün

8. Geçen yıl içinde ne sıklıkta alkollü içki içtiğiniz için ertesi sabah bir önceki gece olanları hatırlayamadınız?

- (0) Hiç bir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay
(3) Her hafta (4) Hergün veya yaklaşık hergün

9. Siz veya bir başkası sizin alkol almanız yüzünden yaralandı mı?

- (0) Hayır (1) Evet, fakat geçen yıl değil (2) Evet, geçen yıl içinde

10. Bir arkadaşınız, bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı size alkol almayı kesmenizi önerdi mi?

- (0) Hayır (1) Evet, fakat geçen yıl değil (2) Evet, geçen yıl içinde

Dosya no

DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

Burada maddeler hakkında birkaç soru vardır. Lütfen mümkün olduğunca doğru ve dürüst bir şekilde sizin için hangi cevabın doğru olduğunu belirterek cevaplayın.

	☐ Erkek ☐ Kadın	Yaş	
1. Alkol dışındaki diğer maddeleri ne sıklıkta kullanıyorsunuz? (Arka taraftaki madde listesine bakın.)	Asla ☐	Ayda bir ya da daha az sıklıkta ☐	Ayda 2 ila 4 kez ☐
2. Bir çeşitten fazla maddeyi aynı anda kullanıyor musunuz?	Asla ☐	Ayda bir ya da daha az sıklıkta ☐	Ayda 2 ila 4 kez ☐
3. Madde kullandığınız zaman tipik bir günde kaç defa madde alıyorsunuz?		0 ☐	1-2 ☐
4. Maddeden ne sıklıkta aşırı derecede etkileniyorsunuz?	Asla ☐	Ayda birden daha az sıklıkta ☐	Her ay ☐
5. Geçen yıl süresince, maddeye karşı duyduğunuz isteğin, karşı koyamayacak kadar kuvvetli olduğunu hissettiniz mi?	Asla ☐	Ayda birden daha az sıklıkta ☐	Her ay ☐
6. Geçen yıl süresince, maddeleri kullanmaya başladığınızda almayı durduramadığınız oldu mu?	Asla ☐	Ayda birden daha az sıklıkta ☐	Her ay ☐
7. Geçen yıl süresince, ne sıklıkta madde alıp daha sonra yapmanız gereken bir şeyi ihmal ettiniz?	Asla ☐	Ayda birden daha az sıklıkta ☐	Her ay ☐
8. Geçen yıl süresince, aşırı derecede madde kullandığınız bir günden sonraki sabah madde almaya ne sıklıkta ihtiyacınız oldu?	Asla ☐	Ayda birden daha az sıklıkta ☐	Her ay ☐
9. Geçen yıl süresince madde kullandığınız için ne sıklıkta suçluluk duygularınız oldu ya da vicdan azabı çektiniz?	Asla ☐	Ayda birden daha az sıklıkta ☐	Her ay ☐
10. Madde kullandığınız için siz ya da bir başkası zarar gördü mü (ruhsal ya da fiziksel olarak)?	Hayır ☐	Evet, fakat geçen yıl içinde değil ☐	Evet, geçen yıl içinde ☐
11. Bir akraba ya da arkadaş, bir doktor ya da hemşire, ya da herhangi birinin madde kullanımınız konusunda endişelendiği ya da madde kullanmayı durdurmanız gerektiğini söylediği oldu mu?	Hayır ☐	Evet, fakat geçen yıl içinde değil ☐	Evet, geçen yıl içinde ☐

Maddelerin listesini görmek için sayfayı çevirin. 

MADDELERİN LİSTESİ

(Dikkat! Alkol değil!)

Esrar	Amfetaminler	Kokain	Opiatlar	Halusinojenler	Uçucular/inhalantlar	Diğerleri
Marijuana	Khat	Taş (Crack)	Koreks	Ecstasy (MDMA)	Tiner	GHB (Gama
Kannabis	Concerta®	Freebase	Eroin	LSD (Liserjik asit)	Soğutucu sprej	Hidroksi Bütirat)
Joint	Ritalin®		Opium	Meskalin (Kaktüs)	(Trikloretilen)	Anabolik steroidler
Kubar	(Metilfenidat)		Haşhaş	PCP (Melek tozu)	Benzin/petrol	Gülme gazı
Ot	Dekstroamfetamin		Afyon sakızı	(Fensiklidin)	Gaz	(Halotan)
Haşış	Metamfetamin		Morfin	Psilosibin (Sihirli)	Bally	Amil nitrat
Bonzai	Captagon®		Kodein	Mantar)	LPG (Çakmak gazı)	(Poppers)
	(Fenitilin)			Ketamin		Antikolinerjikler
	Dexedrine®			Ketalar®		Akineton (Biperiden)
	Modiodal®			DMT		Maraş Otu
	(Modafinil)			(Dimetiltriptamin)		Boru Otu (Güzel
						Avrat Otu)

HAPLAR – İLAÇLAR

Haplar madde olarak sayılır

- fazla aldığınızda ya da doktorun sizin için reçete ettiğinden daha sık aldığınızda
- hapları eğlenmek, iyi hissetmek, "kafayı bulmak" istediğiniz ya da sizde nasıl bir etki yapacaklarını merak ettiğiniz için aldığınızda
- akraba ya da arkadaştan aldığınız haplar
- "kara borsa"dan ya da çalınmış haplar satın aldığınızda

UYKU HAPLARI/SEDATİFLER

Alprazolam	Klordiazepoksid
Xanax®	Klorazepat Dipotasyum
Diazepam	Fenobarbital
Diazem®	Luminal®
Nervium®	Difenhidramin
Zopiklon	Hidroksizin
Imovane®	Atarax®
Meprobamate	Flunitrazepam
Danitrin®	Rohypnol® (Roş)
Zopiklon	
Klonazepam	
Rivotril®	
Lorazepam	
Ativan®	

AĞRI KESİCİLER

Buprenorfin	Jurnista®
Suboxone®	Petidin
Temgesic®	Aldolan®
Fentanil	Profenid
Durogesic®	Benzidamin
Actiq®	Tantum®
Kodein	
Dekstrometorfan	
Tramadol	
Contramal®	
Parasetamol	
Hidromorfon	

Haplar eğer doktor tarafından reçete edildiyse ve reçetelendirilen dozda kullandıysanız madde olarak SAYILMAZ.

DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

Aşağıda çok stresli bir olay karşısında insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır. *Zihninizi meşgul etmeye DEVAM EDEN yaşadığınız en kötü olayı* düşünerek aşağıda listelenen her bir problemi dikkatlice okuyun. **SON BİR AY İÇİNDE** bu olayın size ne kadar sıkıntı verdiğini, sağdaki kutuların içindeki size en uygun rakamı yuvarlak içine alarak gösteriniz.

<i>GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı:</i>	<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Orta derecede</i>	<i>Oldukça fazla</i>	<i>Aşırı</i>
1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelerden veya durumlardan) kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
12. Daha önce yapmaktan keyif aldığımız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
14. Olumlu duyguları yaşayamamak (örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4

8.3. Valilik İzin Formu



T.C.
HATAY VALİLİĞİ
İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü

Sayı : E-58360657-771-1149878
Konu : Araştırma İzni (Arş.Gör.Dr. Hülya
ALKAN')

19.11.2024

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Rektörlüğü' (Personel Daire Başkanlığı)nün 07.11.2024 tarihli ve 73103388-200.001.001-E.440139 sayılı yazısı.

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA'nın yürütücüsü olduğu Arş.Gör.Dr. Hülya ALKAN'ın "6 Şubat 2023 depremi sonrası alkol ve madde kullanım bozukluğu prevalansı ve etkileyen faktörler: Antakya Konteyner Kent Örnekleme" adlı tez anket çalışması kapsamında Antakya ilçesinde bulunan geçici konaklama merkezlerinde (konteyner kent) yaşayan vatandaşlarla gönüllülük esasına dayanarak görüşme yapılmasında İl Müdürlüğümüzce sakınca bulunmamaktadır.

Gereğini ve bilgilerinizi arz/rica ederim.

Taner BAYINDIR
İl Afet ve Acil Durum Müdürü

Dağıtım:

Gereği:

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Rektörlüğüne
(Personel Daire Başkanlığı)

Bilgi:

Antakya Kaymakamlığına
Sayın Mehmet CAN

9. ÖZGEÇMİŞ

2008 yılında Atatürk İlköğretim okulundan mezun oldum. 2012 yılında Kahramanmaraş Süleyman Demirel Fen Lisesi'ni bitirdim. 2019 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 2021 yılında Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığım psikiyatri uzmanlık eğitimine halen devam etmekteyim.

