



T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü



**Alkol ve Madde Kullanımının Neden Olduğu Sorunlar
(komplikasyonlar) Nedeniyle Acil Servise Başvuran Olgularda
Dürtüsellik, Mizaç Özellikleri, Kendini Yaralama ve Benlik
Saygısı Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan

Gökçe Deniz UMSU

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Bağımlılık Danışmanlığı

İzmir

2019

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**Alkol ve Madde Kullanımının Neden Olduğu Sorunlar
(komplikasyonlar) Nedeniyle Acil Servise Başvuran Olgularda
Dürtüsellik, Mizaç Özellikleri, Kendini Yaralama ve Benlik
Saygısı Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

Hazırlayan

Gökçe Deniz UMSU

Danışman

Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Bağımlılık Danışmanlığı

İzmir

2019

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Prof.Dr. Zeki YÜNCÜ

(Danışman)

Üye : Doç.Dr. Gökrem Yaraşbaş

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Aliye Özgün Akar

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 28/8/2019.....

Önsöz

Araştırma konumun belirlenmesinde danışmanlığımı yapan, çalışmalarım sırasında desteğini ve rehberliğini hiçbir zaman esirgemeyen, kıymetli hocam Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ önderliğinde konumu belirledim. Tezimin her anında desteğini hissettiğim kıymetli hocam ile çalışmak bana kıvanç vermiştir. Bulgular sürecimi, kamu görevlisi olarak çalıştığım İzmir Alsancak Nevvar Salih İşgören Devlet Hastanesi’de Acil Servis birimi çalışanlarının desteğiyle tamamlama şansım oldu. Bu yoğun süreci elimden gelen sabır ve azimle tamamladığımı düşünüyorum. Bu bilim yolculuğumdaki çalışmamla diğer bilim yolcularına faydalı olabileceğime inanıyorum.

İzmir, 29.07.2019

Adı SOYADI

Gökçe Deniz UMSU

Özet

Alkol ve Madde Kullanımının Neden Olduğu Sorunlar (komplikasyonlar) Nedeniyle Acil Servise Başvuran Olgularda Dürtüsellik, Mizaç Özellikleri, Kendini Yaralama ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada alkol ve madde kullanım bozukluğu sonucu yaralanma nedeniyle Acil Servis birimine başvuran olguların dürtüsellik, mizaç özellikleri, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkan zorlanma düzeylerinin, ruhsal bozukluğu olmayan kontrol grubu ile karşılaştırılması ve iki grubun birbirinden farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmaya katılan 200 kişiye, sosyodemografik özellikleri belirlemek amacıyla sosyodemografik veri formu, mizaç özelliklerinin belirlenmesi için “TEMPS-A (Temperament Evalution of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire)”, benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi için “Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri”, dürtüsellik düzeylerinin belirlenmesi için “Barratt Dürtüsellik Ö lçeği”, psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkan zorlanma düzeylerinin belirlenmesi içinde “SCL-90 R Tarama Testi” uygulanmıştır. Değerlendirilmesi yapılan olgularla, herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan kontrol grubu karşılaştırılmıştır.

Alkol ve madde kullanımının mizaç özellikleri üzerine etkisi incelenmiş, olgu ve kontrol grubunun aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Olgu ve kontrol grubunun “Rosenberg Benlik Saygısı Ö lçeği”nden aldıkları puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Alkol ve madde kullanımının psikolojik belirtiler üzerine

etkisi de incelenmiş, olgu ve kontrol grubunun SCI-90-R'dan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Olgu ve kontrol grubunun Dürtüsellik Ö lçeğinden (Barratt İmpulsivite BİS-11) aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, Barratt toplam puanları (BIS-Total) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Katılımcıların mizaç özellikleri, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtiler varlığında ortaya çıkan zorlanma düzeyleri ile kontrol grubunun puanları arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Alkol ve madde kullanımı; acil servis; mizaç; benlik saygısı; dürtüsellik; psikiyatrik belirtiler



Abstract

Evaluation of Impulsivity, Temperament Characteristics, Self-injury and Self-esteem Levels in Cases Applying to Emergency Department due to Problems Caused by Alcohol and Substance Use

In this study, the identification of whether or not the impulsiveness, character attributes, self-esteem and levels of strain manifested by psychiatric symptoms differentiate between the experimental group consisting of patients who apply to the emergency service with wounds resulting from alcohol and substance abuse, and the control group without psychological disorders.

Sociodemographic data form, “TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire)”, “Rosenberg Self- Esteem Scale Questionnaire, Barratt Impulsiveness Scale”, “SCL-90 R” Questionnaire are applied to 200 individuals who participate in the research in order to identify sociodemographic characteristics, character attributes, levels of self-esteem and levels of strain manifested by psychiatric symptoms, respectively. The evaluated cases are compared to the control group with no psychological disorder.

The influence of alcohol and substance abuse on character attributes was examined by comparing the score averages of the experimental group and the control group and any statistically significant difference could not be found. Any statistically significant difference could not be found as a result of the examination of score averages of the experimental group and the control group with respect to Rosenberg Self- Esteem Scale Questionnaire. As a result of the examination of the influence of alcohol and substance abuse on psychological symptoms, any statistically significant difference could not be found between the additional items subscales and aggregate score averages of the experimental group and the control group.

With respect to Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), statistically significant difference is found as a result of the examination of score averages of Barratt totals of the experimental group and the control group. Any association between the control

group and the character attributes, self-esteem and levels of strain manifested by psychiatric symptoms of the participants could not be found.

Keywords: Alcohol and Substance Abuse, Emergency Service; Character; Self-esteem; Impulsiveness; Psychiatric Symptoms.



İçindekiler

Önsöz.....	I
Özet.....	II-III
Abstract.....	IV
İçindekiler.....	V- VI
Tablolar Dizini	VII-VIII
Kısaltmalar Listesi.....	IX

Giriş	1
1.1. Araştırmanın Konusu	1
1.2. Araştırmanın amacı.....	4
1.3. Hipotezler	5
1.4. Sayıtlar	5
1.5. Araştırmanın Önemi	5
1.6. Sınırlıklar ve Karşılaşılan Güçlükler	6
1.7. Tanımlar.....	6
Genel Bilgiler	8
2.1. Alkol ve Madde Kullanımının Tarihçesi	8
2.2. Alkol ve Maddelerin Farmakolojisi ve Beden Üzerindeki Etkileri	10
2.3. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	21
2.4. Etiyoloji	23
2.5 Epidemiyoloji	26
2.6. DSM-5 ve Tanı Kriterleri	28
2.7. Mizaç, Dürtüsellik, Kendini Yaralama ve Benlik Saygısı Kavramları	45
2.8. Acil Servise Başvuru Nedenleri	57
Gereç ve Yöntem	61

3.1. Araştırmanın Tipi.....	61
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	61
3.3. Bağımlı / Bağımsız Değişkenler	62
3.4. Veri Toplama Yöntemleri.....	63
3.5. Veri Toplama Araçları.....	63
3.6. Verilerin Analizi	68
Bulgular.....	69
4.1. Olgu ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	69
4.2. Mizaç Ölçeği (TEMPS-A) ‘ne İlişkin Bulgular	77
4.3. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) ‘ne İlişkin Bulgular.....	78
4.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ‘ne İlişkin Bulgular	79
4.5. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BİS-11) ‘ne İlişkin Bulgular.....	81
Tartışma	82
5.1. Olgu ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	82
5.2. Olgu ve Kontrol Grubunun Mizaç Ölçeği (TEMPS-A) Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	84
5.3. Olgu ve Kontrol Grubunun Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	85
5.4. Olgu ve Kontrol Grubunun Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	86
5.5. Olgu ve Kontrol Grubunun Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BİS-11) Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	87
Sonuç ve Öneriler	89
Kaynaklar	92
Ekler.....	99
Teşekkür.....	130
Özgeçmiş.....	131

Tablolar Dizini

Tablo 1. Grupların Cinsiyet Dağılımı.....	69
Tablo 2. Grupların Yaş Dağılımı.....	69
Tablo 3. Grupların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları.....	70
Tablo 4. Grupların Mezuniyet Durumlarına Göre Dağılımları.....	70
Tablo 5. Grupların Meslek Durumlarına Göre Dağılımları.....	71
Tablo 6. Grupların Gelir Durumlarına Göre Dağılımları.....	71
Tablo7. Alkol ve Madde Kullananların Kullanım Sürelerine Göre Dağılımları.....	72
Tablo 8. Grupların Sigara Kullanımına Göre Dağılımları.....	72
Tablo9. Grupların Alkol ve Madde Kullanım Tedavisine Göre Dağılımları.....	72
Tablo10. Olgu Grubunun Genel Evren Bilgilerine Göre Dağılımları.....	73
Tablo 11. Olgu Grubunun Acil Servise Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımları.....	74
Tablo12. Olgu Grubunun Yaralanma Nedenleri Göre Dağılımları.....	74
Tablo13. Olgu Grubunun İntihar Girişimine Göre Dağılımları.....	75
Tablo14. Olgu Grubunda İntiharın Yapılış Şekline Göre Dağılımları.....	75
Tablo15. Daha Önce Acil Servise Başvuru Yapan Hastaların Dağılımları.....	75
Tablo 16. Daha Önce Acil Servis Başvuru Sebeplerine Göre Dağılımları.....	76
Tablo17. Uygulanan Tedavi Durumlarına Göre Dağılımları.....	76
Tablo 18. Mizaç Ölçeği Açısından Olgu ve Kontrol Grubu Karşılaştırılma Dağılımları.....	77

Tablo 19. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) Açısından Olgu ve Kontrol Grubu Karşılaştırılma Dağılımları.....	78-79
Tablo 20. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Açısından Olgu ve Kontrol Grubu Karşılaştırılma Dağılımları.....	79-80
Tablo 21. Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BİS-11) Açısından Olgu ve Kontrol Grubu Karşılaştırılma Dağılımları.....	81



Kısaltmalar Listesi

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

MSS : Merkezi Sinir Sistemi

NMDA : N-metil-D Aspartat reseptörleri

GABA-A : Gamaaminobutirikasit reseptörleri

ADH : Alkol dehidrogenaz

MEOS : Mikrozomal etanol okside edici sistem

MCV : Kırmızı hücrelerin ortalama boyutları

ICD-10 : International Classification of Diseases

EEG : Elektroensefalografi

DEHB : Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

PCP : Fensiklidin

THC : Tetrahidrocannabinol

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

APA : Amerikan Psikiyatri Birliği

DSM-IV-TR: Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik El Kitabı

NCS : Ulusal Eşitlik Araştırması (National Comorbidity Survey)

NIDA : Ulusal Madde Bağımlılığı Enstitüsünün (National Institute on Drug Abuse)

ECA : Epidemiyolojik Alan Çalışması'nın (Epidemiological Catchment Area)

CDT : Karbonhidrattan yoksun transferrin (carbohydrate-deficient transferrin)

BIS-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği (Barratt Impulsivity Scale 11)

SCL-90R : Ruhsal Belirti Tarama Listesi

TEMPS-A: Mizaç Ölçeği (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire)

AMKB : Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

MKB : Madde Kullanım Bozuklukları

AKB : Alkol Kullanım Bozuklukları

Giriş

1.1. Araştırmanın Konusu

Dünya Sağlık Örgütü tarafından gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, “dünyada en önemli halk sağlığı sorunlarından birisi, alkol ve madde kullanım bozukluklarıdır” olarak tanımlanmıştır (World Health Organization, 2004). Günümüzde madde kullanım bozukluklarının (MKB), dünyada ve ülkemizdeki yaygınlığının sürekli arttığı görülmektedir .

Özellikle alkol kullanımına bağlı sorunlar ilk sırada yer almıştır. “Alkolizm, sağlık sorunları, trafik kazaları, özkıyım, suça yönelme, aile parçalanması, ekonomik sorunlar, iş yaşamının bozulması gibi pek çok boyutu olan önemli bir biyopsikososyal sorundur” (Shuckit, 2005).

Batı toplumlarındaki insanların %90’ı hayatlarının herhangi bir döneminde alkol tüketirler ve belki de %30 veya daha fazlası geçici alkole ilişkili yaşam sorunları geliştirirler (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2004).

Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre (aktaran Hancı,2007), dünya çapında yaklaşık iki milyar kişinin alkol içeren içecekler tükettiği ve 76.3 milyon kişinin ise tanı konabilecek düzeyde alkol kullanım bozuklukları (AKB) olduğundan bahsedilmektedir. Bu durumda, dünyada alkol tüketimi ile ilişkili, hem hastalanma hem de ölüm oranlarının incelenmesi, son derece önemlidir.

AMKB tanısı ise, temelde kontrol kaybı, tekrarlayan aile ve sosyal sorunlar, artan kullanımlarda tolerans gelişmesi ve çekilme belirtileri gibi fizyolojik sonuçlara göre konulduğu belirtilmektedir.(Beyazyürek, Kalyoncu, Mırsal, Pektaş, 2002).

AKB olanlara ait özel bir kişilik şeklinin olmadığı gibi, ortak kişilik özelliklerinden ve psikodinamik durumlardan da bahsedilmektedir. Bu kişilerde “ego zayıflığı, kendilik değerini sürdürememek, kendine bakım kapasitesindeki yetersizlik” gibi özelliklerin varlığı şeklinde kişilik tanımlaması yapılmıştır. “Süperego, zihnin alkolde çözünebilen kısmı”

olarak ifade edilmektedir. Alkol kullanımı ile kişinin ihtiyacı olan güç ve kendilik değerinin artma hissinin sağlandığı üzerinde durulmuştur. Genel olarak madde kullanım bozukluğu olan bireylerin, olmayanlara göre, kişilik özelliklerinde farklılıkları olduğu ifade edilmektedir (Beyazyürek ve diğerleri, 2002).

AKB tanısının konma sürecinde; hastanın yaşamının gözden geçirilmesi adına iyi bir anamnez alınması ve alkol kullanımının oluşturabileceği sorunların varlığı dikkate alınması gerekmektedir (Aydın, Demirkan, Işimer, Sayal, 2005).

Dünyada alkol kullanımı ile ilişkili sorunlar çok yaygındır ve topluma ciddi bir maliyet oluşturmaktadır. Alkol kullanımının oluşturduğu olumsuz sonuçlar, insanların üretkenliğinin önemli bir oranda azalmasına neden olduğu ifade edilmektedir. Çünkü tüm yaşam çabası alkol bulmak ve kullanmak üzerine devam etmektedir. “Birleşik devletlerde tıbbi yardım isteyen hastaların 1/5’ inde AKB olduğu” belirtilmektedir (Aydın ve diğerleri, 2005).

AKB’nun yol açtığı sorunlardan biri de, adli olaylar kapsamında kişiler arası şiddet olaylarının meydana gelmesidir. Bağımlılık oluşturan maddelerde olduğu gibi, alkol kullanmaya başlama yaşının da gün geçtikçe düşmesi ile bireysel, toplumsal, ekonomik ve sağlık sorunları da artmaktadır. Alkol kullanım bozukluğu olan kişinin, hem yakın çevresi için, hem de toplum için bir sorun oluşturduğu görülmektedir (Seçer, 2005).

Türkiye’de uyuşturucu ya da uyarıcı madde kullanımı ve satışının, ağır cezalandırıcı yasalarla yaptırım olduğu için hekim ve hastaneye başvuru sayıları az görülmektedir. Sevinçok ve arkadaşlarının çalışmasında (aktaran Karataş,2005), “yaşam boyu en az bir kez kullanma oranı sigara için %80,2 ; alkol için %31,9 ; başka bağımlılık yapan maddeler için %3,6” sonuçları ifade edilmiştir. 1990-1992 yılları arasında ABD’de yapılan “Ulusal Tarama Çalışması”na göre, “15-54 yaş arasında alkol ve tütün dışı madde bağımlılığı için yaşam boyu yaygınlık oranı %7,5” bulunmuştur. 1993 ‘te yapılan bir diğer tarama çalışmasında, “madde kullanımı için yaşam boyu yaygınlık oranları eroin için %1,1; halusinogenler için %8,7, kokain

için %11,3; esrar için %33,7; yasa dışı maddelerden herhangi birisi için %37,2” şeklinde sonuçlar ortaya çıkmıştır (Karataş, 2005).

“Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, şizofreni ve bazı kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklara ikincil olarak”, alkol ve madde kötüye kullanımı bir komplikasyon şeklinde ortaya çıkabilmektedir. AKB olan kişilerin yaklaşık % 60 ile % 70 'inde bir psikiyatrik bozukluğunun da olduğu belirtilmektedir (Çıtak, Ekici ve Savaş, 2001).

Alkol kötüye kullanımının bir diğer komplikasyonu da, yüksek dozda ilaç alınması gibi intihar yöntemlerine yatkınlığı artırması olarak bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda, major depresyona alkol ve madde kullanımının eklenmesi halinde, alkol bağımlısı olmayan depresif bozukluğu olan bireylere göre,” intihara daha fazla eğilimli oldukları, daha düşük benlik saygısına sahip oldukları, daha impulsive oldukları, işlevsellikte, kişisel ve toplumsal ilişkilerinde daha fazla bozulma olduğu” saptanmıştır (Karataş,2005). Ağargün ve arkadaşlarının çalışmasında (aktaran,Çıtak ve diğerleri, 2001), Türkiye’de intihar girişimi olan alkol bağımlılarında, daha erken yaşta alkol kullanmaya başladıkları, son bir yıl içinde daha yüksek miktarda günlük alkol kullandıkları, sosyoekonomik düzeylerinin daha düşük olduğunu,daha sık sosyal izolasyon yaşadıklarını, çocukluk döneminde daha sık aile ve okul problemleri yaşadıklarını saptamış ve bu etkenleri alkol bağımlılığında intihar eylemi için risk oluşturan etmenler olarak tanımlamışlardır.

Alkolle ilgili bozukluklardaki çalışmalarda, “intihar yaygınlığının %10-15 arasında değiştiği” bulunmuştur. Aynı zamanda intihar davranışında da, alkol kullanımı çok daha yüksek oranlarda bulunmuştur. Alkol bağımlılığı sorunu olan bireylerde, özkıyım riskinin topluma göre “15 kat” daha fazla olduğu saptanmıştır (Beyazyürek, Kalyoncu, Mırsal, Mırsal ve Pektaş, 2001).

Alkol bağımlılığında özkıyım riskini artıran faktörler olarak, “depresif bozukluk, psikososyal destek azlığı, ciddi fiziksel hastalık varlığı, işsizlik ve yalnız yaşama” olarak görülmektedir. Alkol bağımlılarının, vücut sağlığına, çalıştıkları işlerine ve insan ilişkilerine karşı gösterdikleri yıkıcı tutumları, gizli bir intihar eğilim olarak düşünülmektedir. Psikodinamik görüşler, “bu kişilerin intihar eylemi yerine, alkol alarak daha zevk verici bir

yıkım yolu seçtiklerini” belirtilmektedirler. Yapılan çalışmalarda “alkol bağımlılığı ile özkıyım girişimi arasında güçlü bir ilişki olduğu, bu durumun daha çok sarhoş iken ortaya çıktığı, dürtüsellikten kaynaklandığı ve ölümle sonuçlanmayan intiharlara yol açtığı” belirlenmiştir. Bu kişilerde, alkollü iken motorlu araç kullanımı, düşme ve yaralanmalar gerçekleşebilmektedir. Bu durumda alkol kullanım bozukluğu dolaylı bir özkıyım davranışı olarak kabul görmektedir (Çelik, Demirbaş, Doğan ve İlhan, 2002).

“Madde kullanımı ve kendine zarar verme davranışının birlikte ya da ayrı olarak, aynı kişide görülme oranının yüksek olduğu ve özellikle yineleyen kendine zarar verme davranışı olan kişilerde madde kullanımının varlığından” söz edilmektedir. Kendine zarar veren kişilerin “%90’ında madde kullanımının olduğu, çoğunun birden fazla madde kullandığı (%66.7) ve madde kullanımının büyük oranda (%71.1) bağımlılık düzeyinde olduğu” bulunmuştur (Aksoy ve Ögel, 2003).

Bu çalışmada alkol ve madde kullanım bozukluğu sonucu yaralanma nedeniyle acil servis birimine başvuran olgular, sosyodemografik veri formuyla kategorize edilip; dürtüsellik, mizaç özellikleri, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkan zorlanma düzeyleri değerlendirilecektir. Değerlendirilmesi yapılan olgularla herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan kişiler karşılaştırılacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerin dürtüsellik, mizaç özellikleri, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkan zorlanma düzeylerinin belirlenmesi ve bu düzeylerin ruhsal bozukluğu olmayan kontrol grubuyla karşılaştırılmasıdır. Bu amaçla acil servis birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan olguların kayıtlarının alınmasını takiben telefonla iletişime geçilerek görüşme sağlanacaktır. Görüşmede kullanılan ölçeklerin sonuçlarıyla, kontrol grubunun sonuçlarının karşılaştırılması hedeflenmektedir.

1.3. Hipotezler

Araştırmanın amacı doğrultusunda çalışılacak hipotezler şunlardır:

H1: Alkol ve madde kullanım bozukluğu ile Acil Servise başvuran olguların, mizaç özellikleri, dürtüsellik, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkan zorlanma düzeyleriyle, alkol ve madde kullanmayan kontrol grubuyla arasında farklılık vardır.

Ho: Alkol ve madde kullanım bozukluğu ile Acil Servise başvuran olguların, mizaç özellikleri, dürtüsellik, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkan zorlanma düzeyleriyle, kontrol grubu arasında farklılık yoktur.

1.4. Sayıtlar

Araştırmaya katılanlar DSM-V-R'ye göre alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerden oluşturulacaktır. Araştırmada kullanılacak anket ve ölçeklerin, katılımcılar tarafından doğru olarak tamamlanacağı düşünülmektedir ve uygun onamları alınacaktır. Katılımcılara uygun ve eşit koşullarda testler uygulanacaktır. Uygulanacak anket ve ölçekler, seçilecek katılımcılar ve uygulanacak yöntem araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasiteye sahip olacaktır.

1.5. Araştırmanın Önemi

Mizacın, benlik saygısının, dürtüsellik faktörünün, psikiyatrik belirtiler doğrultusunda zorlanma düzeyinin bağımlılar üzerindeki rolünün araştırılması, alkol ve madde kullanım bozukluğu gelişme riski yüksek bireylerin tanımlanmasına yardımcı olarak riskli grupların korunabilmesine olanak sağlayacaktır. Ayrıca bu alandaki çalışmalar, bağımlılıkla ilgili sorunların tedavisi için başvuran bireylerin klinik farklılıklarını anlamada ve böylece yardım için başvurmuş farklı bireylerin farklı tedaviler için eşleştirilmesine fayda sağlayabilecektir.

1.6. Sınırlıklar ve Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmanın yeri Alsancak Nevvar Salih İşgören Devlet Hastanesi Acil Servis birimi ile sınırlandırılmıştır. Alsancak Nevvar Salih İşgören Devlet Hastanesi'nin konumu araştırma yeri olarak belirlenmesinde etkili olmuştur.

1.7. Tanımlar

Alkol kullanım bozuklukları, alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımıdır. Bunlar alkol kullanım biçimi ile ilişkili bozukluklardır (Coşkunol, 1996).

Alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı tanımı tüm tanı sistemlerinde, “bireyin alkole bağlı olarak birden fazla yaşamsal işlevsellikte tekrar tekrar başarısız olduğunu gösteren kanıtlara rağmen, alkol kullanımına geri dönmesidir” şeklinde açıklanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2004).

Alkol bağımlılığının nedeni bilinmemesine rağmen genetiğin rolü kanıtlarla desteklenmektedir. Alkol bağımlılarının birinci derece akrabaları arasındaki aile çalışmalarında yüksek riskler görülmektedir. Alkol bağımlılarının baba ve erkek kardeşlerinin yaklaşık %25'inde alkol bağımlılığı söz konusu olduğu görülmektedir (Andreasen ve Black, 2001).

Alkol kullanımı ve trafik kazası arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda, alkolün dozuna bağlı olarak sürücüde; bilişsel performansta azalma, sedasyon, öfori, dürtüsel davranma ve dikkat dağılması gibi sonuçların taşıt kullanma durumunu değiştirdiği görülmüştür (Kesen,2004).

Alkol bağımlılığı gelişmiş kişilerde ruhsal hastalıklara bağlı sıkıntılar çok önemli bir tetikleyici olmaktadır. Ayrıca alkol bağımlılığı gelişmeden önce yaşanan stresli durumların, bağımlılığa yatkın kişilerde, önemli bir başlama sebebi olabileceği düşünülmelidir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Benlik saygısı, (Self- esteem)” bireyin kendi kendini değerlendirerek kendisini değerli, yeterli, başarılı bulması yönünde benliğe karşı geliştirilen bir tutumdur” olarak tanımlanmaktadır (Çankaya,2007).

Dürtüsellik, “önceden düşünmeksizin veya bilinçli olarak karar almaksızın hızlı eyleme geçilmesidir” tanımına ek olarak yeterince düşünmeden davranmak, benzer yetenek ve bilgiye sahip kişilerden daha az düşünerek eyleme geçme eğiliminden de söz edilmektedir (Tamam,2015).

“Dış etkenler sonucu oluşan ve kişilerin beden ve ruh sağlığının bozulmasına ya da ölüme neden olan her olay” adli olgu olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca hastanelerin acil servislerine başvuran; “trafik kazası, darp, ateşli silah, patlayıcı madde, her türlü alet yaralanmaları, düşme, iş kazaları, yanık, zehirlenmeler, elektrik çarpması, asfiksi, özkıyım girişimleri, cinayet ve kaza nedenli ölümler” de adli olgu olarak kabul edilmektedir (Faruk ve Sunay, 2003).

Kendini yaralama davranışının, davranışsal ve biyokimyasal yönleri tam olarak açıklanmamakla birlikte, etiyolojik faktörler yardımıyla açıklanmaktadır. Suyemoto, Nijman ve arkadaşları çalışmalarında (aktaran Demirel, 2003), “ruhsal gerilim ve acıyı azaltma isteği ile bedenindeki acıya yoğunlaşma, yoğun yaşanan kızgınlık, utanç ve suçluluk duyguları sonucu bir tür kendini cezalandırma, dürtü kontrolündeki güçlükler, zorlanma, dikkat çekme ve istediğini yaptırma” gibi ortaya çıkan etiyolojik faktörlerin de üzerinde durulması gerektiğini belirtmişlerdir. Literatürde kendini yaralama davranışının oluşumunda “çözülme, zorlanma veya doyumsuzluğun da olabileceği” ifade edilmekte, depresyon ve intihar olasılıklarına da dikkat çekilmektedir.

Mizacın kişilikle benzeşen yanları bulunmaktadır.”K işinin biyolojik yapı, kalıtım etkisiyle kendinde var olan ve çevresel faktörlerle etkileşim içinde oluşturduğu tarzıdır” tanımı yapılmaktadır. Bu anlamda mizaç için; sosyal davranış, kişilik ve biyolojik yapı arasında oluşan bir faktördür denilebilir. “Mizaç, emosyon, affekt ve dürtünün biyolojik temellerinin sonucu olup duygulara dayalı becerilerin ve alışkanlıkların bütünleştirilmesinin altında duyumsama, bağlantı kurma ve motivasyon süreçleri” olarak da tanımlanmaktadır (Seçer, 2005).

Özkıyım (intihar), “bireyin isteyerek ve kasıtlı olarak yaptığı kendine zarar verme davranışının son noktasıdır” tanımı yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak” iki grupta

ele almaktadır. İntihar eylemi “bireyin bilinçli olarak ve kendi isteği ile yaşamına son vermesi” olup, intihar girişimi ise, “bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik ölümcül olmayan tüm istemli girişimler” olarak kabul görmektedir (Tel ve Uzun, 2003). İntihar girişimi psikiyatrik açıdan “acil” bir durumdur (Beyazyürek ve diğerleri, 2001). Alkol bağımlılığı, özkıym için önemli bir risk etkenidir. Alkol alanlarda özkıym riski psikiyatrik hastalığı olmayan nüfusa göre 60-120 kat daha fazladır. Acil Servise özkıym girişimi ile gelenlerin % 8-10 ‘u zaman içinde de kendi ölümlerine sebep olmaktadırlar (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Genel Bilgiler

2.1. Alkol ve Madde Kullanımının Tarihçesi

İnsanların geçmişten günümüze, bazı maddelerin ruhsal durumu etkilediğini ve geçici olarak farklı hissetmeyi sağladığını farkettileri günden bu yana, madde bağımlılığı önemli bir biyopsikososyal sorun olarak orataya çıkmıştır. Günümüzde bu maddelerin bazıları kanunlar çerçevesinde serbest, bazıları ise tamamıyla engellenmesi mümkün olmayan kanun dışı kullanımı söz konusu olarak ortaya çıkmaktadır. Ülkeler ve yaşam biçimleri arasındaki farklılara rağmen nikotin, alkol ve kafein, kanunlara göre kullanılabilmekte, uçucu maddeler ve bazı ilaçlar da amaçları dışında kullanılmaktadır. Opiumun en az 5000 yıllık bir kullanımı ve esrarın da özellikle doğu kültüründe binlerce yıldan beri kullanıldığı bilinmektedir (Beyazyürek ve Şatır, 2000).

“Alkol çok eski zamanlardan beri (M.Ö.2000) var olan, insan beyninin fonksiyonlarını baskılayıcı özelliklere sahip, zehirli etkili, kullanımı oldukça yaygın olan bir madde” olarak tanımlanmaktadır. Alkol; “(Al-Kuhl) Arapça kökenli” bir kelimedir. "K uhl" kaş boyamasında kullanılan rastık tozu anlamına gelir. Türkçe'de, ispiroto kelimesi de karşımıza çıkmaktadır (Kalyoncu ve Mırsal, 2000).

“1700’ lerde Dr.Benjamin Rush aşırı alkol kullanımını bir hastalık”olarak tanımlamış (aktaran Yapıcı,2006), tedavisinde ancak “alkolden tamamen uzak durmak” olabileceğini anlatmak istemiştir. 1849’da İsveç’li Doktor “Magnuss Huss”, ilk kez ‘‘alkolizm’’ terimini kullanmıştır (Yapıcı, 2006). 1904 yılında “Mark Keller” ise; "Alkolizm süregiden bir davranış bozukluğudur, bozuk bir beslenme, bedensel, ruhsal ve toplumsal sağlık bozulmasıdır" olarak tanımlamıştır. Psikanalitik görüşe göre “alkolizm altta yatan psikopatolojinin bir semptomu” olarak kabul edilmiş ve 2.Dünya Savaşı’ndan sonra, alkolizmin sosyal davranış örüntülerinden kaynaklandığı görüşü kabul edildiği görülmektedir. (Kalyoncu ve Mırsal, 2000).

Bugün AKB; “kişilik özellikleri, öğrenme mekanizmaları, psikoanalitik dinamikler, psikososyal etkenler, aile sistemlerine yönelik olarak” incelenmektedir. Ayrıca alkol maddesinin psikofarmakolojisi, genetik yapıya etkisi, biyolojik yatkınlık derecesi, psikiyatrik ve tıbbi komorbidite gibi birçok alandan da araştırma çalışmaları yapılmaktadır (Yapıcı,2006).

DSÖ alkolizmi “içkinin işine engel olduğunu değil de işinin içi içmesine engel olduğunu düşünmeye başlayan kişi alkoliktir” diye tanımlamaktadır. AKB’nu ise “çoğunlukla genetik yoldan geçen, biyokimyasal bir bozukluktur” ve aynı zamanda, “psikolojik ve sosyal baskıların, hastalığı etkinleştirici sebeplerdendir” olarak belirtmektedir (Altıntoprak, Coşkunol, Kesebir, Yıldız, Yüncü Z., 2005).

Tarihte madde kullanım bozuklukları için “Tiryakilik, müptelalık, alışkanlık, keşlik, bağımlılık” gibi kelimelerle adlandırılmaya çalışılmıştır. Ancak son yıllarda bu tanımlar kabul edilen sınıflamalarda, “madde kullanım bozuklukları, kötüye kullanım ve bağımlılık” olarak ele alınmaktadır (Beyazyürek ve Şatır, 2000).

2.2. Alkol ve Maddelerin Farmakolojisi ve Beden Üzerindeki Etkileri

Bağımlılık yapan maddelerin “farmakolojik yapısı, bağımlılığa eşlik eden psikolojik ve fiziksel bağımlılığın nitelikleri ve çeşitli yönleri, kötüye kullanım ve bağımlılığın yol açtığı kişisel, toplumsal ve halk sağlığı ile ilgili zararların boyutu” gibi farklılıklara dayanarak “DSÖ İlaç Bağımlılığı Uzman Kurulu” bağımlılık tiplerini adlandırmıştır. Bunlar: “morfin tipi bağımlılık, alkol tipi bağımlılık, barbitürat tipi bağımlılık, tütün tipi bağımlılık, amfetamin tipi bağımlılık, kokain tipi bağımlılık, esrar (marihuana) tipi bağımlılık, halüsinojen (LSD) tipi bağımlılık, uçucu solvent tipi bağımlılık” olarak kategorize edilmiştir (Uzbay, 2009).

Bazı bağımlılıklarda başka gruptan bir ilacı da kötüye kullanım sözü konusu olabilir (amfetamin bağımlılarının oldukça düzenli bir şekilde barbitürat kullanmaları gibi). Bu duruma “multipl veya çok yönlü bağımlılık” denmektedir. Bu maddeler ile şu bozukluklar ortaya çıkabilmektedir: “akut zehirlenme, zararlı kullanma ,bağımlılık sendromu, kesilme sendromu, psikotik bozukluklar, bunama, amnezik sendrom, kişilik bozukluklarıdır” (Öztürk ve Uluşahin,2008).

Kötüye kullanılan tüm maddelerin ortak noktası, akut olarak duygudurumunda değişiklik yapmaları ve sonrasında bireyin potansiyel olarak ağır, istenmeyen etkilerine rağmen (psikolojik bağımlılık) maddeyi almaya devam etmesini sağlayan psikolojik etki yaratmalarıdır. Bu etki, alkol gibi maddelerin özelliği olan, yoksunluk veya kaçınma sendromu yaratan fiziksel bağımlılıktan oldukça farklıdır. En belirgin etkileri somnolans ve nöral aktivitenin azaltılması olan ama ağrıyı azaltma etkileri güçlü olmayan maddeler depresanlar veya sedatif hipnotiklerdir. Bunlar arasında alkol, tüm benzodiazepinler ve barbitüratlar vardır. Bu maddeler benzer entoksikasyonlar yaratmakta, aşırı dozlarda alındıklarında potansiyel olarak ölümcül olmakta, diğer depresanlarla çapraz tolerans geliştirmekte ve benzer yoksunluk sendromlarıyla beraber fiziksel olarak bağımlılık yapmaktadır. Herhangi bir madde ile birlikte gözlemlenen davranışsal ve fizyolojik değişiklikler dozla, hastanın ilaca maruziyeti, fizyolojik bozukluklar ve hastanın yorgunluk durumu dahil olmak üzere, klinik şartlar

ve bozukluklara göre değişmektedir. Alkol gibi bir maddeyle birlikte görülen etkiler alımdan sonra geçen zamana göre de değişmektedir (Schuckit, 2005).

Alkol (Etil Alkol) :

Alkol “doymuş karbon atomlarına bağlı hidroksil gruplarından oluşan organik bileşiktir”. Etil alkol, “etanol” olarak da anılır ve alkolün en sık bilinen şeklidir. Etil Alkol, “cilt antiseptiği” şeklinde kullanılır ilaç olarak kullanılamaz. Etanolün kimyasal formülü “CH₃-CH₂-OH” dir. Kalori değeri yüksektir ve 1g alkol 7 kalori sağlamaktadır. Etil alkol, meyve tahıllarındaki karbonhidratların fermentasyonu sonucu oluşmaktadır. Bu nedenle, hemen her toplumda ve her dönemde alkollü içeceklerin yapımı keşfedilmiş olup, günümüze kadar kullanımı yaygın olarak devam etmektedir. Tıbbi önemi olan diğer alkol türleri “metanol ve etilenglikol”dür. Keyif verici etkileri yanında, akut toksik etkileri de vardır ve bu nedenle toksikolojik olarak risk oluşturabilmektedirler (Yapıcı, 2006 ; Uzbay, 2009).

Etanol (mayalanmış alkol) ağız, ösafagus ve midayı döşeyen sindirim sistemi mukozası tarafından kolayca emilebilen basit bir moleküldür (Schuckit,2005).

Etil alkol veya etanol suda çözünebilir ve kolayca %80’i üst incebağırsaktan ve %20’si mideden emilir. Zirve kan konsantrasyonlarına 30-60dk.sonra ulaşır. Yemek ve ilaçlar emilimini geciktirir. Alkol tüm vücut boyunca dağıtılır. Metabolizması, büyük ölçüde karaciğerdedir; fakat az miktarda ethanol mide duvarından metabolize edilir. Etanol öncelikle alkol dehidrogenaz enzimi tarafından asetaldehid olarak yıkılır. Kadınların alkol dehidrogenaz aktiviteleri erkeklere göre %20 daha azdır. Sağlıklı bir 70 kilogramlık kişi saatte yaklaşık bir standart içki (10gr. Etanol) metabolize edebilmektedir (Conigrave, Latt, Marshall, Nutt, Saunders, 2009).

Alkol, vücut sıvılarına kolay geçer. Özellikle vücut boşluklarındaki sıvılarda alkol konsantrasyonu, kandaki oranına yaklaşık eşit bulunmuştur. Plasentadan fetal dolaşıma geçtiği gibi, fetus kanındaki konsantrasyonu gebe kanına eşit bulunmuştur. Alkol yağ dokusunda toplanmamakta; yağ/su oranı “1/30” kadar ortaya çıkmıştır. Aynı miktar alkol alımında aynı vücut ağırlığındaki bireylerde alkol düzeyi; kadınlarda, erkeklere göre daha yüksek olmaktadır. Etil alkol, alındığı miktara ve kan konsantrasyonuna

bağlı olarak santral sinir sisteminde “öforiden koma ve ölüme” kadar etkilere neden olmaktadır (Uzbay, 2009).

Alkol farmakolojik etkilerini, “merkezi sinir sisteminde (MSS) membran lipidleri, NMDA (N-metil- DAspartat) reseptörleri, GABA-A (Gamaaminobutirikasit) reseptörleri, G proteinleri ve diğer membran yapıları” etkileyerek gösterdiği çalışmalarla ortaya konmuştur (Kalyoncu ve Mırsal, 2000).

Alkolün çoğu nörokimyasal sistem üzerinde, doza bağlı olarak majör etkileri vardır. Akut olarak dopamin ve metabolitlerini artırarak, beyin görüntüleri artmış aktivite göstermektedir. Alkol bağımlılığında dopamin reseptör sayısı ve hassasiyetini değiştirmektedir. Diğer etkilenen nörokimyasal ise “serotonindir”. Bu transmitterin ve bağlantılı reseptörlerinin önemli özelliklerini değiştirmekte ve serotonin düzeyleri tüketilen alkol miktarını etkilemektedir. Diğer araştırmalar, alkolün beyindeki benzodiazepin reseptör- hassas - aminobutirik asit (GABA) kompleksleri üzerindeki dolaylı etkilerine işaret etmektedir (Schuckit, 2005).

MSS üzerine olan etkisi, tartışmasız yaygın depresyon ve disinhibisyon yapmasına bağlı olarak gelişen davranış değişiklikleridir. Alkol az miktarda alındığında sedasyon yapmaktadır. Alkol, kan düzeyine bağlı olarak MSS'yi “korteksten medullaya kadar” etkileyerek yol izlemektedir.

Alkol bağımlısı olmayan kişilerde kan- alkol düzeyine göre MSS'ne oluşturduğu etkiler arasında farklılıklar vardır: “20-99 mg/100ml alımında his ve duygularda hafif değişiklik, kaslarda dengesizlik olmakta, duyu organlarında kişilik ve tavır değişiklikleri olmakta, 100-199 mg/100ml alımında belirgin zihinsel bozukluk, denge bozukluğu, ayakta durmada ve yürümede zorluk, ataksi, tepki verme süresinde artış olmakta, 200-299 mg/100ml alımında bulantı, kusma, belirgin ataksi, çift görme olmakta, 300-399 mg/100ml alımında hipotermi, hafıza kaybı, konuşma güçlüğü olmakta 400-700 mg/100ml alımında koma, solunum yetmezliği, ölüm olarak” sonuçlanmaktadır (Aydın, Demirkan, Işimer ve Sayal, 2005).

Tekrarlayan alkol alımları sonrasında istenen etkiyi yaratmak için gittikçe artan dozlarda ilaca ihtiyaç duyulmaktadır. Bu fenomen “tolerans”

olarak isimlendirilmektedir. Tolerans ayrıca gittikçe artan dozlarda maddeyi tolere edebilme yeteneğidir ve en azından üç işleme bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Davranışsal tolerans kişinin alkolün etkilerine rağmen yapması gereken görevleri nasıl yapabileceğini öğrenmesidir. Farmakokinetik tolerans, “alkol dehidrogenaz (ADH) ve mikrozomal etanol okside edici sistem (MEOS)” dahil olmak üzere, metabolizma sisteminin vücuttan alkolü hızlı bir şekilde atmak amacıyla adapte olmasıdır. Son ve en önemli tolerans ise farmakodinamik veya hücresel toleranstır. Bu toleransta sinir sistemi alkolün hücre üzerindeki etkilerine direnç göstererek yüksek kan alkol konsantrasyonlarında bile görev yapacak şekilde adapte olur. Herhangi bir beyin depresanı için tolerans bir kez geliştikten sonra, bireyin aynı sınıftan ikinci bir ilaca da benzer tepki göstermesi (çapraz tolerans) muhtemeldir (Schuckit, 2005).

Alkolün etkileri içen kişideki tolerans düzeyine bağlıdır. Alkolün düşük düzey kan alkol konsantrasyonları öforiye neden olur ve disinhibe edici etkisi vardır. Daha yüksek düzeylerde koordinasyonu zayıflatır ve 0.2g% üzerinde kan alkol konsantrasyonları bilinçlilik düzeyini baskılayabilir. Toleranslı olmayan bir içicide 0.3g%'nin üzerindeki kan alkol konsantrasyonları, solunum depresyonunun sebep olduğu ölüm riskiyle ilişkilidir (Conigrave ve diğerleri, 2009).

Kanda “%0.05’lik düzeyde alkolün bulunmasıyla düşünce, yargılama ve kendini kontrol edebilme bozulmakta olup, %0.1’ de, istemli motor hareketler beceriksiz bir hal” almaktadır. Çoğu yerde “yasal zehirlenme düzeyleri 0.1 ila 0.15 arasında” bulunmaktadır. “% 0.2 düzeyinde beynin tüm motor alan fonksiyonları deprese olup, duygusal davranışları kontrol eden alanlarda da etkilenme” gerçekleşmektedir. “% 0.3 düzeyinde kişi büyük olasılıkla tamamen konfüze veya stuporda, % 0.4-0.5 yüzdelerinde ise koma” gerçekleşmektedir. Daha yüksek düzeylerde beynin nefes alma, kalp atımının kontrolü gibi temel işlevleri etkileneceği için ölümle sonuçlanmaktadır. Alkolün en önemli fizyolojik etkisinin karaciğerle ilişkili olduğu görülmektedir. Artan alkol kullanımı, karaciğerde yağ ve protein birikimi nedeniyle yağlı karaciğer görünümüne neden olmaktadır (hepatomegali). Alkol kullanımının alkolik hepatit ve sirozla ilişkisi

bilinmektedir. Uzun süreli kullanımlarda tanımlanan “ağır içicilik, özefajit, gastrit, aklorhidri, gastrik ülser gelişimi” ile ilişkilendirilmektedir (Yapıcı, 2006).

AKB olan kişilerin yaklaşık %10’unda el ve ayak sinir işlevlerinde kötüleşme görülmektedir. Belirtiler arasında sıklıkla bilateral olan, el ve ayaklarda uyuşma, buna eşlik eden karıncalanma ve parestezi vardır. Yürümde dengesizlik, ayakta durukken yaşanan problemler ve hafif nistagmus ile karakterize olan serebellar dejenerasyon muhtemelen etanol ve asetaldehidle birlikte vitamin eksikliklerinin etkilerinin bir kombinasyonu sonucu meydana gelmektedir. Günde dört ile sekiz veya daha fazla bardak alkol alımı beyaz kan hücrelerinin üretimini azaltmaktadır. Ayrıca kırmızı kan hücrelerinin üreten kök hücreleri etkileyerek kırmızı hücrelerin ortalama boyutlarını (MCV) yükseltmektedir. Alkolik insanlarda başta kafa, boyun, özefagus, mide, karaciğer, kolon, akciğerler ve meme dokusu olmak üzere çoğu kanser daha sık ortaya çıkmaktadır (APA,2004).

Alkol yoksunluk (kesilme-çekilmesi) sendromu:

Alkol bağımlısı bir kişi içmeyi kestiğinde ya da tüketim düzeyini belirgin ölçüde azalttığında ortaya çıkan, merkezi sinir sistemi hiperaktivitesini içeren bir semptomlar kümesidir. Alkol yoksunluğu “ağır ve uzun süreli alkol alımının bırakılmasının (ya da azaltılmasının) ardından gelişen özgül yoksunluk sendromu” olarak tanımlanmaktadır. Alkol yoksunluk sendromu, şiddetli alkol bağımlısı hastaların alkolü aniden kesmelerini takip eden 7-10 gün içerisinde oluşan, fizyolojik bir tepkidir (Checkley, Kedwell, Kumari, Marshall ve Poon, 2001; Conigrava ve diğerleri, 2009 ; Schuckit, 2005).

Bağımlılık sorunu olanalar, fiziksel yoksunluk semptomları yaşamazlar; fakat semptomlar bulunduğunda yoksunluk şiddeti hafiften ağıra doğru değişen bir aralıkta olabilmektedir ve alkol bağımlılığının şiddetini yansıtmaktadır. Yoksunluk belirtileri tipik olarak “kan alkol düzeyinin, alkol alımının bırakılması ya da azaltılmasından sonra hızla düşmesi ile (örn. 4-12 saat içinde) başladığı” bilinmektedir. Basit alkol yoksunluğu ise kendini sınırlar ve gece insomniyayı ve günün ilk içkisini içene kadar süren sabah “huzursuzluğu” nu içerir. Daha ciddi vakalarda,

semptomların şiddeti gelecek 48-72 saat içinde artabilir ve anksiyete, titreme, terleme, taşikardi, artmış vücut sıcaklığı ve nabızı içerir. Dört veya beşinci günde çekilme belirtilerinde belirgin bir azalma olmaktadır. Belirtiler daha hafif bir formda 3 ila 6 ay kadar daha devam edebilmekte bu da nükse katkıda bulunabilmektedir. (Schuckit, 2005; APA, 2004; Conigrave ve diğerleri, 2009).

Alkol çekilmesi deliryumu:

Alkol Yoksunluğu Deliryumunun bilinç bozukluklarını ve bilişsel bozuklukları, görsel, dokunsal ya da işitsel halüsinasyonları içerdiği ortaya konmuştur (APA, 2004). En ciddi vakalarda yoksunluk semptomları, eğer erken dönemde belirlenmez ve tedavi edilmezse yaşamı tehdit eden bir hastalık olan “deliriuma (delirium tremens)” doğru ilerlemektedir (Conigrave ve diğerleri, 2009). Alkol kesilmesinin geç bir belirtisi olarak tanımlanmaktadır. Genellikle belirtiler, alkolü bıraktıktan ya da çok azalttıktan bir hafta sonra ortaya çıktığı bilinmektedir. Ancak, alkol kesildikten sonra ikinci hafta içinde ya da 14 gün sonraya kadar daha geç dönemde görülebileceği de açıklanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Alkol Yoksunluğu Deliryumu geliştiğinde, klinikle ilişkili tıbbi bir durumda ortaya çıkabilmektedir (örn. karaciğer yetmezliği, gastrointestinal kanama, hipoglisemi) (APA, 2004). Acil servislerde, dahiliye, cerrahi yoğun bakım, yanık birimlerinde oldukça sık rastlanan bir durumdur. Oluş nedenlerine göre çeşitli hastalıklarda, kafa travmalarında, ameliyatlarda, zehirlenmelerde, alkol ve madde bağımlılığında, bunamalarda ortaya çıkabilen ve acil müdahale edilmesi gereken bir sendrom olarak bilinmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Alkol esrikliği (entoksikasyonu) :

Alkol entoksikasyonu için kullanılan DSM-V-TR tanı ölçütleri :

a. Kapsama: Alkol kullanımından kısa bir süre sonra şu belirti ya da bulgulardan en az birinin olmasını gerektirmektedir: ”i.) Sözü ağızda geveleyerek konuşma, ii.) Eşgüdüm bozukluğu, iii.) Düzgün ayakta duramama, iv.) Nistagmus, v.) Dikkat ya da bellek bozuklukları, vi.) Stupor

ya da koma, b) Kapsama: Klinik açıdan önemli sorunlu davranışların ya da ruhsal değişikliklerin olmasını gerektirir, c) Dışlama: Belirtiler başka bir sağlık durumuna bağlı ise ya da başka bir madde esrikliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açık lanabiliyorsa” bu tanı konmamaktadır (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Sedatif ve Hipnotikler (barbitüratlar ve benzodiazepinler):

Barbitüratlardan bağımlılık yapma olasılığı yüksek olanlar “kısa ve “orta etki süreli” olanlardır (pentobarbital ve sekobarbital gibi); “uzun etki süreli” olanların (fenobarbital gibi) bağımlılık yapma olasılığı düşüktür. Türkiye ‘de serbest kullanımı önlenmiştir ve ancak “özel reçete” (yeşil reçete) ile alınabilmektedir. Santral etkileri, alkol bağımlılığında olduğu gibi olup, öfori ve sedatif etkilerine tolerans oluşabilmektedir. Bu durum, kişinin görevini yapmasını, çevreye uyumunu ve sorumluluklarını yerine getirmesini engellemektedir. Solunum merkezini deprese edici etkisine tolerans oluşmamakta ve dolayısıyla aşırı dozda kullanıldıklarında veya fazla miktarda alkolle alındıklarında ölüme neden olmaktadır.Yoksunlukları alkol yoksunluğuna benzer şekilde görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Uzbay, 2009).

Kokain:

Kokain bir “alkaloiddir” ve Güney Amerika’da And dağlarında yetişen “Erytroxylon Coca” bitkisinin yapraklarından elde edilir. Kokain “psikostimülan” özellikte bir maddedir. Amfetaminler gibi merkezi uyarıcı semptomimetik etkisi vardır. Etkisini “öfori, efora, yorgunluğa, soğuğa, açlığa ve uykusuzluğa karşı dayanıklılığı artırarak ve güven, güçlülük duygusu vererek” gösterir. Fakat zamanla alındıkça “gerginlik, sıkıntı, öfke, paranoid psikoz belirtileri” ortaya çıkar. Yüksek dozlarda “konvülsiyonlara, subkoral merkezin baskılanmasına, solunum ya da kalp durmasıyla ölüme” neden olabilmektedir. Tuz şeklindeki kokain “enfiye şeklinde intranazal yoldan alındığında veya Koka yaprakları çiğnendiğinde etkiler daha hafif ve bağımlılık oluşturma potansiyeli daha düşük olmaktadır”. Ancak tuz şeklindeki kokain solüsyonunun “intravenöz yoldan enjekte

edilmesi zevkten çatlama (rush) düzeyinde öfori” oluşturarak kendini gösterir (Uzby, 2009). “Duygulanımda huzursuzluk, depresyon, intihar düşünceleri, yorgunluk, canlı, rahatsız edici rüyalar, uykusuzluk ya da aşırı uyku, iştah artması” yoksunluk belirtileridir. Ayrıca, “kullanımına bağılı olarak deliryum, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları , cinsel işlev ve uyku bozuklukları gözlenmektedir (Beyazyürek ve Şatır, 2000 ; Öztürk ve Uluşahin, 2008)”.

Amfetamin ve türevleri:

Amfetaminler “santral sinir sisteminde dopaminerjik reseptörleri indirekt biçimde etkileyerek öfori yapan, uykusuzluğa, yorgunluk ve açlığa karşı dayanıklılığı artıran ve iştahı azaltan psikostimülan ilaçlardır” diye tanımlanmıştır. Amfetamin türevleri arasında beyin üzerinde en fazla etkisi olan “metamfetamindir”. Etkisi, “beynin çeşitli bölgelerinde dopamin ve norepinefrinin sinaps aralığına bol miktarda salınmasıyla” ortaya çıkmaktadır. Bu etki, “neşe ve hoşnutluk”, norepinefrinin fazla salınmasıyla “uyanıklık ve yorgunluk giderici” şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bağımlılar ilacı ağızdan ve bazen intavenöz enjeksiyon yöntemiyle kullanılırlar. Ayrıca, “duygulanımda küntlük, gerginlik, öfke, kalıplaşmış yineleyici davranışlar, yargılama bozuklukları, hezeyan ve halüsinasyonlar gibi ruhsal ve davranışsal belirtiler” ortaya çıkmaktadır. Beyin ödemi ve kanamasına neden olabilir. En tipik kesilme belirtisi “ruhsal çökkünlük”tür. Ayrıca, maddenin kullanımına bağılı olarak “psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, cinsel işlev ve uyku bozuklukları” da gözlenebilmektedir (Beyazyürek ve Şatır, 2000 ; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Uzby, 2009).

Metilfenidat :

Amfetaminle birlikte uyarıcılar sınıfında yer almakta olan bu ilaç, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) sağıltımında kullanılmaktadır. Özel bir reçeteyle (kırmızı reçete) verilmekte ve DEHB ‘li çocuk ve ergenlerde yararlı olmaktadır. DEHB tanısının atlanmış olduğı durumlarda, bu çocukların sık olarak madde kullanımına yöneldiğı ve

uyarıcı nitelikli maddeleri kötüye kullandıkları bilinmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Ecstasy:

Farmakolojik yapısı amfetamine benzetilerek geliştirilen sentetik bir maddedir. Uyarıcı özelliği yanında hallusinojen özelliği de vardır. Diğer hallusinojenlerden farklı olarak kalp damar, sinir kas sistemi ve psikiyatri ile ilgili komplikasyonlar ön plandadır. Gençlerde alkol tüketimi ile birlikte kullanımı ve bedenin su kaybına bağlı olarak ecstasy ölümleri bildirilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Halüsinojenler:

Halüsinojenler LSD (liserjik asid dietilamid), peyot, meskalin, psilosibin, dimetil-triptamin, fensiklidin, skopolamin, benztropin, triheksifenidril , biperiden gibi maddelerden oluşur. Aynı zamanda psikoz doğurucu (psikozomimetik) ilaçlar olarak bilinir. Bunlardan en fazla kötüye kullanılan madde fensiklidindir. Kötüye kullanımının başlamasıyla ortaya çıkan delirium vakaları nedeniyle, 1960’larda anestezi madde olarak kullanımı kaldırılmıştır. Ülkemizde kullanımına çok nadirdir. Kullanıldıktan sonra etkisi, algılamada artma ve yoğunlaşma ve algılanmayacak uyarılar bile algılanmaktadır. görme ve işitme algısının karışacağı durumlar ortaya çıkıp; rengi işitme, sesi görme gibi algılar yani “synesthesia” olabilir. Yanılsamalar ve yalancı- varsanılar olan “pseudo-hallucination” olabilir. Eskinin anımsanması, bilinçdışı içeriğin ortaya çıkması ve regresyona eğilim oluşabilmektedir (Beyazyürek ve Şatır, 2000; Öztürk ve Uluşahin, 2008 ; Uzbay, 2009).

Kannabinoidler (esrar) :

Esrar, “Cannabis sativa var. Indica (hint keneviri)” bitkisinin çiçeklerinden ve yapraklarından elde edilmektedir (hashish, marihuana gibi isimleride vardır). En sık tüketilenlerdendir. “Tetrahidrocannabinol (THC)” olarak adlandırılan aktif madde beyindeki spesifik canniboid reseptörleri etkinleştirerek, genellikle sigara olarak kullanır ve bu yolla maddenin “%25”i vücuda girer. Kana hızlı geçerek beyin ve yağ dokularına ulaşır.

Etkisi, “sigara olarak içilirse 2-4 saat, ağızdan alınırsa 5-12 saat” sürmektedir. En önemli etkileri “uyuşukluk, sedasyon ve ruhsal gevşeme, öfori ve bazen önüne geçilemeyen bir gülme krizine neden olması, alkol gibi ruhsal inhibisyonu kaldırması, zaman ve mekan algısını ve kısa süreli belleği bozması, dikkat gerektiren işlerin (otomobil kullanmak gibi) yapılmasını bozması, zihinsel konsantrasyonu zorlaştırması, rüya hali oluşturmaları ve analjezi” olduğundan bahsedilmektedir. Önemli entoksikasyonu “konjunktivalarda kızarmadır”. Bağımlılığında “inatçı öksürük, amfizem, pulmoner displazi, sinüzit, bronşit gibi solunum yolu rahatsızlıkları” gözlenebilmektedir. Esrarın iyi tanımlanmış bir kesilme sendromu yoktur (Beyazyürek ve Şatır, 2000; Öztürk ve Uluşahin, 2008 ; Uzbay, 2009).

Opoidler:

Opium ve türevleri ile yarı sentetik, sentetik opium benzeri narkotikler bu gruptadır. “Morfin, kodein, tebain, papaverin ve noskapin doğal opium alkaloidlerdir” diye adlandırılır ve genellikle hekimlikte tedavi için kullanılır (Öztürk ve Uluşahin, 2008). “Eroin, morfin, kodein, metadon” en sık karşılaşılan opiyat türevlerindendir. Kuvvetli ağrı giderici özellikleri klinikte kontrollü olarak kullanılmaktadır. Güçlü bağımlılık oluşturdıkları için kırmızı reçete ile satılırlar (Süzer, 2012).

İnsan beyni opiyat reseptörlerini aktive etmek için endorfin nörotransmitteri üretirler ve opoidler, opiyat reseptörlerini aktive ederek etki göstermektedirler. “Keyif verici ve ağrı kesici özelliği”, kötüye kullanımında etkindir. Çabuk gelişen bir bağımlılığa neden olurlar. Eroin, yasa dışı üretilen ve pazarlanan maddelerin başında gelmekte ve halihazırda gittikçe artan bir sorun halindedir (Beyazyürek, Şatır, 2000). Morfin bağımlılığının özelliği, “genellikle aşırma derecesinde ilaç özlemi ve dolayısıyla güçlü psikik bağımlılık” gibi özellikleri bulunmaktadır. Maddeyi bıraktıktan sonra relapsı çok yüksektir (Uzbay, 2009).

Fizyolojik etkileri:

Merkezi sinir sisteminde depresan ve uyarıcı etkisi, bulantı, kusma görülebilir. Güçlü ağrı gidericilerdir. Fizyolojik olarak, gevşeme ve rahatlama, uyuklama olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Akut zehirlenme:

Entoksikasyonunda, “öfori ve sonrasında apati, psikomotor ajitasyon, yargılama bozukluğu, dikkat eksikliği, sersemlik” gibi psikolojik ve davranışsal etkileriyle beraber “pupillar dilatasyon, solunumun yavaşlaması” gibi fiziksel belirtilerin ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Beyazyürek ve Şatır, 2000). Kan basıncı ve kalp atımı yavaşlar. Giderek reflekslerinde azalma olur. Kalp atımı hızlanır ve zayıflar, solunum yavaşlar ve periferde siyanoz görülür. İlacın miktarına göre “koma ve ölümle” sonuçlandığı belirtilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Bağımlılık:

Fiziksel bağımlılık hızlı başlar, devamında tolerans gelişir. Kullanım arttıkça diğer tüm maddelerde olduğu gibi, fiziksel bağımlılığın derecesi ve toleransın derecesi de artar (Uzbay, 2009). Kandaki miktar azalınca gerginlik ve huzursuzluk belirir ve bu durum ilacı alma gereksinimini artırır. İlaç alınınca ortaya çıkan rahatlama ile bağımlılık pekiştirilmiş olmaktadır. (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Kesilme sendromu:

Bir hafta ile on gün devamlı kullanılması, kesildiğinde, hafif fakat farkedilebilir yoksunluk belirtilerine neden olur. Morfinin ilk dozundan itibaren fiziksel bağımlılığı,” 6–8 saat sonra kas içi yoluyla verilen morfin antagonisti nalokson’un hafif de olsa yoksunluk belirtilerini tetikleyebileceği” ifade edilmiştir (Uzbay, 2009). Yoksunluk belirtileri ortaya çıkış süresi, zamanı ve miktarına göre 2-12 saat arasında olup, bu sırada “yoğun sıkıntı hissi, dayanılması zor kas ve eklem ağrıları, esneme, ateş, pupillar dilatasyon, uykusuzluk, bulantı, kusma ve diyare,

piloereksiyon, lakrimasyonla” karakterize belirtilerin varlığından söz edilir (Beyazyürek ve Şatır, 2000). Bilinç açıktır. Opioidlerde kesilme sendromu “24-48 saat” içinde tipik belirtileriyle ortaya çıkar (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Ayrıca eroin gibi sıklıkla intravenöz uygulayanlarda, komplikasyon olarak aşırı dozun verilmesi ve aseptik olmayan enjeksiyon koşulları, akut zehirlenme ve yaygın enfeksiyon (sepsis) sonucu ölüme neden olabilmektedir (Uzbay, 2009).

Uçucu solventler (inhalanlar)

Ucuz ve kolayca erişilebilir olmaları uçucu maddelerin kullanımı oldukça yaygındır (Beyazyürek ve Şatır, 2000). “Eter ve kloroform” gibi genel anestezikler, “benzol, benzin, yapıştırıcıların” içinde bulunan “toluene” ve boyacılıkta kullanılan “tiner” uçucu solventler olarak kötüye kullanılan maddelerdir (Uzbay,2009). Entoksikasyonu, kişide “öfori, işitsel, görsel ya da dokunsal halüsinasyonlara, saldırganlık eğiliminde artmaya, apati, yargılama bozukluklarına” neden olmaktadır.Ülkemizde kullanımı yaygındır (Beyazyürek ve Şatır, 2000). Ölümle sonuçlanır. Nedeni ise “solunum depresyonu ve ventriküler aritmiler” olarak raporlanmıştır (Uzbay, 2009).

2.3. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

Alkolle ilişki sorunlarda “kullanım”, “düşük riskli alkol kullanımı”, “riskli alkol kullanımı”, “zararlı alkol kullanımı”, “kötüye kullanım”, “bağımlılık” tanımlarını ayırt etmek gerekmektedir. Kullanım, her türlü alkol kullanımıdır. Düşük riskli alkol kullanımı,”Alkolle ilişkili sorunlara yol açmayan, yasal ve tıbbi sınırlar içinde alkol kullanımıdır”. Riskli alkol kullanımı, “Alkol içen kişiye fiziksel, mental ya da sosyal alanlarda zarar verme riski olan alkol tüketimi” olarak tanımlanmaktadır (Akvardar ve Uçku, 2010). Düzenli olarak tavsiye edilen limitler fazla içki içen ama henüz içki içmenin zararlarının yaşamamış bir birey olarak tanımlanır (Conigrave ve diğerleri, 2009).

Riskin boyutu, kullanım tablosu ve genetik yatkınlık gibi etkenlerle değerlendirilmesi gerekir. Riskli kullanım için, “21 yaşın altında alkol kullananlar, alkol kullanan hamile kadınlar, belirli ilaçları (örneğin, sedatif - hipnotikler, metranidazol, antihipertansif ilaçlar) kullanan kişiler, hipertansiyon, diyabet hastaları, ya da makine araç kullanan kişiler” oluşturmaktadır.

Zararlı alkol kullanımı, alkol kullanımının fiziksel ya da ruhsal olumsuz sonuçlara yol açması söz konusudur (Akvardar ve Uçku, 2010). İçki içmesi nedeniyle fiziksel veya psikolojik zararları yaşamış ama alkol bağımlısı olmayan bir kişi zararlı içici olarak tanımlanmaktadır (Conigrave ve diğerleri, 2009).

Alkol kötüye kullanımı (Alcohol abuse): Kişinin içki içmesi kendisine veya diğerlerine tekrar eden şekilde sosyal olarak zarar verdiğinde (örn. içkili araba kullanma, ilişki sorunları, önemli görevleri yerine getirmede başarısızlık) ya da fiziksel olarak tehlikeli durumlarda tekrarlayan şekilde içki içtiklerinde alkol kötüye kullanımı meydana gelir (Conigrave ve diğerleri, 2009).

İntoksikasyon ise alkolün etkileri için kişideki tolerans düzeyine bağlıdır. Alkolün düşük düzey kan alkol konsantrasyonları öforiye neden olur ve disinhibe edici etkisi vardır. Daha yüksek düzeylerde koordinasyonu zayıflatır ve 0.2g% üzerinde kan alkol konsantrasyonları bilinçlilik düzeyini baskılayabilir. Toleransı olmayan bir içicide 0.3g%’nin üzerindeki kan alkol konsantrasyonları, solunum depresyonu ve ölüm riskiyle ilişkilidir (Conigrave ve diğerleri, 2009).

Alkol Kullanım Bozuklukları :

Alkol kullanım bozuklukları sık görülen, genellikle başka psikiyatrik sendromlar oldukları sanılan, ölümcül hastalıklardır. Ortalama bir alkol bağımlısı insan yaşam süresini “10 ila 15 yıl” kısaltmakta ve alkol yılda 22.000 ölüme ve iki milyon öldürücü olmayan yaralanmaya yol açmaktadır. Alkolizm (yani alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı) tanımı, “tüm tanı sistemlerinde, bireyin alkole bağlı olarak birden fazla yaşamsal işlevsellikte tekrar tekrar başarısız olduğunu gösteren kanıtlara rağmen, alkol kullanımına

geri dönmesi”dir (APA, 2004). DSM-5 yayınlanmış ve tanımlamalarda DSM-IV ile DSM-5 arasında benzerlik olmakla birlikte birkaç önemli farklılık vardır. DSM-IV’te “madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar tanımı”, DSM-5’ te “madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları” olarak değiştirilmiştir.

Alkol kullanım bozukluğu olan tüm hastalar öncelikle alkol bağımlılığı yönünden değerlendirilmelidir. Bağımlılık için gereken ölçütleri taşımayanlar için düşünülmesi gereken ikinci bir sendrom kötüye kullanımdır. Bu bozuklukta alkol bağımlısı olmayan hasta dört potansiyel zorluk alanlarından bir ve ya daha fazlasında 12 aylık bir dönem içinde tekrarlayan sorunlar göstermektedir (Schuckit, 2005).

Alkol Bağımlılığı :

Bağımlılık bir dizi problemin varlığı ile bağlantılıdır. Bu problemler arasında kompulsif bir şekilde alkol alımı, maddenin bireyin varlığında artan bir öneme sahip olması ve fiziksel yoksunluk semptomlarını gösteren kanıtlar vardır. Yaşam boyu alkol bağımlılığının gelişme riski erkekler için yaklaşık “%10-15” ve kadınlar için ise “%3-5” arasındadır. Alkol bağımlılığı tanısına yol açacak kadar ciddi alkol sorunlarının en sık görüldüğü yaşlar muhtemelen 20’li yaşların ortası ile 40’lı yaşlar arasındadır (Schuckit, 2005). Alkol bağımlılığı, tekrar edici alkol içme örüntüsünün içsel dürtüsü tarafından körüklenen, psikolojik, davranışsal ve bilişsel bir sendromlar kümesini ifade etmektedir. Aylar veya yıllar içinde gelişir ve tedavi edilemezse genellikle ilerleyici veya kronik tekrar edici bir durum gösterir (Conigrave ve diğerleri, 2009).

2.4. Etiyoloji

Alkol kullanımının etiyolojisi için yapılan çalışmalar, hastalığın temelinde genetik koşulların olduğunu göstermektedir (Altıntoprak, Coşkunol, Kesebir, Yıldız, Yüncü, 2005). Alkolizmde “kalıtsal bir etkenin varlığı” kabul edilmektedir. Genetik yatkınlık için, “genetik geçişin ya

doğrudan doğruya bir yatkınlık sağlayan gen yerleşimleri ile ya da patolojik bir kişilik yatkınlığına yol açarak olduğu” düşünülmektedir. Alkol bağımlısı kişilerin aileleriyle yapılan çalışmalar, bu kişilerin babalarının “%50”sinin, erkek kardeşlerinin “%30”unun, annelerinin “%6” sının ve kız kardeşlerinin “%3” ünün alkol bağımlısı olduğunu göstermektedir. Bu duruma göre, alkol bağımlısı bir babanın erkek çocuğunda alkolizm oranı normal nüfusa göre “4-5 kat” fazladır. Alkol kullanım bozukluğu çalışmalarında ikiz araştırmaları çok azdır, tek yumurta ikizlerinde “eş hastalanma oranı”, çift yumurta ikizlerine oranla daha yüksek bulunmuştur. Eş yumurta ikizlerinde madde bağımlılığı için” eş hastalanma oranı %63” iken çift yumurta ikizleri için bu oran “%43” tür. İkiz ve evlatlık araştırmaları da madde bağımlılığında “kalıtsal geçişin önemli bir etken olduğu” görüşünü kanıtlamaktadır (Karataş, 2005).

Alkol bağımlılığı bireyin biyopsikososyal bütünlüğünü bozmakla kalmayıp, “aile ve topluma da büyük zararlar vermekte, ailelerin parçalanmasında, iş ve trafik kazalarında, yaralama, öldürme ve özkıyım olaylarında, iş ve işgücü yitimlerinde” önemli bir rol oynamaktadır (Levent, Öner, Öner, Tamam, 2002).

Erken dönemde aile ve bireyin çevresi çok fazla etkilenmemekte, ancak kronik dönemde sosyal, aile ve iş ilişkilerinin tamamına yakını etkilenmektedir. Kişi zamanının büyük kısmını maddeyi bulmak, kullanmak yada etkisinden kurtulmak için harcayarak geçirmektedir. Alkol kullanımının erken ve orta evrelerinde birey “inkâr ve mantığa bürüme (akılsallaştırma) savunma mekanizmalarını” kullanarak ailenin yardımını reddetmektedir. Kronik döneme ise biyo-psiko-sosyal yapıda ciddi hasarlar söz konusudur. (Altıntoprak, Coşkunol, Kesebir, Yıldız ve Yüncü, 2005).

Alkol bağımlılarında başta “anksiyete, duygudurum ve kişilik bozuklukları” olmak üzere birçok psikiyatrik hastalık eştanısı oranının alkol kullanmayanlara oranla yüksek olduğu ifade edilmektedir (Levent ve diğerleri, 2002).

ABD’ de yapılmış bir çalışmaya göre, “halkın madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı için yaşam boyu yaygınlığının %16.7” olduğu bulunmuştur. Alkol kötüye kullanımı veya bağımlılık açısından “yaşam

boyu yaygınlığı %13.8”; “alkol dışı maddeler için bu oran %6.2” olarak bulunmuştur. Bu çalışma sonuçlarına göre en sık kullanılan maddeler alkol ve nikotin olarak bulunmuştur. Kötüye kullanım ve bağımlılık, erkek ve kadın karşılaştırmalarında erkeklerde daha sıktır. Daha az kullanılan maddeler “esrar, kokain, uyku ilaçları, benzodiyazepinler, amfetaminler” olarak belirtilmişlerdir (Seçer, 2005).

Psikolojik Teoriler: Alkolün gerilimi azaltması, güç hissini artırması ve psikolojik acıyı azaltıcı etkileri sebebiyle kullanımıyla ilgili bir dizi teori vardır. Alkolle bağlantılı problemleri olan insanların gözlenmesinden elde edilen en ilgi çekici sonuç belki de bu insanların sıklıkla alkol kullanımının onlara yaşamın günlük stresleriyle başa çıkmalarında yardımcı olduğunu bildirmeleri olmuştur.

Psikodinamik Teoriler: Belki de düşük doz alkolün anksiyete veya sınırlama azaltıcı etkileri ile bağlantılı olan hipotez, bazı insanların alkolü katı, cezalandırıcı süperegoları ile başa çıkmada yardımcı olması ve bilinçdışı stres düzeylerini azaltmak amacıyla kullandıklarını doğrulamaktadır. Klasik psikanalitik teori ise alkol kullananların, gelişimin oral dönemine saplandıklarını ve ağızdan madde alarak gerilimlerini rahatlatmak için alkol kullandıklarını ileri sürmektedir. Ayrıca çoğu araştırmada alkol kullananların çoğunda “bağımlılığa yatkın kişilik” belirlenmiştir.

Davranışçı Teoriler: İçki içmenin ödüllendirici etkileri hakkındaki beklentiler, kişinin davranışının sorumluluğuna yönelik bilişsel tutumları ve alkol alımından hemen sonraki pekiştirmenin tümü alkolle ilk deneyimden sonraki tekrar içme kararına katkıda bulunmaktadır ve sorunlara rağmen kişi içmeye devam etmektedir.

Sosyokültürel Teoriler: Çoğunlukla düşük ve yüksek alkol kullanım bozuklukları oranları olan sosyal gruplarda yapılan araştırmalara dayanmaktadır. Kültürel faktörleri de içerdiği varsayılan çevresel olaylar alkolizm riskinin %40 kadar yüksek bir kısmını oluşturmaktadır. Bu nedenle içki içmeye, sarhoşluğa ve sonuçlarla ilgili kişisel sorumluluğa yönelik

kültürel tutumların toplumdaki alkolle bağlantılı sorunların oranlarına önemli katkıları vardır.

Genetik Etkilerin Önemi: Alkolizmin genetik olarak etkilendiğini gösteren kanıtlar vardır. Bunlardan ilki, alkol kullananların yakın akrabalarında ciddi alkol problemleri riskinin 4 kat artmış olmasıdır. Alkol problemlerinin oranı, alkol kullanan akrabaların sayısı, bozukluklarının ciddiyeti ve araştırılan kişiyle olan genetik yakınlık ile birlikte doğru orantılı artmaktadır (Schuckit, 2005).

2.5. Epidemiyoloji

ABD’de yapılan Ulusal Eşitlik Araştırması’nda (NCS), “1990-1992 yılları arasında madde kullanımının yaşam boyu yaygınlığı %14.7 (erkeklerde %16.4, kadınlarda %12.6)” olarak saptanmıştır. Bu çalışmada, “12 aylık madde kullanım yaygınlığı %1.8” olarak bulunmuştur. “Yaşamlarının herhangi bir döneminde madde kullananlarda ise 12 aylık yaygınlık %3.5” olarak tespit edilmiştir. “Opiyat bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığı %0.7”, kannabis bağımlılığı %4.4, halüsünojen bağımlılığı %0.4, kokain bağımlılığı %0.2, sedatif hipnotik bağımlılığı %1.2” olarak bildirilmiştir. Amerika’da Ulusal Madde Bağımlılığı Enstitüsünün (NIDA) yaptığı bir çalışmada, “1991 yılında ABD nüfusunun %37’sinin hayatında en az bir kez yasadışı madde kullandığı, %13’ünün son 1 yıl içinde madde kullandığı” tespit edilmiştir. NCS’nin “madde kötüye kullanım ve bağımlılık oranları Epidemiyolojik Alan Çalışması’nın (ECA) sonuçları” ile benzerlik göstermektedir. Son yıllarda dünyada 18 yaşın altındaki ergen ve çocuklarda maddeye başlama yaşı oranları giderek düşmektedir. “Londra’da 16 yaşına kadar olan çocukların %26’ sının en az bir defa madde kullandığı ve %16 oranında düzenli kullanımı olduğu” belirtilmiştir (Yancar,2005). Ülkemizde madde kullanım bozukluklarının yaygınlığı hakkında toplum baskısı ve kanunlar nedeniyle hastane ve polis kayıtlarının dışında yeterli veriler bulunamamaktadır.

Çoğu insan erken veya orta ergenlikte alkol almayı deneyimlemiştir. Erkekler ile kadınlar arasında düzenli alkol kullanım oranı 1.3'e 1'dir. Gunzerath ve meslektaşlarının alkol araştırmalarıyla ilgili hazırladıkları detaylı derlemelerine göre 2005 yılında 21 yaş ve üstündeki kişilerin yaklaşık %88.2'sinin yaşamlarının herhangi bir döneminde alkol kullandıkları, %11.8'inin ise hayat boyu içki içmedikleri görülmüştür (aktaran Schuckit,2005).

Halk sağlığı için en pahalı iki maddeden biri alkol ve diğeri nikotindir. Mokdad ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'nin verilerine göre, alkolün Birleşik Devletler' deki önlenebilir ölümler içinde 3. sırada yer aldığı belirtilmektedir (aktaran Gunzerath ve diğerleri, 2010). Hasin ve arkadaşlarının çalışmasında, Alkol ve İlişkili Durumlarla İlgili Ulusal Epidemiyoloji Anketi (NESARC) sonuçlarına göre, "18 yaş ve üstü 18 milyon kişinin alkol kötüye kullanım ve bağımlılığı olduğunu ve bunlardan sadece %7'sinin herhangi bir tedavi türü aldıklarını" belirtmiştir (aktaran, Gunzerath ve diğerleri, 2010).

Ülkemizde alkol bağımlılığının ve alkol kullanım bozukluklarının sıklık-yaygınlık açısından araştırmalar çok kısıtlıdır. Arıkan ve arkadaşlarının, Ankara'da yarı kentsel bir bölgede 20.000 kişiyle yaptıkları epidemiyoloji araştırmasında, "genel popülasyonda yaşam boyu alkol bağımlılığı görülme sıklığı %0.9 olarak saptanırken, erkeklerde bu oran %1.9 olarak" belirlenmiştir. Türkcan ve arkadaşlarının "İstanbul'da 12-65 yaşları arasındaki 1550 kişi ile yaptıkları çalışmada da alkol kullanım yaygınlığı %33.5" olarak bulunmuştur (aktaran Yapıcı, 2006).

Kaya ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinin nikotin, alkol ve madde bağımlılığının 12 aylık yaygınlığıyla ilgili yaptıkları araştırmalarında, alkol ve madde kullanımının gizlenmesi eğilimine rağmen, "öğrencilerin %10.2'si son bir yıl içinde en az 12 birim alkol kullandıklarını" bildirmişlerdir. Çalışmada, "öğrencilerin %1.2'sinde alkol bağımlılığı ve %2.2'sinde alkol kötüye kullanımı" bulunmuştur (Çilli ve Kaya, 2002).

Ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda, alkolü ilk kullanma oranları eğitim ve yaşa göre farklı sonuçlar göstermektedir. Tamar ve

arkadaşlarının çalışmasında, “lise öğrencilerinde alkolle tanışma oranları İstanbul’da %34.6, Burdur’da %7.6, yüksek öğrenimdeki gençlerde ise İstanbul’da %43.6, Burdur’da %31.6” olarak bulunmuştur. Akvardar ve arkadaşlarının çalışmasında, “Tıp fakültesi öğrencilerinde, alkol kullanım yaygınlığı %47.9” olarak bulunmuştur. Doğan ve arkadaşlarının çalışmasında, “Sivas’ta ise lise öğrencilerinde son bir ayda en az bir kez alkol kullanımı %8.3” bulunurken, Ögel ve arkadaşlarının çalışmasında da, “İstanbul’da %18” olarak bulunduğu ifade edilmiştir (aktaran Çilli ve Kaya, 2002).

Farrell ve arkadaşlarının çalışmasında, batı toplumlarında AKB sık görülmesine karşın Türkiye’ye göre düşük oranlar bildirilmektedir. Kılıç’ın çalışmasında "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" projesi kapsamında “1997 yılında 18 yaş ve üzerindeki kişilerde alkol bağımlılığı prevalansı % 0.8 (erkeklerde % 1.7, kadınlarda % 0.1)” olarak bulunmuştur. Türkiye’de alkol tüketiminin, özellikle genç nüfusta arttığı bildirilmektedir (aktaran Akvardar, Gül, Taş, Tuncel ve 2005).

2.6. DSM-5 ve Tanı Kriterleri

DSM, Amerika Birleşik Devletleri tarafından ruhsal bozukluklar konusunda istatistiksel bilgi veri tabanı oluşturmak amacıyla yapılmış tanılama sistemidir. DSM 5’den önce hazırlanmış olan DSM-IV ile madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı tanılarına belirli bir aşama getirilmiştir. Bu doğrultuda, “Madde kötüye kullanımının, madde bağımlılığından daha hafif bir sorun olduğu ve bağımlılığın başlangıç noktası olduğu” düşünülmüştür. Ayrıca tolerans ve yoksunluk gereksinimi de bağımlılık tanısı konması için şart olmaktan çıkarılmıştır. DSM-IV-TR (APA 2000), madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar bölümü konusunda DSM-IV’e benzerlik göstermektedir. İki tanı sisteminde de ortak özellik olarak, “madde kullanım bozuklukları ve madde kullanımının yol açtığı bozukluklar” olmak üzere iki kategori bulunmaktadır. Madde kullanım bozuklukları da, “madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı” olarak iki

alt kısma ayrılmaktadır. Madde kullanımının yol açtığı bozukluklar ise; “madde intoksikasyonu, madde yoksunluğu ve madde kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar” şeklinde üç kategoriden oluşmaktadır. Bu bozukluklara neden olan maddeler ise: “alkol, amfetamin, kafein, esrar, kokain, halusinojenler, inhalanlar, nikotin, opiyatlar, fensiklidin ve benzeri maddeler, sedatif- hipnotik-anksiyolitik etkili ilaçlar” şeklinde sınıflandırıldığı belirtilmiştir (Abraham ve Nussbaum, 2015).

DSM-5 ile Neler Değişti ?

DSM-IV ile DSM-5 arasında büyük oranda benzerlik olmasının yanı sıra birkaç önemli farklılık vardır. DSM-IV’te “madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar” şeklindeki başlık, DSM-5’te “madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları” olarak değiştirilmiştir. Bu farklılıklar: “1.)DSM-IV’de madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara neden olan maddeler 11’e ayrılmışken DSM-5’de 10’a ayrılmıştır. DSM-5’teki sınıflandırma; alkol, kafein, esrar, halusinojenler (fensiklidin bu gruba dahil edilmiş ve grup kendi içinde fensiklidin ve diğer halusinojenler olarak ayrılmıştır), inhalanlar, opiyatlar, sedatif- hipnotik ve anksiyolitikler, stimulanlar (amfetamin, kokain ve diğer stimulanlar), nikotin ve diğer (ya da bilinmeyen maddeler) şeklindedir. DSM-IV’ten farklı olarak çoklu madde bağımlılığı tanısı DSM-5’de bulunmamaktadır”. “2.)DSM-5’te, DSM-IV’ten farklı olarak, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı, iki ayrı tanı kategorisi olmaktan çıkarılmış ve her iki bozukluğun tanı ölçütleri madde kullanım bozuklukları tanısı altında sıralanmıştır”. Ancak madde kötüye kullanımı tanı ölçütleri arasında sayılan “madde ile ilişkili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar” ölçütü terk edilmiş, onun yerine daha önce olmayan ve “craving, madde kullanmaya yönelik güçlü bir istek ya da dürtü” tanı ölçütü olarak ilave edilmiştir. Daha önce tanı koymak için yeterli olan “3” tanı ölçütü sayısı ise “2”ye düşürülmüştür. “3.)DSM-IV’te gidiş belirleyicileri; erken tam remisyon (hasta 1 aydan uzun 12 aydan kısa bir sürede bağımlılık ölçütlerini karşılamıyorsa), kalıcı tam remisyon (bağımlılık ölçütleri 12 aydan uzun bir süredir karşılanmıyorsa), erken kısmi remisyon (1 aydan uzun ama 12 aydan kısa sürede 1-2 ölçüt mevcutsa) kalıcı kısmi remisyon (12 aydan uzun süredir 1-2 ölçüt karşılanıyorsa), agonist tedavide remisyon

(12 aydan uzun süredir buprenorfin veya metadon sürdürüm programını başarılı bir şekilde sürdürüyorsa), denetimli çevrede remisyon” olarak tanımlanmıştır. DSM-5’te “erken remisyon, kalıcı remisyon ve denetimli çevrede erken ve kalıcı remisyon belirleyicileri” bulunmaktadır. Erken remisyon tanımı için “1 aydan uzun, 12 aydan kısa süre içinde bağımlılık ya da kötüye kullanım ölçütlerinden hiç birini karşılamaması gerekirken, DSM-5’te bu süre 3 aydan uzun 12 aydan kısa olarak “değiştirilmiştir. DSM-IV “tolerans ve yoksunluk ile kendini gösteren fizyolojik bağımlılığın belirlenmesine önem verirken, fizyolojik bağımlılık gösteren ve fizyolojik bağımlılık göstermeyen belirleyicileri DSM-5’te bulunmamaktadır”. “Şiddet”, DSM-5’te yeni tanımlanmış bir belirleyicidir. Madde kullanım bozuklukları “tanı ölçütlerinden 2-3 tanesinin karşılanması durumunda hafif, 4-5 tanesinin karşılanması durumunda orta, 6 ve daha fazlasının karşılanması durumunda şiddetli belirleyicisi” kullanılmaktadır. 4.) Kafein kullanım bozukluğu tanısı DSM-5’te de bulunmamaktadır. Ancak “kafein yoksunluğu tanımlanmıştır”. “Kafein kullanımını bıraktıktan ya da azalttıktan sonraki 24 saat içinde; baş ağrısı, yorgunluk- uyuşukluk, disforik-çökkün duygudurum ya da kolay kızma, konsantrasyon güçlüğü, grip benzeri (bulantı, kusma, kaslarda gerginlik ya da ağrı) belirtilerden en az 3 tanesi mevcutsa kafein yoksunluğu tanısı” konulabilmektedir. “5.) Kafeinin kullanım bozukluğu, tütünün ise intoksikasyonu tanımlanmadığı için, bu iki madde hariç tüm madde intoksikasyonlarına hafif şiddete kullanım bozukluğu ile, orta ve ciddi şiddette kullanım bozukluğu ile ve madde kullanım bozuklukları olmaksızın” belirleyicileri tanımlanmıştır. “Esrar, opiyat, amfetamin ve kokain intoksikasyonları algı bozukluğu ile giden ve algı bozukluğu olmayan” olarak 2 alt gruba ayrılmıştır. 6.) DSM-5’te “esrar yoksunluğu” ilk kez tanımlanmıştır. “Esrar kullanımını bıraktıktan yaklaşık bir hafta sonra; kolay kızma, öfke ve saldırganlık, uyku sorunu, iştah azalması-kilo kaybı, huzursuzluk, çökkün duygudurum, karın ağrısı/sarsılma/ titreme, terleme, ateş, ürperme, baş ağrısı gibi bedensel belirtilerden birinin olması ölçütlerinden en az 3’ünün karşılanıyor olması” bu tanıyı koydurmaktadır, 7.) DSM-5’te “fensiklidin intoksikasyonunda kullanılan algı bozukluğu ile giden belirleyicisi kaldırılmıştır.” “8.)Sedatif- hipnotik-anksiyolitik yoksunluğu için algı bozukluğu olan ve algı bozukluğu olmayan

belirleyicileri kullanılmıştır.” “9.) DSM-IV-TR’de en az 3 gruptan madde kullanımı çoğul madde kullanımı ile ilişkili bozukluk tanımlanmışken bu tanıya DSM-5’te yer verilmemiştir.” “10.) Madde ile ilişkili olmayan bozukluklar tanı grubu DSM-5’te karşımıza çıkan yeni bir kategoridir ve sadece kumar oynama bozukluğunu içerir.” “DSM-IV-TR’ye göre 10 ölçütten 5 tanesi tanı koymak için yeterliyken, DSM-5’e göre 9 ölçütten 4’ü yeterlidir.” Şiddet belirleyicisi açısından; “4-5 ölçütle hafif, 6-7 ölçütle orta, 8-9 ölçütle şiddetli kumar oynama bozukluğu tanısı” konulabilmektedir. Ayrıca “dönemsel” ve “sürekli” diğer belirleyicilerdir. Madde ile ilişkili bozukluklarda olduğu gibi “erken” ve “tam remisyon” belirleyicileri de tanımlanmıştır. 11.)DSM-5’te madde/ilaç kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar içinde DSM-IV-TR’den farklı olarak, “obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar ve bipolar bozukluklar” yer almaktadır. “DSM-IV-TR’de bipolar bozukluklar ve depresyon duygudurum bozuklukları başlığı altında sınıflandırılırken DSM- 5’te bipolar ve ilişkili bozukluklar ve depresif bozukluk olmak üzere iki ayrı grup olarak” sınıflandırılmıştır. DSM-IV-TR’de var olan “madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozuklukları yerine DSM-5’de madde/ilaç kullanımının yol açtığı depresif bozukluklar ve madde /ilaç kullanımının yol açtığı duygudurum bozuklukları” tanımlanmıştır. “Madde kullanımının neden olduğu obsesif kompulsif bozukluk ilk defa DSM-5’de” tanımlanmıştır.

DSM-IV’te, “madde kötüye kullanımı tanısını koymak için son 12 aylık dönemde 4 ölçütten 1 veya daha fazlasının karşılanması, madde bağımlılığı tanısı için ise, 7 ölçütten 3 veya daha fazlasının karşılanması gerekmektedir, DSM-5’te ise 11 madde kullanım bozuklukları tanı ölçütünden son 12 ayda herhangi 2 veya daha fazlasının karşılanması” tanı konulması için yeterlidir.

DSM-5’e göre, “alkole özel bir ölçüt olmaksızın, 2 psikososyal ölçütün varlığı ile alkol kullanım bozukluğu tanısı konulabilmesi için yeterlidir.” “Kötüye kullanım ve bağımlılık tanılarının tek kategori altında toplayarak, bağımlılık tanısına 3 psikososyal ölçüt daha eklenerek tanı kitabı oluşturulmuştur (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Tanı Kriterleri :

Alkol Kullanım Bozukluğu :

“ a. Kapsama: 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 alkol kullanım örüntüsü olmasını gerektirir. i.) İstendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınması. ii.) Alkol kullanımını azaltmak için sürekli bir isteğin ya da sonuç vermeyen çabaların olması. iii.) Çok zaman ayırma. iv.)İçinin gitmesi. v.)Konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememesi. vi.)K işilerarası ya da toplumsal sorunlar doğurduğunu bilmesine karşın alkol kullanımını sürdürme. vii.)Alkol için diğer etkinliklerini bırakma. viii.) Tehlikeli olabilecek durumlarda kullanma. ix.)Bedensel ya da ruhsal sorunlar doğurduğunu bilmesine karşın kullanmayı sürdürme. x.)Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması. -Belirgin olarak artan ölçülerde kullanma. -Etkide belirgin azalma. xi.)Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere ,yoksunluk gelişmiş olması. -Alkole özgü yoksunluk sendromu.-Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol ya da yakından ilişkili bir madde alınır” şeklinde tanı konmaktadır.

“ b. Niteleyiciler. i.)Belirleyiciler. -Erken yatışma evresinde. -Sürekli yatışma ile giden. - Denetimli çevrede. ii.)Ağırılık. -Ağır olmayan. -Orta derecede. -Ağır “ olarak derecelendirilir.

“ c. Seçenekler. i.) Tanı konabilmesi için belirtilerin 18 yaşından önce başlamış olması ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye neden olmuş olmalıdır. ii.) K işi, alkol kullanım bozukluğu, alkol esrikliği, alkol yoksunluğu, alkol esrikliği deliryumu, alkol yoksunluğu deliryumu, alkolün yol açtığı nörobilişsel bozukluk, alkolün yol açtığı psikozla giden bozukluk, alkolün yol açtığı ikiüçlü bozukluk, alkolün yol açtığı depresyon bozukluğu, alkolün yol açtığı kaygı bozukluğu, alkolün yol açtığı cinsel işlev bozukluğu ya da alkolün yol açtığı uyku bozukluğu olarak tanılanamayan alkol kullanımı ile ilişkili sorunlar yaşıyorsa

tanımlanmamış alkolle ilişkili bozukluk tanısı düşünülür” şeklindedir (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Alkol Esrikliği (entoksikasyonu) :

“a. Kapsama: Alkol kullanımından kısa bir süre sonra aşağıdaki belirti ya da bulgulardan en az birinin olmasını gerektirir. i.)Sözü ağızda geveleyerek konuşma. ii.)Eşgüdüm bozukluğu. iii.)Düzgün ayakta duramama. iv.)N istagmus. v.)Dikkat ya da bellek bozuklukları. vi.)Stupor ya da koma.”

“b. Kapsama: Klinik açıdan önemli sorunlu davranışların ya da ruhsal değişikliklerin olmasını gerektirir.”

“c. Dışlama: Belirtiler başka bir sağlık durumuna bağlı ise ya da başka bir madde esrikliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanabiliyorsa bu tanıyı koymayın” şeklinde kriterlere uygun tanı konmaktadır” (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Alkol Yoksunluğu :

“a. Kapsama: Aşırı ölçülerde ve uzun süre alkol kullanımının bırakılmasından ya da azaltılmasından sonraki birkaç saat ya da gün içinde gelişen, aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin olmasını gerektirir. i.)Otonom aşırı etkinlik (hiperaktivite). ii.)El titremesinde artma. iii.)Uykusuzluk. iv.)Bulantı ya da kusma. v.)Gelip geçici, görsel, dokunsal ya da duysal varsanılar ya da yanılsamalar. vi.)Ruhsal – devinsel kışkırtma (ajitasyon). vii.)Bunaltı. viii.) Jeneralize tonik-klonik katılmalar.”

“b. Dışlama: Belirtiler başka bir sağlık durumuna bağlı ise ya da başka bir madde esrikliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanabiliyorsa bu tanıyı koymayın.” şeklinde kullanım talimatı belirtilmektedir.

“c. N iteleyiciler. i.)Belirleyiciler. -Algı bozuklukları olan : Gerçeği değerlendirme bozuk değilken ortaya çıkan varsanıların ya da deliryumda değilken ortaya çıkan duysal, görsel ya da dokunsal yanılsamaların olması

durumunda” bu belirleyiciler sayesinde tanı konulmaktadır (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Fensiklidin ya da Başka Varsandıran Kullanım Bozukluğu :

“a. Kapsama: On iki aylık bir sürede , aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan , sorunlu bir fensiklidin ya da başka varsandıran kullanım örüntüsü olmasını gerektirir. i.)İstendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak fensiklidin ya da başka varsandıranların kullanılması. ii.)Varsandıran kullanımını azaltmak için sürekli bir isteğin ya da sonuç vermeyen çabaların olması. iii.)Çok zaman ayırma. iv.) İçinin gitmesi. v.)Konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe. vi.)K işlerarası ya da toplumsal sorunlar doğurduğunu bilmesine karşın alkol kullanımını sürdürme. vii.)Varsandıranlar için diğer etkinliklerini bırakma. viii.)Tehlikeli olabilecek durumlarda kullanma. ix.)Bedensel ya da ruhsal sorunlar doğurduğunu bilmesine karşın kullanmayı sürdürme. x.)Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması. -Belirgin olarak artan ölçülerde kullanma. -Etkide belirgin azalma.” olması halinde tanı değeri kazanmaktadır.

“b. N iteleyiciler: i. Belirleyiciler; -Erken yatışma evresinde, -Sürekli yatışma ile giden, -Denetimli çevrede. ii. Ağırılık; -Ağır olmayan, -Orta derecede , -Ağır” şeklinde derecelendirilmektedir.

“c. Seçenekler: i. K işi, bir varsandıranı bırakmasından sonra, ilk kez o varsandıranın esrikliği sırasında yaşadığı algısal belirtileri yeniden yaşadığını söylüyorsa varsandıranına bağlı kalıcı algı bozukluğu tanısı düşünülür. ii. K işi, fensiklidin ya da başka varsandıran kullanım bozukluğu, fensiklidin ya da başka varsandıran esrikliği, fensiklidin ya da başka varsandıran yoksunluğu, varsandıranına bağlı kalıcı algı bozukluğu, fensiklidin ya da başka varsandıran esrikliği deliryumu, fensiklidin ya da başka varsandıranın yol açtığı psikozla giden bozukluk, fensiklidin ya da başka varsandıranın yol açtığı iki uçlu bozukluk, fensiklidin ya da başka varsandıranın yol açtığı depresyon bozukluğu, fensiklidin ya da başka varsandıranın yol açtığı kaygı bozukluğu olarak tanılamayan fensiklidin ya

da başka varsandıran kullanımı ile ilişkili sorunlar yaşıyorsa tanımlanmamış fensiklidin ya da başka varsandıranla ilişkili bozukluk tanısı düşünülmektedir” (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Fensiklidin ya da Başka Varsandıran Esriklığı :

“a.Kapsama: Varsandıran kullanımından sonra aşağıdaki bulgulardan en az ikisinin varlığını gerektirir.

Fensiklidin: i. Düşey ya da yatay nistagmus, ii. Hipertansiyon ya da taşikardi, iii. Uyuşma ya da ağrıya duyarlılıkta azalma, iv. Ataksi, v. Dizatri, vi. Kaslarda sertlik, vii. Katılmalar ya da koma, viii. Hiperakuzi” varlığından bahsedilmesi gerekmektedir.

Başka varsandıranlar için ise şu bulgulardan bahsedilmektedir: “i. Gözbebeklerinde genişleme, ii. Taşikardi, iii. Terleme, iv. Çarpıntı, v. Görme Bulanıklığı, vi. Titremeler, vii. Eşgüdüm bozukluğu”.

“b. Kapsama: Klinik açıdan sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişikliklerin olmasını gerektirir”.

“c. Dışlama: Belirtiler başka bir sağlık durumuna bağlı ise ya da başka bir madde esriklığı de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanıyorsa bu tanı konulamaz” şeklindedir. (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Uçucu (inhalan) Kullanım Bozukluğu:

“a. Kapsama : 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 uçucu kullanım örüntüsü olmasını gerektirir.

i. İstendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak uçucu kullanılması. ii. Uçucu kullanımını azaltmak için sürekli bir isteğin ya da sonuç vermeyen çabaların olması. iii. Çok zaman ayırma. iv. İçinin gitmesi. v. Konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe. vi. K işilerarası ya da toplumsal sorunlar doğurduğunu bilmesine karşın uçucu kullanımını sürdürme. vii. Uçucu için diğer etkinliklerini bırakma. viii. Tehlikeli olabilecek durumlarda kullanma. ix. Bedensel ya da

ruhsal sorunlar



doğurduğunu bilmesine karşın kullanmayı sürdürme. x. Şu belirtilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık gelişmiş olması: -Belirgin olarak artan ölçülerde kullanma. -Etkide belirgin azalma”.

“b. Niteleyiciler: i. Belirleyiciler; -Erken yatışma evresinde, -Sürekli yatışma ile giden, -Denetimli çevrede. ii. Ağırılık; -Ağır olmayan : İki-üç belirtinin olması durumunda kullanılır, -Orta derecede : Dört-beş belirtinin olması durumunda kullanılır, -Ağır : Altı ya da daha çok belirtinin olması durumunda kullanılır” şeklinde tanımlanmaktadır.

“c. Seçenek : K işi, uçucu kullanım bozukluğu, uçucu esriklığı, uçucu esriklığı deliryumu, uçucunun yol açtığı ağır ya da ağır olmayan nörobilişsel bozukluk, uçucunun yol açtığı psikozla giden bozukluk, uçucunun yol açtığı depresyon bozukluğu ya da uçucunun yol açtığı kaygı bozukluğu olarak tanılanamayan uçucu kullanımıyla ilişkili sorunlar yaşıyorsa tanımlanmamış uçucuyla ilişkili bozukluk tanısı düşünülmektedir” (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Uçucu Esriklığı :

“a. Kapsama: İsteyerek ya da istemeden, kısa bir süre içinde, yüksek ölçüde uçucu ile karşılaşmadan sonra şu bulgulardan en az ikisinin varlığını gerektirir: i. Baş Dönmesi, ii. N istagmus, iii. Eşgüdüm bozukluğu, iv. Sözü ağızda geveleyerek konuşma, v. Düzgün ayakta duramama, vi. Laterji (uyuşukluk), vii. Reflekslerde azalma, viii. Ruhsal-Devinsel (psikomotor) yavaşlama, ix. Titreme, x. Genel bir kas güçsüzlüğü, xi. Görme bulanıklığı ya da çift görme, xii. Stupor ya da koma, xiii. Öfori”.

“b. Kapsama: Klinik açıdan sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişikliklerin olmasını gerektirir”.

“c. Dışlama: Belirtiler başka bir sağlık durumuna bağlı ise ya da başka bir madde esriklığı de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanıyorsa bu tanı konmaz” şeklinde ifade edilmektedir (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Opiyat Kullanım Bozukluğu:

“a. Kapsama: 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 opiyat kullanım örüntüsü olmasını gerektirir: i. İstendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak opiyat kullanılması, ii. Opiyat kullanımını azaltmak için sürekli bir isteğin ya da sonuç vermeyen çabaların olması, iii. Çok zaman ayırma, iv. İçinin gitmesi, v. Konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe, vi. K işilerarası ya da toplumsal sorunlar doğurduğunu bilmesine karşın opiyat kullanımını sürdürme, vii. Opiyat için diğer etkinliklerini bırakma, viii. Tehlikeli olabilecek durumlarda kullanma, ix. Bedensel ya da ruhsal sorunlar doğurduğunu bilmesine karşın kullanmayı sürdürme, x. Dayanıklılık gelişmiş olması için; -Belirgin olarak artan ölçülerde kullanma, -Etkide belirgin azalma (tedavi için gözetim altında opiyat içeren ilaçların kullanılması dışında), xi. Yoksunluk gelişmiş olması için; -Opiyata özgü yoksunluk sendromu.- Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için opiyat ya da yakından ilişkili bir madde kullanılır”.

“b. Niteleyiciler: i. Belirleyiciler; -Erken yatışma evresinde, -Sürekli yatışma ile giden, -Sürdürme tedavisinde, -Denetimli çevrede. ii. Ağırılık; Ağır olmayan : İki-üç belirtinin olması durumunda kullanılır. -Orta derecede : Dört-beş belirtinin olması durumunda kullanılır. -Ağır : Altı ya da daha çok belirtinin olması durumunda kullanılır” şeklinde belirlenmektedir.

“c. Seçenek : Kişi, opiyat kullanım bozukluğu, opiyat esrikliği, opiyat yoksunluğu, opiyat esrikliği deliryumu, opiyat yoksunluğu deliryumu, opiyatın yol açtığı psikozla giden bozukluk, opiyatın yol açtığı iki uçlu bozukluk, opiyatın yol açtığı depresyon bozukluğu, opiyatın yol açtığı kaygı bozukluğu, opiyatın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu ya da opiyatın yol açtığı uyku bozukluğu olarak tanımlanamayan opiyat kullanımıyla ilişkili sorunlar yaşıyorsa tanımlanmamış opiyatla ilişkili bozukluk tanısı düşünülür” (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Opiyat Esrikliği:

“a. Kapsama: Opiyat kullanımından kısa bir süre sonra gelişen, gözbebeklerinde daralmanın yanı sıra şu bulgulardan en az birinin varlığını gerektirir: i. Uyuşukluk ya da koma, ii. Sözü ağızda geveleyerek konuşma, iii. Dikkat ya da bellek bozukluğu”.

“b. Kapsama: Klinik açıdan sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişikliklerin olması gerektirir”.

“c. Dışlama: Belirtiler başka bir sağlık durumuna bağlı ise ya da başka bir madde esrikliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanıyorsa bu tanı konmamaktadır”.

“d. Niteleyiciler: i. Algı bozuklukları olan: Gerçeği değerlendirme bozuk değilken ortaya çıkan varsanıların ya da deliryumda değilken ortaya çıkan duysal, görsel ya da dokunsal yanılsamaların olması durumunda kullanılmaktadır” (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Opiyat Yoksunluğu:

“a. Kapsama: Aşırı ölçülerde ve uzun süreli opiyat kullanımının bırakılmasından (ya da azaltılmasından) sonraki birkaç dakika ya da gün içinde gelişen YA DA belirli bir süre opiyat kullanımından sonra bir opiyat antagonistinin uygulanması sonrası gelişen, aşağıdaki belirtilerden en az üçünün olmasını gerektirir: i. Disföri duygudurumu, ii. Bulantı ve kusma, iii. Kas sızıları, iv. Göz yaşı akması ya da burun akıntısı, v. Gözbebeklerinde büyüme, piloereksiyon (tüylerin dikleşmesi) ya da terleme, vi. İshal, vii. Esneme, viii. Ateş, ix. Uykusuzluk”.

“b. Dışlama : Belirtiler başka bir sağlık durumuna bağlanabiliyorsa ya da başka bir madde esrikliği ya da yoksunluğu da içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanıyorsa bu tanı konmamaktadır” (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Dinginleştirici, Uytucu ve Kaygı Giderici (Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitik) Kullanım Bozukluğu:

“ a. Kapsama: 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 dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanımı örüntüsünün olmasını gerektirir: i. İstendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanılması, ii. Dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanımını azaltmak için sürekli bir isteğin ya da sonuç vermeyen çabaların olması, iii. Çok zaman ayırma, iv. İçinin gitmesi, v. Konumunun gereği olan başlıca yükümlölüklerini yerine getirememesi, vi. K işlerarası ya da toplumsal sorunlar doğurduğunu bilmesine karşın dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanımını sürdürme, vii. Dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici için diğer etkinliklerini bırakma, viii. Tehlikeli olabilecek durumlarda kullanma, ix. Bedensel ya da ruhsal sorunlar doğurduğunu bilmesine karşın kullanmayı sürdürme, x. Dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması için; -Belirgin olarak artan ölçülerde kullanma, - Etkide belirgin azalma (tedavi için gözetim altında dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici içeren ilaçların kullanılması dışında), xi. Yoksunluk gelişmiş olması için; -Dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici özğü yoksunluk sendromu. -Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici ya da yakından ilişkili bir madde kullanılır”.

“b. N iteleyicileri: Belirleyiciler ; -Erken yatışma evresinde, -Sürekli yatışma ile giden, -Sürdürme tedavisinde, - Denetimli çevreden oluşmaktadır. ii. Ağrlık: -Ağırlı olmayan : İki- üç belirtinin olması durumunda kullanılır, -Orta derecede : Dört-beş belirtinin olması durumunda kullanılır, - Ağrlı : Altı ya da daha çok belirtinin olması durumunda kullanılır”.

“c. Seçenek : K işi, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanım bozukluğu, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici esrikliği, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici yoksunluğu, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici esrikliği deliryumu, dinginleştirici, uyutucu ya

da kaygı giderici yoksunluğu deliryumu, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı gidericinin yol açtığı yeğin ya da ağır olmayan nörobilişsel bozukluk, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici yol açtığı; psikozla giden bozukluk, iki uçlu bozukluk, depresyon bozukluğu, kaygı bozukluğu, , cinsel işlev bozukluğu, uyku bozukluğu olarak tanılanamayan dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanımıyla ilişkili sorunlar yaşıyorsa tanımlanmamış dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici ilişkili bozukluk tanısı düşünülmektedir “(Abraham ve Nussbaum, 2015).

Dinginleştirici, Uyutucu ve Kaygı Giderici Esrikliği:

“a. Kapsama: Dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanımından kısa bir süre sonra gelişen aşağıdaki bulgulardan en az birinin varlığını gerektirir: i. Sözü ağızda geveleyerek konuşma, ii. Eşgüdüm Bozukluğu, iii. Düzgün ayakta duramama, iv. N istagmus, v. Bilişsel bozukluklar (örn. dikkat , bellek), vi. Stupor ya da koma”.

“b. Kapsama: Klinik açıdan sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişikliklerin olması gerektirir”.

“c. Dışlama: Belirtiler başka bir sağlık durumuna bağlı ise ya da başka bir madde esrikliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanıyorsa bu tanı konmamaktadır” (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Dinginleştirici, Uyutucu ve Kaygı Giderici Yoksunluğu:

“a. Kapsama: Aşırı ölçülerde ve uzun süreli dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanımının bırakılmasından (ya da azaltılmasından) sonraki birkaç saat ya da gün içinde gelişen aşağıdaki belirtilerden en az üçünün olmasını gerektirir: i. Otonom aşırı etkinlik (hiperaktivite), ii. El titremesi, iii. Uykusuzluk, iv. Bulantı ya da kusma, v. Gelip geçici görsel, dokunsal ya da duysal varsanılar ya da yanılsamalar, vi. Ruhsal-devinsel kışkırtma (psikomotor ajitasyon), vii. Bunaltı, viii. Grand mal katılmalar.”

“b. Dışlama : Belirtiler başka bir sağlık durumuna bağlanabiliyorsa ya da başka bir madde esrikliği ya da yoksunluğu da içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanıyorsa bu tanı konmamaktadır”.

“c. Niteleyiciler: i. Belirleyiciler; -Algı bozuklukları olan: Gerçeği değerlendirme bozuk değilken ortaya çıkan varsanıların yada deliryumda değilken ortaya çıkan duysal, görsel ya da dokunsal yanılsamaların olması durumunda kullanılmaktadır”.

“d. Seçenek: K işi, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici bozukluğu olarak tanılanamayan dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici kullanımıyla ilgili sorunlar yaşıyorsa, tanımlanmamış dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici ile ilgili bozukluk tanısı düşünülmektedir ” (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Uyarıcı Kullanım Bozukluğu:

“a. Kapsama: 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 uyarıcı kullanım örüntüsü olmasını gerektirir: i. İstendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak uyarıcı kullanılması, ii. Uyarıcı kullanımını azaltmak için sürekli bir isteğin ya da sonuç vermeyen çabaların olması, iii. Çok zaman ayırma, iv. İçinin gitmesi, v. Konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe, vi. K işilerarası ya da toplumsal sorunlar doğurduğunu bilmesine karşın uyarıcı kullanımını sürdürme, vii. Uyarıcı için diğer etkinliklerini bırakma, viii. Tehlikeli olabilecek durumlarda kullanma, ix. Bedensel ya da ruhsal sorunlar doğurduğunu bilmesine karşın kullanmayı sürdürme, x. Dayanıklılık gelişmiş olması için; - Belirgin olarak artan ölçülerde kullanma, - Etkide belirgin azalma (tedavi için gözetim altında uyarıcı içeren ilaçların kullanılması dışında), xi. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması; - Uyarıcı özgü yoksunluk sendromu, - Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için uyarıcı ya da yakından ilişkili bir madde kullanılmaktadır”.

“b. N iteleyiciler: i. Uyarıcının türünü tanımlayın, -Amfetamin türü madde, -Kokain, -Diğer ya da belirlenmemiş uyarıcı, ii. Belirleyiciler;-Erken yatışma evresinde, -Sürekli yatışma ile giden,-Denetimli çevrede,iii. Ağırılık; -Ağır olmayan : İki- üç belirtinin olması durumunda kullanılır, -Orta derecede : Dört-beş belirtinin olması durumunda kullanılır, -Ağır : Altı ya da daha çok belirtinin olması durumunda kullanılmalıdır”.

“c. Seçenek : K işi, uyarıcı kullanım bozukluğu, uyarıcı esrikliği, uyarıcı yoksunluğu, uyarıcı esrikliği deliryumu, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici yoksunluğu deliryumu, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı gidericinin yol açtığı yeğin ya da ağır olmayan nörobilişsel bozukluk, psikozla giden bozukluk, iki uçlu bozukluk, depresyon bozukluğu, kaygı bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu ya da uyku bozukluğu olarak tanılanamayan ilgili sorunlar yaşıyorsa tanımlanmamış dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici ilişkili bozukluk tanısı düşünülmektedir” (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Uyarıcı Esrikliği:

“a. Kapsama: Uyarıcı kullanımından kısa bir süre sonra gelişen, aşağıdaki bulgulardan en az ikisinin varlığını gerektirir: i. Taşikardi ya da bradikardi, ii. Gözbebeklerinde büyüme, iii. Kan basıncı yüksekliği ya da düşüklüğü, iv. Terleme ya da ürperme, v. Bulantı ya da kusma, vi. Kilo verildiğinin kanıtı, vii. Ruhsal-devinsel kışkırtma ya da yavaşlama (psikomotor ajitasyon ya da retardasyon), viii.Kas güçsüzlüğü, solunumunun baskılanması, göğüs ağrısı ya da aritmiler, ix. Konfüsyon, katılmalar, diskineziler, distoniler ya da koma” sayılmaktadır.

“b. Kapsama: Klinik açıdan sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişikliklerin olmasını gerektirir”.

“c. Dışlama: Belirtiler başka bir sağlık durumuna bağlı ise ya da başka bir madde esrikliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanıyorsa bu tanı konmamaktadır”.

“d. Niteleyiciler: i. Belirleyiciler;-Algı bozuklukları olan,-Amfetamin türü madde ya da Kokain” (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Uyarıcı Yoksunluğu:

“a. Kapsama: Aşırı ölçülerde ve uzun süreli uyarıcı kullanımının bırakılmasından (ya da azaltılmasından) sonraki birkaç saat ya da gün içinde gelişen aşağıdaki belirtinin olmasını gerektirir: i. Disfori duygudurumu”.

“b. Aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin olmasını da gerektirir: - i. Yorgunluk, ii. Canlı, hoş olmayan düşler, iii. Uykusuzluk ya da aşırı uyku, iv. Yeme isteğinde artma, v. Ruhsal-devinsel yavaşlama ya da kışkırtma (psikomotor ajitasyon ya da retardasyon)”.

“c. Dışlama: Belirtiler başka bir sağlık durumuna bağlı ise ya da başka bir madde esrikliği ya da yoksunluğu da içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanıyorsa bu tanı konmamaktadır”.

“d. Niteleyiciler: i. Amfetamin türü madde ya da kokain”.

“e. Seçenek: K işi, uyarıcıyla ilişkili bir bozukluk olarak tanılanamayan uyarıcı kullanımıyla ilgili sorunlar yaşıyorsa, tanımlanmamış uyarıcıyla ilgili bozukluk tanısı düşünülmektedir”(Abraham ve Nussbaum, 2015).

Diğer (ya da Bilinmeyen) Bir Madde Kullanım Bozukluğu:

“ a. Kapsama: On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, yukarıdaki diğer madde kategorilerine sokulamayan, esriklik yapan (entoksikan) sorunlu diğer (ya da bilinmeyen) bir madde kullanım örüntüsü olmasını gerektirir: i. İstendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak diğer madde kullanılması, ii. Madde kullanımını azaltmak için sürekli bir isteğin ya da sonuç vermeyen çabaların olması, iii. Çok zaman ayırma, iv. İçinin gitmesi, v. Konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe, vi. K işilerarası ya da toplumsal sorunlar doğurduğunu bilmesine karşın madde kullanımını sürdürme, vii. Madde için diğer etkinliklerini bırakma, viii. Tehlikeli olabilecek durumlarda kullanma, ix. Bedensel ya da ruhsal sorunlar doğurduğunu bilmesine karşın kullanmayı sürdürme, x. Aşağıdakilerden biriyle

tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması; -Belirgin olarak artan ölçülerde kullanma, -Etkide belirgin azalma, xi. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması; -Maddeye özgü yoksunluk sendromu, -Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için aynı madde ya da yakından ilişkili bir madde kullanılmaktadır”.

“b. Niteleyiciler: i. Belirleyiciler; -Erken yatışma evresinde, -Sürekli yatışma ile giden, -Denetimli çevrede, ii. Ağırılık; -Ağır olmayan : İki-üç belirtinin olması durumunda kullanılır, -Orta derecede : Dört-beş belirtinin olması durumunda kullanılır, -Ağır : Altı ya da daha çok belirtinin olması durumunda kullanılmaktadır”.

“c. Seçenek : K işi, diğer (ya da bilinmeyen) bir madde kullanım bozukluğu, diğer (ya da bilinmeyen) bir madde esrikliği, diğer (ya da bilinmeyen) bir madde yoksunluğu olarak tanılanamayan diğer (ya da bilinmeyen) bir madde kullanımı ile ilişkili sorunlar yaşıyorsa tanımlanmamış diğer (ya da bilinmeyen) bir maddeyle ilişkili bozukluk tanısı düşünülmektedir “(Abraham ve Nussbaum, 2015).

Diğer (ya da Bilinmeyen) Bir Madde Esrikliği:

“a. Kapsama: Diğer (ya da bilinmeyen) bir madde alımından (ya da böyle bir maddeyle karşılaşılmasından) kısa bir süre sonra gelişen, maddeye özgü geriye dönüşlü bir sendromun olmasını gerektirmektedir”.

“b. Kapsama: Klinik açıdan sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişikliklerin olmasını gerektirmektedir”.

“c. Dışlama: Belirtiler başka bir sağlık durumuna bağlı ise ya da başka bir madde esrikliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanıyorsa bu tanı konmamaktadır” (Abraham ve Nussbaum, 2015).

Diğer (ya da Bilinmeyen) Bir Madde Yoksunluğu:

“a. Kapsama: Aşırı ölçülerde ve uzun süreli diğer (ya da bilinmeyen) bir madde kullanımının bırakılmasından (ya da azaltılmasından) kısa bir süre içinde bir maddeye özgü sendromun gelişmesini gerektirmektedir”.

“b. Kapsama: Klinik açıdan belirgin bir sıkıntı doğurması ya da toplumsal, işle ilgili ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevse llikte düşme olmasını gerektirmektedir”.

“c. Dışlama: Belirtiler başka bir sağlık durumuna bağlı ise ya da başka bir madde esrikliği ya da yoksunluğu da içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanıyorsa bu tanı konmamaktadır” (Abraham ve Nussbaum, 2015).

2.7. Mizaç, Dürtüsellik, Kendini Yaralama ve Benlik Saygısı Kavramları

Mizaç Kavramı:

Özdemir’in tanımında mizaç, bir bireyi önemli ölçüde farklı kılan “kişilik”, deneyim yoluyla uyumu sağlayan psikobiolojik sistemlerin dinamik organizasyonudur. Bu yapının iki temel bileşeni vardır: “mizaç” bireyin doğuştan getirdiği emosyonel yatkınlığı iken, “karakter” bireyin kendi kendine oluşturduğu bir yapıdır (aktaran Yancar,2005).

Mizaç, antik çağda “benlik ve özelliklerinin bireysel ve biricik oluşunun biyolojik temelidir” şeklinde tanımlanmıştır. Daha sonra “1887 ‘de Stewart mizacın, kişilik tiplerinin organik bileşeni” olduğunu tanımlamıştır. Yüzyıllar sonra M. Rutter, “Mizaç, K işilik ve K işilik Bozukluğu “ adlı makalesinde mizaç kavramına açıklık getiren bulgulardan söz etmiştir. “Mizaç” kelimesi, Türkçe’ de bazı yazarlar tarafından “mood” kelimesi olarak kullanıldıysa da, daha sonra “duygudurum” kelimesi tercih edilmiştir. “Affect (duygulanım) ve mood (duygudurum) bir bilişsel sunuma karşılık gelen, öznel olarak yaşantılanan ve gözlenen duyumlardır ” şeklinde tanımlanmıştır. (Seçer,2005).

Akiskal'a göre, "mizaç, emosyon ve dürtünün biyolojik temellerinin sonucu, karakter ise çocuğun büyürken kullandığı savunma mekanizmalarının, endojen mizaç eğilimlerine, çevresel etki ve değişimlere uyumunun bir sonucudur" diye tanımlamıştır. Akiskal "depresif, hipertimik, siklotimik, sinirli (irritabl) ve endişeli (anksiyöz) mizaç" olmak üzere beş mizaç tipi tanımlamıştır. Akiskal'a göre kişilik ise "kişinin egosintonik olarak geliştirdiği tarz, stil ve karaktere uyumu" olarak tanımlamıştır (Ak, Gülsün ve Özmenler, 2009).

Aynı zamanda Akiskal, "duyarlı-anksiyöz" mizaç özelliğinde histeroid disforik ve atipik depresif bozukluklarla birlikte bir süreç izlediği düşünülmektedir (akt.Seçer, 2005).

Depresif mizaç özellikleri:"1.Kederli, derin düşüncelere dalan, kötümser-pesimist, 2. İçer dönük- introvert-, letarjik, pasif, 3. Sıkıcı, mizah duygusundan yoksun, 4. Çok uyuma alışkanlığında (9 saatin üzerinde) ve bazen uykusuzluk çeken, 5. Şüpheli, şikayetçi, eleştirel, 6. Yetersizlik ve başarısızlık düşünceleri ile meşgul, 7. Kendi kendine sitem dolu, kendini fazlaca suçlayan, 8. Bağımlı, güvenilir, sadık" olarak belirtilmiştir (Seçer, 2005).

Siklotimik Mizaç ise, "bir fazdan diğerine ani geçişlerle karakterli, bifazik disregülasyonun varlığı ile her fazın günler içinde sonlandığı, nadir ötimik dönemlerin olması" ile karakterizedir. Özellikleri : "1.Kederli, sıkıcı - Neşeli, şakacı, 2. İçer dönük – Dışa dönük, 3. Sessiz, suskun – Konuşkan, 4. Kötümser – İyimser, 5. Uyku ihtiyacı fazla - Uyku ihtiyacı az, 6. Letarji, somatik rahatsızlık – Ötoni, 7. Duyumlara karşı donukluk, küntlük – Keskin bir dikkat, artmış emosyonel yanıt, 8. Yavaş öğrenme – Keskin bir algılama ve düşünce, 9. Benlik saygısında azalma – Kendine aşırı güven, 10. Psikomotor aktivitede azalma – Psikomotor aktivitede artma" olarak belirtilmektedir.

Hipertimik mizaç özellikleri: "1.Neşeli, şen, coşkulu, iyimser, 2.Dışa dönük, sosyal, sıcak, 3.Konuşkan, şakacı, 4.Grandiöz, kendine güvenen, kendini over, 5.Az uyuma alışkanlığında (6 saatin altında), 6.Yüksek enerji düzeyi, programı hep dolu, pahalı aktiviteler, 7.Çapraşık, anlaşılması güç,

her işe karışma eğiliminde, 8.Baskı ve engellenmeye dayanamama, aklına koyduğunu yapma, yenilik ve uyarıcı arayışı, rastgele ilişkiler yaşayan kişiler” olarak tanımlanmaktadır.

İrritabl mizaç özellikleri: “1.Karamsar, çabuk parlayan, 2.Disforik bir hareketlilik, huzursuzluk, 3.Yoğun duygu dışavurumu, 4.Kötümser, 5. Eleştirel ve şikayetçi, 6. Aksi, huysuz, alaycı, 7. İstenmediği halde sokulup sıkıntı verici, 8. İmpulsif” olarak belirtilmiştir (Seçer,2005).

1960’lı yıllarından başlayarak alkol ve madde bağımlılığına yatkınlığı arttıran kişilik özellikleri hakkında tam olarak bir bilgi ortaya çıkarılamamıştır. Ancak madde kullanan kişilerde “aşırı cesaret, kendine güven ve saldırganlık gibi kişilik özelliklerinin” olduğuna da dikkat çekilmiştir. Loper ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, “alkol ve madde bağımlısı kişilerde madde kullanmadan öncesinde de psikopati ve hipomani, dürtüsellik, gelenek dışı davranış ve sosyal saldırganlık olduğunu” belirtmişlerdir. Hagnell ve arkadaşlarının çalışmada, “bağımlılarda üstün değerlilikten”, Özer ve arkadaşlarında ise, “macera, heyecanı sevme ve hayalcilik özelliklerinden” bahsetmişlerdir. Bu özelliklerin, “alkol ve madde kötüye kullanımı veya bağımlılığının gelişmesinde yüksek risk oluşturduğu, belli bir yatkınlık olabileceği ve antisosyal kişilik bozukluğu özelliklerini de tanıladığı” konusunda bilgi verilmiştir. Yeni araştırmalar, risk alma ve yenilik aramaya neden olan kişilik özelliklerinin varlığına da dikkat çekmektedir. Sonuç olarak bağımlılığa ait özel bir kişilik yapısı ya da bozukluğu henüz belirlenememiştir (Yancar,2005).

Dürtüsellik Kavramı:

Dürtü, kısaca “organizmanın uyarılmış bir durumudur”olarak tanımlanmaktadır. Daha ayrıntılı olarak, “fizyolojik ya da ruhsal dengenin değişmesi sonucu ortaya çıkan, bir canlıyı türlü tepkilere sürükleyebilen içsel bir gerilimdir”şeklindedir. “Bir dürtüyü patolojik yapan, o dürtüye ve onun gerçekleşmesine engel olunamaması” diye tanımlanmıştır. “Dürtü, çabuk, kasıtsız, ani ve kısa süreli olabildiği gibi, gerilimi düzenli artarak, bireyin kendisini ve etrafını dikkate almadan patlayıcı bir şekilde de ortaya çıkabilmektedir”şeklinde belirtilmiştir. Dürtüsellğin, normal bir davranış örüntüsü olabilmesinin yanında, birçok nörolojik ve psikiyatrik hastalığın

ana bileşeni olduğu, aynı zamanda çok boyutlu bir kavram olduğu bilinmektedir. Birçok disiplinin de ilgisini çeken bir problemdir. “Önceden düşünmeksizin veya bilinçli olarak karar almadan hızlı eyleme geçilmesi” ile karakterizedir. (Annagür ve Tamam, 2011; Tamam,2015). Alkol bağımlılarında ise, özellikle zamanla, bilişsel yıkım oluşmaktadır. Süperegö tutarsız ve değişken olmakla beraber bazen dürtüler üzerinde hiç kısıtlama yapmazken bazen de ilkel, cezalandırıcı ve katı şeklinde bir tutum sergilemektedir (Başterzi ve Göka, 2001).

Hollander ve Evers’e göre, “dürtüsellik, davranışın ölçülebilir tarafıdır; sabırsızlık, dikkatsizlik, riske girme, heyecan arama, yaşanan travmanın beklenen düzeyden az hissedilmesi ve dışa dönüklük” gibi çeşitli şekilleri vardır.

Davranışsal açıdan dürtüsellik, “yanlış algılamanın sonucu olan, zaman kavramı olmadan, gereksiz risk taşıyan ve uygunsuz durumlar ve genelde istenilmeyen sonuçlara sebep olan bir eylem” olarak tanımlanmaktadır.

Deneyisel davranışsal olarak bakıldığında ise, “büyük ve gecikmiş ödüllerden çok küçük ama doğrudan ödülleri seçme özelliği olarak” görülmektedir. Hollander ve arkadaşları, bu tanıma “ceza kavramını da katarak ve bu kişilerin büyük, gecikmiş cezaları tercih ettiklerini” ifade etmişlerdir.

Dürtüsellik, “günlük hayatımızda hızlı araba kullanma, aşırı alışveriş yapma, kendine ya da çevreye zarar verme, madde kullanımı, özkıyım girişimleri gibi hayatı her yönde etkileyen sonuçlara” sebep olabilmektedir.

Dürtüsellik, cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. “Dışadönük agresif davranışlar erkeklerde, içe dönük agresif olmayan davranışlar ise kadınlarda daha sıktır” şeklinde belirtilmektedir. Bu farklılıklar, “genetik faktörlere ve hormonal farklılıklara” bağlı olabilmektedir. Dürtüsel davranışlar üç boyutta incelenmektedir: “1) Çelinebilirlik, eylemlerinin olası sonuçlarını gösteren eldeki bilgileri değerlendirilmemesi, 2) Ödüllendirilmeyi erteleyememek, daha sonra elde edilecek daha büyük bir ödülün çok o an elde edilecek küçük bir ödülü tercih etmek, 3) Disinhibisyon, Kültürel normlar ve kısıtlamalara uymayan davranışların baskılanamaması, engellenememesidir”. Bu boyutlarla

düşünüldüğünde dürtüsel eylem içerisindeki bireyde; içinde bulunduğu durumu değerlendiremez ve bu duruma esnek olarak yanıt vermekte sorun yaşayabilmektedir. “Dürtüsellğin değerlendirilmesinde karşılaşılan sorun, gözlemci değerlendirmesi ile kişinin kendini değerlendirmesi arasında ortaya çıkabilecek olan çelişkilerdir” diye ifade edilmiştir. Dürtüsellik ölçümü için en çok öz bildirim testleri kullanılmaktadır. Dürtüsellik ölçümünde üç yöntem kullanılmaktadır: “öz bildirim Testleri, davranışsal laboratuvar ölçümleri, olayla ilişkili” şeklindedir (Tamam,2015).

Kendini Yaralama Kavramı:

Kendine zarar verme davranışı “self injury”, “self - mutilation” ve “self- harm” olarak bilinmekte ve genellikle birlikte kullanılmaktadır. “K kişinin doğrudan kendi bedenine yönelik olarak yaptığı girişim” olarak tanımlanmaktadır. “Self- harm” da riskli davranışlar ön planda ve daha çok dolaylı olarak kendine zarar verme davranışıyla açıklanmaktadır. Kendine zarar verme davranışı, “doğrudan kendine zarar verme davranışı (self- injury) olarak kendini kesmek, kendini yakmak ve kendine vurmak; dolaylı olarak kendine zarar verme davranışı (self- harm) ise sigara içmek, alkol ve madde kullanmak, aşırı yemek yemek ve hastalık tanısı almasına rağmen ilaçlarını kullanmamak” olarak belirtilmektedir. Genel olarak kendine zarar verme davranışı dört grup şeklinde incelenmektedir: “1) Tipik olarak kendine zarar verme davranışları; kafa vurmak, kendine vurmak, dudak ısırma, tırnak yemek, derisini çimdiklemek ya da tırmalamak, kendini ısırma ve saçını yolma gibi, 2) Psikotik kendine zarar verme davranışları; göz çıkarma ve organ kesme gibi, 3) Kompulsif kendine zarar verme davranışları; saç yolma, deriyi çimdiklemek ve tırnak yemek gibi, 4) Dürtüsel kendine zarar verme davranışları; kendini kesme, kendini yakma ve kendine vurma gibi” belirtilmektedir (Aksoy ve Ögel, 2005; Yılmaz,2007).

Kendine zarar verme davranışının kadınlarda daha çok karşılaşıldığını belirten çalışmaların yanı sıra, kadın ve erkek oranının eşit olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Kendine zarar verme, “erken adolesan döneminde (13-19 yaş)” başladığı bilinmektedir. Bir çalışmada, “kendini kesen 240 kadınla görüşmeler sonucunda, kendilerini 14 yaşında kesmeye başladıkları” belirtilmiştir. Türkiye’deki çalışmalarda

ise, “16 – 20 yaşları arasında kendini kesme davranışının başladığı” belirtilmektedir. Kendine zarar verme davranışları: “vücudun bir yerini sıkma, morartma, ısırma, kesici bir aletle kesme, yakma, eşyalara yumruk atma, kafasını duvara vurma” gibi davranış şekilleri ile açıklanmaktadır. Sokak çocuklarıyla yapılan bir çalışmada, “kendine zarar verme davranışı gösteren çocuklarda madde kullanımı %76.4” olarak bulunduğu verilmiştir. Aynı çalışmada alkol kullanımı %9.5 oranında olduğu ve erkeklerin %5.2’sinin kızların %31.6’sının alkol kullandığı belirtilmiştir. Kendine zarar verme davranışının sürecinde artma, azalma ya da ne kadar süreceği belli olmaksızın 10 - 15 yıl sonra sonlandığından da bahsedilmektedir (Aksoy ve Ögel, 2005; Yılmaz,2007).

İntihar (özkıym):

Toplumlara göre değişen özkıym, “kendine zarar verme davranışının son noktası olarak, ölümle sonuçlanacağını bilerek, kasıtlı olarak gerçekleştirilen girişimlerin doğrudan ya da dolaylı olarak meydana getirdiği ölüm” şeklinde tanımlanmaktadır (Tel ve Uzun, 2003; Ak, Gülsüm ve Özmenler, 2009).

WHO intiharı, “intihar eylemi ve intihar girişimi olarak” iki grupta açıklamaktadır. İntihar eylemi, “bireyin bilinçli olarak ve kendi isteği ile yaşamına son vermesi, intihar girişimi ise, bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik ölümcül olmayan tüm istemli girişimler” şeklinde ifade edilmektedir. Genellikle bu durum, “bireyin yoğun olarak hissettiği bir zorlanmayla ortaya çıkıp, bireyin yalnızlık ve umutsuzluğunu, yaşadığı sorunlara alternatif çözümler bulamadığını ve mevcut başetme mekanizmalarının yetersiz olduğu” sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Manisa merkezinde yapılan bir araştırmada, “intihar düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığı %6.6 , intihar girişiminin yaşam boyu yaygınlığı ise % 2.3” olarak tespit edilmiştir (Tel ve Uzun, 2003; Berk, Söyüncü ve Yiğit, 2010).

Ak ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yaptıkları çalışmada, özkıym davranışında etken olan birçok faktör içinde “depresyon, madde

kötüye kullanımı, şizofreni ve diğer ruhsal bozukluklar gibi psikiyatrik etkenlerin” çok önemli olduğu belirtilmektedir.

Alkol bağımlılığında “intihar kurbanları” arasında erkeklerin oranı kadınlardan daha yüksektir. Alkol ve madde kullanımında intihar davranışı yıllar sonra ortaya çıkabilmekte olup, bu riski arttıran faktörlerin; “majör depresif bozukluk (depresyonla komorbidite), psikososyal destek azlığı, ciddi fiziksel hastalık varlığı, yaşlılık, kötü iş uyumu, işsizlik, yakın dönemde bir yakınından ayrılma deneyimi, daha önce intihar girişimi ve/veya ciddi intihar niyeti ve yalnız yaşamak” olduğu açıklanmaktadır. Türkiye’de intihar girişimi için kullanılan alkol alma vakalarında risk faktörleri Ağargün ve arkadaşlarına göre, “alkole başlama yaşının erken olması, son bir yıldaki alınan günlük alkol miktarının yüksek olması, düşük sosyo-ekonomik düzey, sosyal izolasyon, çocukluk dönemine ait önemli okul ve aile problemlerinin etken olduğu” şeklinde ifade etmişlerdir.

Genellikle bir kayıp yaşandığında (boşanma oranı ilk sırada yer almaktadır) intihar davranışı daha fazla görülmektedir. Alkol bağımlılığında intihar riskinin “genel popülasyona göre 15 kat daha fazla” olduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Alkol entoksikasyonu olgularının çoğunda intihar davranışının olduğu düşünülmektedir. Alkol bağımlılarının “işlerine, bedenlerine ve ilişkilerine karşı gösterdikleri yıkıcı tutum gizli bir intihar davranışı” olarak yorumlanmıştır. Alkol bağımlılığında “intihar girişimi % 6-21 gibi” yüksek oranlarda bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda cinsiyet ve girişim arasındaki ilişkide önemlidir. (%80’i erkek olarak saptanmıştır) (Çıtak, Ekici ve Savaş, 2001; Mırsal ve diğerleri,2001).

Geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olmak, daha sonradan yeniden intihar girişiminde bulunma riskini arttıran bir etmen olduğu düşünülmektedir. Goldstein ve arkadaşlarının araştırmasında intihar girişimlerinin yinelenme oranının %25 olduğu, bunların da %30’unun ölümle sonuçlandığı gösterilmiştir. Özellikle erkeklerdeki intihar girişiminde, izleyen ilk yıl içinde tekrarlanma riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Ekici ve arkadaşlarının araştırmasında kontrollü bir çalışma yapılmış ve intihar grubundaki sonuçlar, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Alkol kullanımında kötüye kullanım veya bağımlılık

olgularında “vaka grubunda %35.4 iken, kontrol grubunda % 15.6, ilaç-madde kullanımı olan vaka grubunda % 2.1, kontrol grubunda % 2.2, karışık madde kullananlarda ise (alkol-madde-ilaç) % 14.6, kontrol grubunda %13.3” olarak bulunmuştur. Murphy ve Wetzel çalışmalarında ise, “tüm çalışılan intihar vakalarında yaklaşık dörtte birinin alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı nedeniyle olduğu” ifade etmişlerdir. Alkol bağımlılığı, yaşamın orta yaş döneminde ortaya çıkan intihar girişiminde söz konusu olmuşsa, intihara yatkınlık açısından depresyondan sonra ikinci sırada alkol bağımlılığının yer aldığı belirtilmektedir. “Depresyon ve panik bozukluğu olan hastalarda alkol bağımlılığının olması, intihar riskinin arttığını” göstermektedir. Alkol bağımlılıklarında “hayat boyu intihar girişimi oranının ortalama %11 ile %15” arasında olduğu belirtilmektedir. “Duygudurum bozukluğu olan genç intiharlarında, bu duruma madde kötüye kullanımı veya bağımlılığının da komorbid olarak” görüldüğü belirtilmektedir. Bu durumdaki vakalarda “özdeğer duygularında daha fazla düşüklük olduğu ve daha yüksek impulsivite, işlevsellikte, kişisel ve toplumsal ilişkilerde de bozulma” saptandığı görülmektedir (Çıtak ve diğerleri, 2001; Berk ve diğerleri,2010).

Ekici ve arkadaşlarının kontrollü çalışmasında, madde veya alkol kullanımı ve bunun yanısıra madde ve alkolün birlikte kullanımı açısından gruplar karşılaştırıldığında; çalışma grubunda, kontrol grubuna oranla diğer çalışmalarda da olduğu gibi anlamlı bir yükseklik olduğu görülmektedir. Çalışma grubundaki oran “17 kişi (%35.4)” iken, kontrol grubunda ise “7 kişi (%15.6)” bulunmuştur.Çalışma grubunda madde ve alkolü birlikte kullananlar “7 kişi (%14.6)” iken, kontrol grubunda “6 kişi (%13.3)” bulunmuştur. Madde ve alkol kullanımı olanlar açısından gruplar karşılaştırıldığında “madde ve alkol kullanımının çalışma grubunda kontrol grubuna oranla anlamlı derecede daha yüksek olduğu” görülmüştür. Çalışma grubunda “alkol veya madde kullanımı olanlar 25 kişi (%52.1) iken, kontrol grubunda 14 kişi (%31.17)” bulunmuştur ($\chi^2=4,195$ $p=0.04$) (Çıtak ve diğerleri,2001).

Kişilik özellikleri açısından özkıyım ve özkıyım girişimlerini inceleyen araştırmalarda, “olgu grubunun özelliklerine ve kullanılan kişilik

değerlendirme envanterlerinin çeşitliliğine göre farklı sonuçlara ulaşıldığı” görülmüştür. Sonuç olarak, dürtüsel davranış eğilimi, kişilik bozukluklarında mevcutsa özkıyım yatkınlıkla ilgisi olduğu görülmektedir. Özkıyımda önemli olan etkenlerden “madde ve alkol kullanımının, özellikle borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerde sık” görülmesinin nedeni olarak, “dürtüsellik ve özdeğer eksikliği için kişinin kendisine destek sağlamak amacı içerisinde” olduğu düşünülmektedir (Ak ve diğerleri, 2009).

AKB olanlarda, ilaç ve madde bağımlılarında “gizil özkıyım” söz konusu olmaktadır. Yaşamlarından yavaş yavaş vazgeçişleri, sosyal ilişkilerinde artan sorunlar, çalışma isteklerinde azalma, verimliliklerinin düşmesi, bedensel olarak sağlığın bozulması, gözle görülür bir şekilde kötüye giden bir tablo olarak tanımlanmaktadır (Kalyoncu ve Mırsal, 2002).

Kendine zarar verme, alkol ve madde kullanımı:

Alkol bağımlılarında kendine zarar vermenin nedeni olarak, ego savunmalarının zayıflaması ve dürtü kontrolünün ortadan kalkmasının yanında süperego regresyonuna bağlı olabileceği belirtilmektedir (Başterzi ve Göka,2001). “Borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarında” alkol ve madde kullanımının yaygın olarak ortaya çıktığı görülmektedir. “Kendine zarar veren kişilerin %90’ında madde kullanımı, çoğunun (%66.7) birden fazla madde kullandığı ve %71.1 gibi bir yüksek değerde bağımlılık düzeyinde olduğu” belirtilmektedir. Kendine zarar veren kişilerin, yaşlarının kendine zarar vermeyenlere göre daha düşük olduğu ifade edilmektedir. “Kendini kesen 21 kızla yapılan bir çalışmada, üçte birinde alkol ve madde kullanımı varlığı” tespit edilmiştir. “Kendini kesen 24 kızla yapılan bir başka çalışmada, %50’ sinin alkol ve madde kullandığı” da görülmektedir. “Anksiyete ve depresyon kendini kesme davranışını artırdığı ve kişilerin bu sırada hap kullandığı” çalışmalar sonucunda ortaya çıkmıştır (Aksoy ve Ögel,2003).

Benlik Saygısı Kavramı :

Benlik, kişiliği oluşturan alt yapılardan biridir. Dusek'e göre benlik; bireyin kendisi hakkındaki sahip olduğu, sosyal ortamda insanlarla etkileşimi sonucu geliştiren, bireyin davranış biçimini tespit eden kavramların dinamik organizasyonudur. Turan ve ark. ile Yörükoğlu benliği, "o kişiyi özerk birey yapan, başkalarından da ayıran duygu, tutum ve davranışların tümünün örgütlenmiş bütünlüğü olarak" tanımlamaktadır. Benlik, "bireyi oluşturan tüm özelliklerin karmaşık bir durumu iken"; benlik kavramı (self – concept) ise, "insanın kendini anlayış ve kavrayış biçimi olarak tanımlanmakta olup, kendisi hakkındaki görüşünü düşüncelerini" ifade etmektedir. Rogers ise benlik kavramının tanımında, "bireyin diğer insanlarla olan ilişkilerine ait algılarına da vurgu yapmakla birlikte, kendisini algılamasını ve bütün bu algılarına verilen değerlerinin benlik kavramını içerdiğini" belirtmektedir. Adams ve Erdiç'in de belirttiği gibi, "benlik kavramı, egonun farkında olma özelliği ile ilgili olup, zamanla herhangi bir anda farkındalığımız hakkında sahip olduğumuz fikirlerin ve tutumların özel bir birleşimi" anlamına gelmektedir. Benlik kavramı "algılanan benliktir" ya da kişinin "ben" veya "benim" olarak ifade ettiklerini oluşturmaktadır. Sonuç olarak, benlik kavramı, bireyin benliğini algılaması ve bu algıları çevresindekilerin cevap olarak verdiği görüşleri ile değerlendirilmesi sonucu meydana geldiği görüşü hakimdir (Çankaya, 2007).

Benlik saygısı, "kişiliğin önemli bir boyutu ve olumlu bir kişilik özelliği olarak bilinirken; bireyin toplum içinde davranışlarını etkileyen olaylar karşısında vereceği tepkileri belirleyen, kendini yetenekli, önemli, başarılı, değerli, olumlu, beğenilmeye ve sevmeye değer olarak algılama derecesi" şeklinde tanımlanmaktadır. "Bireyin kendini olduğu ve gördüğü gibi kabullenmeye, özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh hali olduğu anlamına" da gelmektedir. Rosenberg, benlik saygısını "bireyin kendisi ile ilgili yaptığı, sonrada bunu alışkanlıkla benimsediği değerlendirmeleri" olarak tanımlamaktadır. Benlik saygısının yönünün ise kişinin kendiyle ilgili yaptığı olumlu ya da olumsuz değerlendirmelerle ortaya çıktığı bilinmektedir. Birey kendine değerlendirmede, "olumlu bir tutum içindeyse

benlik saygısının yüksek, olumsuz bir tutum içindeyse benlik saygısının düşük olacağı” belirtilmektedir (Çankaya, 2007).

Coopersmith’de benlik saygısını “bireyin kendine özgü olarak yaptığı, benimsediği ve devam ettiği değerlendirmesi” şeklinde tanımlamaktadır. Bununla birlikte “gerçek benlik saygısı (kişi kendini gerçekten değerli ve önemli görür) ve savunucu benlik saygısında da (kişi kendini gerçekten değersiz görür, fakat bunu tehdit olarak kabul etmeye-bilir)” şeklinde tanımlanmaktadır. Rosenberg ve Coopersmith’in ifadelerinde bireyin kendini beğenme durumunun yüksek benlik saygısı olarak belirtildiği dikkati çekmektedir. Maslow benlik saygısını, kendini geliştirmekle doğru orantılı olduğu üzerinde durmaktadır. Maslow’ a göre piramidin üst düzeylerinde yer alan gereksinimler, ancak daha alt düzeylerde yeralan gereksinimlerin karşılanabilmesi halinde ortaya çıkmaktadır. Bu ihtiyaçlar: “1.Temel fizyolojik ihtiyaçlar, 2.Güvenlik ihtiyaçları, 3.Ait olma ve sevgiye ihtiyaçları, 4.Saygı ve statü ihtiyaçları, 5.Kendini gerçekleştirme ihtiyacı” şeklinde açıklanmaktadır. Maslow, “bir insanın benlik saygısını geliştirebilmesi için, önce ilk üç ihtiyacın giderilmesi, aynı zamanda kabul görmesi ve koşulsuz sevilmesi gerektiğini” belirtmiştir (Çankaya, 2007).

Alkol bağımlılığında, yaşanan psikolojik çatışmada değersizlik ve yetersizlik duyguları reddedilerek, bastırılır yada çözüme ulaştırılmaya çalışılan bilinçdışı çatışmalara yol açmaktadır. Bu tür gereksinimler yaşamlarında karşılanamadığı için özdenetim, güç, başarı ve yüksek benlik saygısına dair onarıcı ihtiyaçların oluşmasına ve böylece yoğun kaygıya neden olmaktadır. Güç duygusu, alkol bağımlısının “yüce benlik imgesini” beslemektedir. (Mırsal ve Kalyoncu, 2002).

Düşük ve Yüksek Benlik Saygısına Sahip Bireylerin Özellikleri:

Düşük ve yüksek benlik saygısının tanımını yaparken öncelikle gerçek bir ideal benlik kavramlarından söz etmek gerekmektedir. Çünkü gerçek ve ideal benlik kavramı arasındaki farkın derecesi, kişinin düşük ya da yüksek benlik saygısının sahip olduğunu göstermektedir. Gerçek benlik kavramı kişinin nasıl olduğuyla ilgili algılamalarını ifade ederken, ideal benlik kavramı ise “kişinin daha çok nasıl olmak istediğini, sahip olduğu takdirde kendini çok değerli bulacağı benlik kavramını” ifade etmektedir.

Kişinin ideal benliğiyle, gerçek benliği arasındaki farkın fazlalılığı, bireyin benlilik saygısını düşürerek kendini yetersiz, başarısız ve değersiz bulmasına neden olmaktadır. Rosenberg, düşük düzeyde benlik saygısının “kişiyi kendini kabul etmeme, kendinden memnun olmama ve kendinden nefret etme gibi duygular yaşatmakta olduğunu; yüksek düzeyde benlik saygısının ise kişinin kendisini oldukça iyi olarak gördüğünün bir göstergesi” olduğunu belirtmektedir. Çalışmalarda, yüksek ve düşük benlik saygısına sahip bireylerin özellikleri belirtilirken “benlik saygısının düzeyini, kişinin okul, mesleki başarı ve becerisini, stres ile başa çıkma etkililiği, sosyal ilişkilerine saygısı, yaşam doyumu” gibi faktörlerin etkilediği görülmektedir. Düşük benlik saygısına sahip birey; “kendine güvensiz, kendini utanç verici bulan, değersiz çaresiz hisseden, başarı ve becerileri azalmış, yaşamdan beklenti ve doyumları olmayan kişiler” olarak değerlendirilirken, yüksek benlik saygısına sahip bir birey ise; “kendilerine saygı duyan, kendini toplumda değerli bir kişilik olarak gören, yaşamdan doyum alan, gelecekte ümitli, iyimser ve ümitlerini gerçekleştirme oranları yüksek kişiler” olarak değerlendirilmektedir. Rosenberg, “düşük benlik saygısına bireylerin, yüksek benlik saygısına sahip bireylere göre başarmak için daha da az istek ve beklentiye sahip olduklarını, sosyal etkileşimde tutukluluk ve zorluk yaşadıklarını, genellikle nörotik eğilimleri içeren daha olumsuz kişilik özellikleri sergilediklerini” öne sürmektedir (Çankaya,2007).

Benlik Saygısının Cinsiyete Göre İncelenmesine İlişkin Araştırmalar:

Kadın ve erkeklerin benlik saygısı düzeylerindeki farklılıklar konusunda araştırmacılar arasında farklılıklar bulunmaktadır. Chapman ve Mullis bazı araştırmalarda, erkeklerin benlik saygısı ölçümlerinde kadınlarda gözle görülür bir şekilde daha yüksek puanlar aldığını, bazı araştırmalarda da benlik saygısı ölçümlerinde önemli cinsiyet farklılıkları olmadığını ifade etmektedirler. Orr ve Dihur, cinsiyet farklılıklarının benlik saygısı üzerindeki etkilerini inceledikleri araştırmada, “kadınların erkeklerden anlamlı düzeyde düşük benlik saygısına sahip olduklarını” belirtmektedir. Mullis, Mullis ve Normandin yaptıkları araştırmada, cinsiyet farklılıklarının benlik saygısının gelişiminde önemli rolü olmadığını saptamışlardır.

O'Malley ve Bachman 'in da, kadın ve erkeklerin birbirlerine yakın benlik saygısı düzeylerine sahip olduklarını saptamıştır. Tufan, Çuhadaroğlu, Güngör, Arıca ve Can cinsiyetin benlik saygısı düzeyi ile ilişkisi konulu araştırmada bulgularında anlamlı farklılık görmemişlerdir. Araştırmalarda, cinsiyet farkının benlik saygısı üzerine etkili olmadığı görülmektedir. Ancak Akboy'un çalışmasında, “benlik kavramının dürtü kontrol ve duygusal durum gibi alt boyutlarında, kadınların erkeklere göre daha olumlu benlik kavramına sahipken; sosyal ilişkiler, eğitsel ve mesleki amaçlar, dış dünyaya hakimiyet ve üstün uyum alt boyutlarında erkeklerin kadınlardan daha olumlu benlik kavramlarına sahip olduklarını” belirtmektedir. (Çankaya, 2007).

2.8. Acil Servise Başvuru Nedenleri

Alkol ve madde kullanımı bireyde yol açtığı birçok tıbbi sorunların yanı sıra, aile, iş, sosyal ve ekonomik alanlarda bozulmaya yol açmaktadır. Ayrıca trafikle ilgili suçlar, çeşitli kazalar, kendini yaralama, özkıyım ve cinayet gibi sorunlara da sık rastlanmaktadır.

Madde kullanımı sonucu sağlık sorunları oluşmasının yanısıra madde etkisi nedeniyle yaşanan kazalar, travmalar, yaralanmalar ve yaşanabilen adli olaylar sağlık kurumlarında Acil Servis Birimine başvuru için neden oluşturmaktadır.

Madde kullanımı sonucu yaralanma nedeniyle başvurular, maddenin cinsine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Son bir yıl içinde “tüm madde kullanıcılarının ortalama 3.25 inin yaralanma nedeniyle hekime başvurduğu” belirtilmektedir. Tıbbi yardım için başvuru, “en fazla uçucu madde kullananlarda görülmekte olup, bunu hap kullananlar” izlemektedir. “En az tıbbi yardım alanların ise eroin kullananlar ın olduğu” saptanmıştır (Evren, Hızlan, Ögel ve Tamar, (t.y.).

Yaralanma:

Alkol veya madde kullanım bozukluğu olanlarda, travmaya maruz kalma olasılığı daha yüksektir. Bağımlılıkta “maddeye ulaşabilmek için tehlikeli durumlara girerek, risk alma ve pek çok fiziksel ve psikolojik travmaya maruz kalmak” söz konusudur (Aldemir ve Tan, 2011).

Yapılan araştırmalarda, “yaralanma nedeniyle tüm madde kullanıcılarının ortalama 1.50 kez, hastalık nedeniyle ortalama 2.58 kez, madde kullanımını bırakma amacıyla 2.32 kez, madde kullanımı ile ilgili sorunlar nedeniyle ise ortalama 2.16 kez doktora başvurdıkları” ifade edilmiştir (Evren ve diğerleri, t.y.).

Trafik Kazaları:

Alkol ve madde kullanımının neden olduğu en önemli sorunlardan birisi de, “alkollü araç kullanımına bağlı oluşan trafik kazalarıdır”. Yüksel’in çalışmasında, trafik kazalarında ölenlerin yarısı, intiharlarında %25’i alkol kullanımı nedeniyle olmaktadır (aktaran Yılmaz, 2007).

Araştırmalarda, madde etkisinde araba kullanılmasıyla gerçekleşen kazalarda, madde çeşitliliğine göre farklılık gözlenmediği ortaya konulmuştur. Uçucu, esrar, eroin, hap kullanımına bakılmıştır. Madde kullanılarak kaza yapılan durumlarda en çok kullanılan maddenin esrar olduğu belirlenmiştir. Sonuç, 28 kişi (%25) olarak bulunmuştur (Evren ve diğerleri, t.y.).

Alkol kullanım bozuklukları trafik kazalarına ve alkolle ilişkili kaza sonucu ölümlere neden olmaktadır bunun yanı sıra, doğum anomalilerine, şiddete, suç işlemeye, aile parçalanmasına ve işsiz kalmalara neden olmaktadır. Türkiye’de yapılmış bir çalışmada, “alkollüyen araç kullanmaktan çekinmeyen %70 oran ve her zaman alkollü araç kullananların tümünün yüksek okul mezunları” olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan bir diğer araştırmada, alkol bağımlısı kadınlar, toplam nüfus sayısındaki kadınlarla karşılaştırıldığında “kaza ve yaralanma açısından daha riskli bulunup, ölümlerin de %26’sını oluşturduğu” ifade edilmektedir (Aldemir ve Tan, 2011,s.199).

İş Kaybı:

Madde kullanımına bağlı olarak sosyal açıdan oluşan sorunlar, “iş kaybı, okuldan ayrılma, boşanma” gibi sorunlardır. İş kaybı sorununu en çok yaşayan grup eroin kullananların olduğu görülmektedir. Araştırmalarda, “sağlık sorunları tüm madde kullanıcıları arasında yüksek” bulunmuştur. Walsh’ın çalışmasında, Acil Servislere başvuran olgularda “alkol testleri pozitifliği % 16.5” olarak ifade edilmiştir (aktaran Atik, Ayoğlu, K ıran, Konuk, Saltık ve Şahin, 2006). Zonguldak E.A.H., “Acil Servisi’ne başvuran iş kazası yaralanmalarında, alkollü olma sıklığı % 7.2” olarak saptanmıştır (Atik ve diğerleri,2006). Yates ve arkadaşlarının çalışmasında, ev kazaları nedeniyle başvuran olguların % 19’nun alkollü olduğu bildirilmiştir (aktaran Yılmaz, 2007). Web ve arkadaşlarının çalışmasında, İngiltere’de işyerinde kazalarda “alkollü olma oranı %20” olduğu saptanmıştır (aktaranYılmaz,2007). Honkanen tarafından Finlandiya’da yapılan bir çalışmada, “Acil Servis’te tedavi edilen iş kazası olgularının %19’u alkol nedeniyle olduğu” bulunmuştur (aktaran Yılmaz, 2007). Fullerton ve arkadaşlarının araştırmasında, “ABD’de özellikle işle ilgili trafik kazaları alkolle daha fazla ilişkili olduğu ve profesyonel şoförlerin %27 sıklığında iş kazası esnasında alkollü olduğu” belirtilmektedir (aktaran Yılmaz, 2007).

Yasal Sorun:

Milgram’ın çalışmasında, “madde kullanımı ve suç arasında neden sonuç ilişkisi gösterilememekle birlikte, suç ile madde kullanımı arasında bir ilişki olduğu” ifade edilmektedir (aktaran Evren, Ögel, Sır ve Tamar, 1999).Diğer yandan Risser çalışmasında, “madde kullanımının suça eğilimli davranışın bir parçası olduğu ancak suça neden olmadığı iddia” edilmiştir. Kuru’nun araştırmasında, sadece opioid bağımlılarıyla çalışılıp, “100 opioid kullanan kişiden %24’ünün yasal bir sorun yaşadığı” ifade edilmektedir. Demirbek’in araştırmasında, “uçucu madde bağımlısı 81 kişide, %61.7’sinin yasal bir sorunu olduğu” görülmüştür (aktaran Evren ve diğerleri,1999). Yapılan çalışmalarda, “alkol kullanımında da suç işleme oranı normal popülasyona göre yüksek” olduğu ortaya çıkmaktadır. Modestin ve arkadaşlarının çalışmasında, “alkol bağımlılarında suç işleme oranı %68 iken, alkol bağımlısı olmayanlarda bu oran %37” bulunmuştur (aktaran

Yılmaz,2007). Milgram'ın çalışmasında ise, “alkol kullanan ergenlerde suç, cinsel saldırı, agresyon oranı daha yüksek olduğu” sonucu bulunmuştur. Dudular'ın diğer madde kullananlar ile karşılaştırarak yaptığı çalışmada, “alkol dışı diğer psikoaktif madde kullananlarda suç oranının üç kat daha fazla olduğu” saptanmıştır (aktaran Evren ve diğerleri,1999). Bunun yanısıra madde bağımlılarının “%33.3'ü yasal olmayan gelirleri olduğunu” belirtmişlerdir. Bu bulgu, madde kullanımı ve suç arasında anlamlı bir ilişki varlığını göstermektedir. Evren ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptığı araştırmada, “ilk kez kaç yaşında yasal sorun yaşandığına bakıldığında, madde ile ilgili ilk kez yasal sorunun yaşandığı ortalama yaş 23,44±9.0” olarak bulunmuştur. Uçucu ve hap kullananların, “madde ile ilgili yasal sorun yaşadıkları yaş ortalamasının belirgin biçimde daha düşük olarak 14,8 ve 18,7” olduğu ortaya çıkmıştır.

Modestin ve arkadaşlarının çalışması, alkol kullanımında suç işleme oranının, normal popülasyona göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Alkol bağımlılarında, “suç işleme oranı %68 iken, alkol bağımlısı olmayanlarda bu oran %37” bulunmuştur (aktaran Yılmaz,2007).

Yapılan araştırmalarda, “uyuşturucu kullananların %65'inin yasalarla sorunu olduğu” gözlenmektedir. “Esrar (%71) ve eroin (%75,2) kullananlar arasında yasal sorunu olanların uçucu ve hap kullananlara göre daha fazla olduğu” ifade edilmektedir. Aynı araştırmada, “uyuşturucuya başlamadan önce yasal sorunlarla karşılaşma oranı %24 olarak” bulunmuş ve bu oran “hap kullananlarda en yüksek oran olarak (%31)” bulunmuştur (Evren ve diğerleri, 1999).

İntihar Girişimi:

İntihar girişiminde bulunan kişilerin ilk başvurduğu ve değerlendirildiği yerler, hastanelerin Acil Servisleri olmaktadır. Tamamlanmamış intihar girişimleriyle başvurmuş olmak, daha sonra ölümlle sonuçlanan intihar girişiminde bulunma olasılığını artıran bir faktördür. Bu nedenle intihar girişimi ile başvuran olguların “demografik özelliklerinin bilinmesi ve bu kişilere uygulanan tedaviler ve psikiyatrik destek” önemli olmaktadır. Tamamlanmış intiharlarda yapılan birçok çalışmada, “en sık

rastlanan tanılar sırasıyla duygudurum bozuklukları, alkol ve madde kullanımı”olarak ifade edilmektedir (Çıtak ve diğerleri, 2001 ; Berk ve diğerleri, 2010).

Evren ve arkadaşlarının Türkiye’de yaptıkları çok merkezli araştırmasında (t.y.), “madde kullanıcılarının dörtte birinde intihar girişimi, üçte ikisi kendisini yalnız ve mutsuz hissetmekte, yarısı yaşamı anlamsız ve sıkıcı bulmakta, sadece yarısı kendisini sevmekte” olduğu ortaya çıkmıştır. Kullanıcıların, üçte ikisi birgün madde kullanımını bırakacaklarını söylerken, bırakmayacaklarını bildirenlerin oranı %36 ” olarak bulunmuştur. Ayrıca, madde kullananlarda kullanıcı çevre önemli bir etkidir

Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kontrollü ve randomize bir deneysel çalışmadır. Alkol ve madde kullanım bozukluğu sonucu yaralanma nedeniyle acil servis birimine başvuran olgular, sosyodemografik veri formuyla kategorize edilip; dürtüsellik, mizaç özellikleri, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkan zorlanma düzeyleri belirlenerek, herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan kişilerle karşılaştırılıp ve bu özelliklerin farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 2014 yılında İzmir Alsancak N.S.İ. Devlet Hastanesi Acil Servis Biriminde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini , Alsancak N.S.İ. Devlet Hastanesi Acil Servis Birimi'ne başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan olgular oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi, acil servise alkol ve madde kullanımıyla oluşan komplikasyonların (travma, yaralanma) neden olduğu sorunlarla başvuran 100 kişi olguları oluşturmuştur. Olguların kayıtlarının alınmasını takiben telefonla iletişime geçilerek görüşme sağlanmıştır. Kontrollü ve randomize bir deneysel çalışma olarak tasarlanan çalışmada, Bilgilendirilmiş Onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden, okuma yazma bilen, 18-65 yaş arası olan olgu grubu sosyodemografik veri formuyla kategorize edilip; dürtüsellik, mizaç özellikleri, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkan zorlanma düzeyleri değerlendirilmek üzere çalışmaya alınmıştır. Kontrol grubu olarak , alkol ve madde kullanmayan ruhsal bozukluğu olmayan bireyler alınmıştır.

3.4. Bağımlı / Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişkenler:

Alkol ve madde kullanan bireyler ve kontrol grubunun dürtüsellik, mizaç özellikleri, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkan zorlanma düzeyleri bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız Değişkenler:

Araştırma kapsamındaki grupların yaş, cinsiyet, medeni durum , mezuniyet ve gelir durumu, meslek, madde kullanım varlığı ve süresi, daha önce tedavi varlığı ve türü, bedensel hastalık varlığı, ailede alkol ve madde

kullanım durumu , ailede ruhsal hastalık durumu, acil servise başvuru nedeni, yaralanmaya neden olan cisim , intihar girişimi varlığı ve nasıl gerçekleştiği, daha önce alkol ve madde kullanımı nedeniyle acil başvuru varlığı , nedeni, başvuru yaşı, tedavisi ve iş gücü kaybı raporu varlığı, alkol ve madde kullanım nedeniyle acil servise başvuru gerektirmeyen sorun varlığı, adli sorun varlığı , nedeni ve alkol madde kullanımına etkisi, alkol ve madde kullanımına bağlı iş, ev ve sosyal hayattaki sorun varlığı bağımsız değişkenlerdir.

3.5. Veri Toplama Yöntemleri

Kontrollü ve randomize bir deneysel çalışma olarak tasarlanan çalışmada, Bilgilendirilmiş Onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden, okuma yazma bilen, 18-65 yaş arası olan olgu grubu sosyodemografik veri formuyla kategorize edilip; dürtüsellik, mizaç özellikleri, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkan zorlanma düzeyleri değerlendirilmiştir. Değerlendirmede kişilere: “mizaç özellikleri için TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire), benlik saygısı düzeyleri için Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri, dürtüsellik düzeyleri için Barratt Dürtüsellik Ölçeği, psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkan zorlanma düzeylerinin belirlenmesi içinde SCL-90 R Tarama Testi” kullanılmıştır. Değerlendirilmesi yapılan olgularla, herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan kontrol grubu karşılaştırılmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri araçları beş bölümden oluşmaktadır.

Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1)

Bu formda kişinin; “adı soyadı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, ortalama aylık gelir düzeyi” ile ilgili sorularla başlanmaktadır. Sonrasında kişinin alkol ve madde kullanım yaşantısını sorgulayan alkol kullanma süresi, tedavi görmesi, ailesel aktarımı ve kişinin ve ailesinin ruh sağlığı ile ilişkili sorular yer almaktadır. Daha sonra konu itibarıyla acil servis birimine başvurusu hakkında; önceki başvurusu, başvuru yaşı, başvuru nedenleri, verilen tedavisi, iş gücü kaybı raporu verilmesi, acil servise başvurmasını gerektirmeyecek yaşadığı sorunları, alkol ve madde kullanımının sosyal hayatını nasıl etkilediği, adli sorum yaşaması, nedeni ve bu duruma alkol ve maddenin etkisi hakkında sorular bulunmaktadır. Son bölümde ise araştırmacının sorarak dolduracağı kullandığı madde/maddelerin varlıklarını gösteren tablo bulunmaktadır.

Mizaç Ölçeği (Temperament Evalution of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire - TEMPS-A) (Ek-2)

Özgün adı “Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire – (TEMPS-A)” olan mizaç ölçeği, “MPPS-MD baskın affektif mizacı (dominant affective temperament) değerlendirmek” için Akiskal tarafından geliştirilmiş ve “Türkçe formu geçerlik ve güvenirlik çalışmaları” Vahip ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır. Anket “depresif, hipertimik, sinirli, siklotimik ve endişeli mizaçları belirlemek için düzenlenmiş 100 maddeden” oluşmaktadır. Kişinin soruları tüm yaşamını düşünerek “evet” ya da “hayır” olarak cevaplandırması gerekmektedir. Bu ölçeğin doldurulması için “15-45 dakikalık bir zaman” gerekmektedir. Bir kişide, “baskın depresif (19 madde), siklotimik (19 madde), hipertimik (20 madde), sinirli (18 madde) ve endişeli (24 madde) mizaç özelliklerinin varlığını belirlemek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puan” olmak üzere kategorize edilmiştir. Türkçe formunun, “her bir mizaç özelliği için ayrı ayrı hesaplanan

test-yeniden test güvenirliği 0.73 ile 0.93 ve Cronbach-alpha katsayısı 0.77 ile 0.85” arasındadır (Evren, Hızlan, Ögel, Tamar (t.y.) ve Yılmaz, 2007).

Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği - RBSÖ) (Ek-3)

Morris Rosenberg, 1963 yılında geliştirilmiştir. Özellikle “adölesan yaş grubu için geliştirilmiş olan ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Çuhadaroglu tarafından” yapılmıştır. “Geçerlik katsayısı 0,71, güvenirlik katsayısı 0,75” olarak belirlenmiştir. Altmış üç maddeden oluşur. Ölçek; “benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme derecesi, psikik izolasyon, psikosomatik belirtiler, ana baba ilgisi olmak üzere 11 alt ölçekten” oluşmaktadır. Benlik saygısı alt ölçeğinde olumlu ve olumsuz anlam taşıyan 10 madde yer almaktadır. Bu alt ölçeğin değerlendirme sistemine göre, “ 0-1 puan yüksek, 2-4 puan orta, 5 ve üstü puan düşük benlik saygısı” olarak değerlendirilmektedir. Buna göre, “bireylerin aldığı puanların yüksek olması benlik saygılarının düşük olduğunu” göstermektedir (İskender, Özçürümez, Toker ve Tiryaki, 2011; Kesebir ve Kökçü 2010).

Dürtüsellik Ölçeği (Barratt İmpulsivite Ölçeği-11) (BİS-11) (Ek-4)

Dürtüsellik değerlendirme için kullanılır. Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır; “dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük)”. BIS-11 değerlendirilirken 4 farklı alt skor elde edilir; “toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik”. “Toplam BIS-11 skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir” şeklinde sonuca varılmaktadır. “BIS-11’in Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından 2008 yılında” yapılmıştır (Annagür ve Tamam 2011; Kesebir, Vahip, Akdeniz, Yüncü, 2005). Barratt Dürtüsellik Ölçeği, (Barratt

Impulsivity Scale 11 - BIS-11) “dürtüsellik yapısının değerlendirilmesinde hem normal hem de klinik örneklerde en sık kullanılan ölçeklerden birisidir”. BIS-11’den elde edilen bulgular,”ölçeğin sadece klinik parametrelerle değil aynı zamanda biyolojik parametrelerle de ilişkili olduğunu” göstermektedir.“Basitlik ve hızlı uygulanabilir olması nedeni ile depresyon, bipolar bozukluk, alkol ve madde kullanım bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi hasta gruplarıyla” yapılan çalışmalarda yaygın şekilde uygulanmıştır (Arifoğlu, Gülcem, Kuzu, Ocakçı ve Yıldız , 2009; Atmaca, Gürok, Kılıç, Kuloğlu ve Mermi, 2015).

Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) (Ek-5)

Özgün adı “Symptom Check List” olan SCL-90R “Derogatis ve arkadaşları” tarafından geliştirilen, “5 dereceli likert tipi yanıtlanan, 90 maddeden oluşan psikiyatrik belirtilerle kendini gösteren ,zorlanma düzeyini ölçen kendini değerlendirme türü” bir belirti tarama ölçeğidir. Belirti Tarama Listesi, “kendini değerlendirme türü bir psikiyatrik belirti” tarama aracıdır. Her maddeye verilen yanıtlara “0 ile 4 puan arası” verilir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması “Dağ” tarafından yapılmıştır (Güleç, Güleç, Karakufl, Tamam, Turhan ve Zengin, 2008; Güleç, Karataş ve Tamam, 2013). “Test tekrar test güvenirliği $r = 0,9$, Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,97, alt ölçeklerin test tekrar test güvenirliği 0,65- 0,87” arasındadır. “BDÖ ile 0,78 korelasyon gösterdiği” saptanmıştır. “Güvenirliği 0,65- 0,87” arasındadır. “BDÖ ile 0,78 korelasyon gösterdiği” bulunmuştur. “Genel semptom indeksi (GSİ) ile Minnesota çok yönlü kişilik envanteri (MMPI) alt ölçekleri arasında korelasyonların 0,1–0,77 arasında değiştiği” belirlenmiştir. “Somatizasyon, obsesif-kompulsif özellikler, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke ve düşmanlık (hostilite), fobik anksiyete, paranoid düşünce,psikotizm ve ek skala olmak üzere o ayrı belirti boyutunda değerlendirme” yapmak üzere yapılandırılmıştır.”Genel semptom indeksi (GSİ) ise, genel olarak iyilik düzeyini ve işlevselliğini” gösterir. Tüm alt ölçeklerin toplamlarının “90’a bölünmesiyle” elde edilir.

a) Somatizasyon alt ölçeği (S): “Kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem, solunum sistemi yakınmaları ile baş ağrısı, yaygın kas ve vücut ağrıları gibi bedensel yakınmaları değerlendiren” alt ölçektir. 12 sorudan oluşur. “Ortalama puan/soru sayısı < 1 ise, somatizasyon alt ölçeği normal sınırlar içindedir.”

b) Anksiyete alt ölçeği (A): Bu ölçek “huzursuzluk, gerginlik, somatik şikâyetler yaygınanksiyete bozukluğu, panik atakları ve disosiyasyon yaşantılarını” da içerir. “Alınan puan / soru sayısı < 1 ise normal sınırlar içinde olduğunu gösterir. Bu alt ölçek 10 sorudan oluşur.”

c) Obsesif kompulsif özellikler alt ölçeği (OK): Bu ölçek, “ısrarlı, ego-distonik, istenmeyen düşünce, dürtü ya da eylemi” içerir. “OK alt ölçeği 10 sorudan oluşur. Grup ortalamasının 10’a bölümüyle çıkan sayı 1’in altındaysa, normal sınırlar içinde olduğu söylenir.”

d) Depresyon alt ölçeği (D): “Klinik depresyon özelliklerini içerir. “Disforik duygulanım, ilgi istek kaybı, motivasyon yokluğu, güçsüzlük hissi, enerji kaybı, ümitsizlik ve depresyonun diğer bilişsel ve somatik belirtileri “görülür. Ölüm ve özkıyım düşünceleri eşlik edebilir, depresyon alt ölçeği 13 sorudan oluşur. Ortalama puan / soru sayısı < 1 ise normal sınırlar içindedir.”

e) Kişiler arası duyarlılık (KD): “Kişiler arası duyarlılık puanı yüksek olan kişiler; kişisel yetersizlik duyguları hisseden, diğer insanların yanında kendini aşağı gören, insanlarla ilişkilerinde rahatsız olan, insanlarla iletişim sırasında olumsuz beklentileri olan kişilerdir. Bu alt ölçeğin değerlendirilmesinde dikkate alınan soru sayısı 9’dur. Alınan puan / soru sayısı < 1 olursa normal sınırlar içinde olduğu söylenebilir.”

f) Hostilite (H): “Düşmanlık düşünceleri, duyguları ve eylemlerini, hoş olmayan duygulardan bir şeyler kırıp dökmeye kadar kontrol edilemeyen öfke patlamalarını içerir. 6 sorudan oluşur. Ortalama puan/ soru sayısı < 1 olması hostilite alt ölçeğinin normal sınırlar içinde olduğunu gösterir.”

g) Psikotizm (P): “İşitme ve görme varsanıları, düşünce yayılması, düşüncelerin dışarıdan kontrol edilmesi düşünceleri gibi pozitif belirtiler ile şizoid yaşam tarzını içerir. 10 sorudan oluşur.”

h) Fobik anksiyete (FA): “Yolculuk, evden dışarı çıkma, açık alan korkusu, kalabalıktan korku gibi korkuları içerir. 7 sorudan oluşur.”

i) Paranoid düşünceler (PD): “Kuşkular, sanrılar ve büyüklük düşünceleri paranoid düşüncelerin en önemli belirtileridir. 6 sorudan oluşur.”

j) Ek skala: “Yeme, içme, uyku gibi soruları değerlendiren alt ölçektir. Değerlendirilmesinde 7 soru dikkate alınır” (Akdeniz ve diğerleri,2005).

3.7. Verilerin Analizi

Anket ile elde edilen veriler, “SPSS 16.0 paket programı kullanılarak” analiz edilmiştir. İstatistikler, $\alpha=0.05$ önem seviyesinde gerçekleştirilecektir ($p<0.05$ istatistiksel anlamlılık). Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmelerinde değişkenlerin özelliğine göre, “Tanımlayıcı Analizler, Sayı ve Yüzde Dağılımları, Puan Ortalaması, Bağımsız Gruplarda İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (T Testi)” uygulanmıştır.

Bulgular

4.1. Olgu ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan alkol ve madde kullanmış olarak acil servise başvuran hasta grubu ile alkol ve madde kullanmayan kontrol grubunun tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Grupların Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Kontrol Grubu n=100			
	N	%	n	%
Kadın	73	73	41	41
Erkek	27	27	59	59

Tablo 1’de olgu ve kontrol gruplarının cinsiyet dağılımı incelendiğinde; araştırma kapsamına 100 kişi kontrol grubu ve 100 kişi hasta grubu olmak üzere 200 kişi alınmıştır. Kontrol grubunun %73’ünü kadınlar, 27’sini erkekler oluşturmaktadır. Olgu grubunun 41’ini kadınlar, %59’unu erkekler oluşturmaktadır.

Tablo 2. Grupların Yaş Dağılımı

Yaş	N	Minimum	Maximum	Ortalama
Kontrol Grubu	100	18	67	35,95
Olgu Grubu	100	22	73	43,22

Tablo 2’de kontrol grubu katılımcıları incelendiğinde; minimum yaş 18, maksimum yaş 67’dir. Katılımcıların yaş ortalaması 35,95’tir. Olgu grubu katılımcıları incelendiğinde; minimum yaş 22, maksimum yaş 73’tür. Katılımcıların yaş ortalamaları 43,22’dir.

Tablo 3. Grupların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

Medeni Durum	Kontrol Grubu n=100		Olgu Grubu n=100	
	n	%	n	%
Evli	50	50	59	59
Bekar	37	37	29	29
Boşanmış	9	9	10	10
Ayrı yaşıyor	3	3	2	2
Dul	1	1	0	0

Tablo 3’de olgu ve kontrol gruplarının medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; kontrol grubunun %50’si evli, %37 ‘si bekar, %9 ‘u boşanmış, %3 ‘ü ayrı yaşıyor ve %1’i dul olarak bulunmuştur. Olgu grubunun %59’u evli, %29’ u bekar, %10’u boşanmış, %2’si ayrı yaşıyor ve dul olarak yaşayanında olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4. Grupların Mezuniyet Durumlarına Göre Dağılımları

Mezuniyet Durumu	Kontrol Grubu n=100		Olgu Grubu n=100	
	n	%	n	%
İlkokul	5	5	14	14
Ortaokul	6	6	15	15
Lise	28	28	37	37
Yükseköğretim	61	61	34	34

Tablo 4’de olgu ve kontrol gruplarının mezuniyet durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; kontrol grubunun %5’i ilköğretim, %6’sı

ortaokul,%28'i lise, %61'i yüksekokul mezunudur. Olgu grubunun %14'ü ilkokul, %15'i ortaokul, %37'si lise, %34'ü yüksekokul mezunudur.

Tablo 5. Grupların Meslek Durumlarına Göre Dağılımları

Meslek Durumu	Kontrol Grubu n=100		Olgu Grubu n=100	
	n	%	N	%
Çalış mıyor	33	33	6	6
Serbest	12	12	9	9
Memur	30	30	41	41
İşçi	22	22	34	34
Diğer	3	3	10	10

Tablo 5’de olgu ve kontrol gruplarının meslek durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; kontrol grubunun %33’ü çalışmıyor, %12’si serbest, %30’u memur, %22’si işçi, %3’ü diğer olarak ifade etmiştir. Olgu grubunun %6’sı çalışmıyor, %9’u serbest, %41’i memur, %34’ü işçi, %10’u diğer olarak ifade etmiştir.

Tablo 6. Grupların Gelir Durumlarına Göre Dağılımları

Gelir Durumu	Kontrol Grubu n=100		Olgu Grubu n=100	
	n	%	N	%
0-499	28	28	4	4
500-999	22	22	16	16
1000 ve üstü	50	50	80	80

Tablo 6’de olgu ve kontrol gruplarının gelir durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; kontrol grubunun %28’i 0-499 TL , %22’si 500-999 TL ,

%50'si 1000TL ve üstü kazanmaktadır. Olgu grubunun %4'ü 0-499 TL, %16'sı 500-999 TL, % 80 'i 1000TL ve üstü kazanmaktadır.

Kontrol grubunun %100 'ü alkol ve madde kullanmamaktadır. Olgu grubunun %100'ü alkol ve madde kullanmaktadır.

Tablo 7. Alkol ve Madde Kullananların Kullanım Sürelerine Göre Dağılımları

Madde Kullanım Süresi	N	Minimum	Maximum	Ort .
	100	2	40	15,03

Tablo 7’de olgu grubunun alkol ve madde kullanım sürelerinin dağılımları incelendiğinde; hasta grubu olarak çalışılan 100 kişide kullanım minimum 2 yıl, maksimum 40 yıl bulunmaktadır. Ortalamaları ise 15,03 bulunmuştur. Olgu grubunun %100’ü alkol kullanmaktadır. Kontrol grubu alkol kullanmayanlardan seçilmiştir. Ancak olgu ve kontrol grubunda sigara kullanımı incelendiğinde; 200 kişinin %37,5’i sigara kullanmaktadır, %62,5’i kullanmamaktadır (Tablo 8).

Tablo 8. Grupların Sigara Kullanımına Göre Dağılımları

Sigara Kullanımı	N	%
Var	75	37,5
Yok	125	62,5
Toplam	200	100

Tablo 9. Grupların Alkol ve Madde Kullanım Tedavisine Göre Dağılımları

Tedavi Girişimi	N	%
Evet	25	12,5
Hayır	175	87,5
Toplam	200	100

Tablo 9’da olgu ve kontrol grubunun alkol ve madde kullanım tedavisi girişimlerinin dağılımları incelendiğinde; grupların %12,5’i daha önce tedavi girişiminde bulunmuştur, %87,5’i de tedavi girişiminde bulunmamıştır.

Tablo 10. Olgu Grubunun Genel Evren Bilgilerine Göre Dağılımları

		N	%
Bedensel Hastalık	Var	3	3
	Yok	97	97
Aile ile İlişkili Sorunlar	Var	22	22
	Yok	78	78
AMK Birinci Derece Akraba	Var	41	41
	Yok	59	59
AMK İkinci Derece Akraba	Var	33	33
	Yok	67	67
AMK Arkadaş Çevresi	Var	62	62
	Yok	38	38
Ailede Ruhsal Hastalık Birinci Derece	Var	11	11
	Yok	89	89
İkinci Derece	Var	8	8
	Yok	92	92

Sosyo-demografik verilerde alkol ve madde kullanan olgu grubunun genel evrenini tanımlamak için elde edilen diğer bilgiler de şöyledir: Tablo 10’da olgu grubu incelendiğinde; bedensel hastalık durumu % 3’ünde bulunmaktadır ve %97 ‘sinde bulunmamaktadır, aile ile ilişkili sorunlar %22 ‘sinde vardır ve %78 ‘inde yoktur, alkol ve madde kullanım bozukluğu birinci derece akrabalarının %41’inde vardır ve %59’unda yoktur, ikinci derece akrabalarında ise %33’ünde vardır ve %67’sinde yoktur, alkol ve madde kullanım bozukluğu arkadaş çevresinde %62’sinde vardır ve %38’ inde yoktur, ailede ruhsal hastalık durumunda birinci derece akrabalar da %

11'inde bulunmaktadır ve %89'unda bulunmamaktadır, ikinci derece akrabalar da ise %8'inde bulunmaktadır ve %92'sinde ruhsal hastalık bulunmamaktadır.

Tablo 11. Olgu Grubunun Acil Servise Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımları

Acil Servise Başvuru Nedenleri	N	%
Trafik kazası	4	4
Kavga sonucu yaralanma	14	14
Kendi kendini yaralama	1	1
Özkıyım	1	1
Alkol ya da maddeye bağlı tıbbi durumlar	80	80

Tablo 11'de olgu grubunun acil servise başvuru nedenlerinin dağılımları incelendiğinde; %4'ü trafik kazası nedeniyle, %14'ü kavga sonucu yaralanma nedeniyle, %1'i kendi kendini yaralama nedeniyle, %1'i özkıyım nedeniyle, %80 'i alkol ya da maddeye bağlı tıbbi durumlar nedeniyle başvurmuştur.

Tablo 12. Olgu Grubunun Yaralanma Nedenleri Göre Dağılımları

Yaralanma Nedenleri	N	%
Bıçak ya da kesici alet	2	2
Yumruk v.b.gibi kavga sırasında olan travma	16	16
Ateşli silah	2	2
Cevapsız	80	80

Tablo 12'de olgu grubunun acil servise başvurularında yaralanma nedenlerinin dağılımları incelendiğinde; %2'si bıçak ya da kesici alet nedeniyle, %16'sı yumruk v.b. gibi kavga sırasında olan travma nedeniyle, %2'si ateşli silah nedeniyle başvurmuştur ve %80'i soruya cevap vermemiştir.

Tablo 13. Olgu Grubunun İntihar Girişimine Göre Dağılımları

İntihar Girişimi	N	%
Evet	8	8
Hayır	92	92
Total	100	100

Tablo 13’de olgu grubunun acil servise başvurularında intihar girişimine göre dağılımları incelendiğinde; %8’i intihar girişiminde bulunmuştur ve %92’si girişimde bulunmamıştır.

Tablo 14. Olgu Grubunda İntiharın Yapılış Şekline Göre Dağılımları

İntiharın Yapılış Şekli	N	%
İlaç v.b.	5	5
Yüksekten düşme	2	2
Diğer	1	1
Cevapsız	92	92

Tablo 14’de olgu grubunun acil servise başvurularında intihar yapılış şekillerine göre dağılımları incelendiğinde; %5’i ilaç v.b. kullanarak,%2’si yüksekten düşme ile, %1’i diğer nedenlerle girişimde bulunmuştur ve %92’si cevap vermemiştir.

Tablo 15. Daha Önce Acil Servise Başvuru Yapan Hastaların Dağılımları

Daha Önce Acil Başvuru Durumu	N	%
Evet	26	26
Hayır	74	74
Total	100	100

Tablo 15’de olgu grubunda daha önce acil servise başvuru yapan hastaların dağılımları incelendiğinde; %26’sı başvuru yapmıştır ve %74’ü başvuru yapmamış olduğu bulunmuştur.

Tablo 16. Daha Önce Acil Servis Başvuru Sebeplerine Göre Dağılımları

Acile Başvuru Sebepleri	N	%
Yaralanma	9	9
Trafik kazası	3	3
Kendi Kendine Yaralanma	1	1
Diğer	13	13
Cevapsız	74	74

Tablo 16’da olgu grubunda daha önce Acil Servis başvuru sebeplerinin dağılımları incelendiğinde; %9’u yaralanma nedeniyle, %3’ü trafik kazası nedeniyle ,%1’i kendi kendine yaralanma nedeniyle, % 13’ü diğer nedenlerle, %74’ü soruya cevap vermemiştir.

Tablo 17. Uygulanan Tedavi Durumlarına Göre Dağılımları

Uygulanan Tedavi	N	%
Tıbbi gözlem	16	16
Cerrahi olmaksızın tıbbi destek (serum takılması, damar yolu açılması,oksijen verilmesi v.b.)	8	8
Küçük cerrahi girişim(yara pansumanı,cilt dikişi)	3	3
Cevapsız	73	73

Tablo 17’de Acil Servise başvuru yapan olgu grubuna uygulanan tedavi durumlarına göre dağılımları incelendiğinde;%16’sı tıbbi gözlem, %8’i cerrahi olmaksızın tıbbi destek (serum takılması, damar yolu açılması,oksijen verilmesi v.b.), %3’ü küçük cerrahi girişim (yara pansumanı,cilt dikişi), %73’ü soruya cevap vermemiştir.

4.2. Mizaç Ölçeği (TEMPS-A) ‘ne İlişkin Bulgular

Bu bölümde, alkol ve madde kullanmış olarak acil servise başvuran hasta grubu ile alkol ve madde kullanmayan kontrol grubunun TEMPS-A ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 18. Mizaç Ölçeği Açısından Olgu ve Kontrol Grubu Karşılaştırılma Dağılımları

TEMPS-A		N	Aritmetik Ortalama+SS	T	P
Depresif mizaç	Olgu	100	30,77 ± 3,51	-2,591	0,10
	Kontrol	100	29,49 ±3,47		
Anksiyöz mizaç	Olgu	100	44,89±5,14	-1,635	0,104
	Kontrol	100	43,65±5,57		
Siklotimik mizaç	Olgu	100	31,02±4,66	-1,016	0,311
	Kontrol	100	30,33±4,93		
İrritable mizaç	Olgu	100	31,83±3,06	-1,356	0,177
	Kontrol	100	32,57±4,51		
Hipertimik mizaç	Olgu	100	29,11±4,92	-1,573	0,117
	Kontrol	100	30,31±5,82		

Olgu ve kontrol grubunun Mizaç ölçeğinden (TEMPS-A) aldıkları puan ortalamaları bağımsız örneklemeler için t-testi ile karşılaştırılmış ve test sonuçları Tablo 18’de gösterilmiştir. “Depresif mizaç, anksiyöz mizaç, siklotimik mizaç, irritable mizaç ve hipertimik mizaç” açısından olgu ve kontrol grubunun puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>.05$).

4.3. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) 'ne İlişkin Bulgular

Bu bölümde, alkol ve madde kullanmış olarak acil servise başvuran hasta grubu ile alkol ve madde kullanmayan kontrol grubunun SCL-90-R ölçeğinden aldıkları puanlar ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 19. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) Açısından Olgu ve Kontrol Grubu Karşılaştırılma Dağılımları

SCL-90R		N	Aritmetik Ortalama+ SS	T	P
Somatizasyon	Olgu	100	,748 ± ,569	,591	,555
	Kontrol	100	,796 ± ,587		
Anksiyete	Olgu	100	,608 ± ,560	,503	,616
	Kontrol	100	,648 ± ,564		
Obsesyon	Olgu	100	,991 ± ,634	-,805	,422
	Kontrol	100	,916 ± ,673		
Depresyon	Olgu	100	,720 ± ,542	1,291	,198
	Kontrol	100	,829 ± ,649		
Kişilerarası Duyarlılık	Olgu	100	,738 ± ,598	,802	,423
	Kontrol	100	,808 ± ,634		
Psikotik	Olgu	100	,447 ± ,508	,508	,612
	Kontrol	100	,483 ± ,507		
Paranoid	Olgu	100	,797 ± ,603	-1,411	,160
	Kontrol	100	,678 ± ,595		
Öfke	Olgu	100	,669 ± ,774	1,102	,272
	Kontrol	100	,822 ± 1,145		

Tablo 19. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) Açısından Olgu ve Kontrol Grubu Karşılaştırılma Dağılımları

Fobik	Olgu	100	,353 ± ,396	2,018	0,45
	Kontrol	100	,482 ± ,503		
Ek	Olgu	100	,922 ± ,727	-2,086	0,38
	Kontrol	100	,716 ± ,669		
Toplam	Olgu	100	,668 ± ,444	1,278	,203
	Kontrol	100	,767 ± ,636		

Olgu ve kontrol grubunun Ruhsal Belirti Tarama Listesinden (SCL-90R) aldıkları puan ortalamaları bağımsız örneklem için t-testi ile karşılaştırılmış ve test sonuçları Tablo 19’da sunulmuştur. Somatizasyon, anksiyete, obsesyon, depresyon, kişilerarası duyarlılık, psikotik, paranoid, öfke, fobi, ek ve toplam puan açısından olgu ve kontrol grubunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>.05$).

4.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ‘ne İlişkin Bulgular

Bu bölümde, alkol ve madde kullanmış olarak acil servise başvuran hasta grubu ile alkol ve madde kullanmayan kontrol grubunun Rosenberg Benlik Saygısı ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 20. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Açısından Olgu ve Kontrol Grubu Karşılaştırılma Dağılımları

ROSENBERG		N	Aritmetik Ortalama+ SS	T	P
Benlik Saygısı	Olgu	100	1,01 ± ,851	-1,60	,291
	Kontrol	100	,892 ± ,709		

Tablo 20. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Açısından Olgu ve Kontrol Grubu Karşılaştırılma Dağılımları

Kendilik Kavramının Sürekliliği	Olgu	100	2,66 ±1,224	,429	,668
	Kontrol	100	2,74 ±1,404		
İnsanlara Güven Duyma	Olgu	100	1,71 ± ,868	,960	,338
	Kontrol	100	1,83 ±,899		
Eleştiriye Duyarlılık	Olgu	100	1,73 ±1,081	,950	,343
	Kontrol	100	1,87 ±1,001		
Depresif Duygulanım	Olgu	100	1,47 ±1,298	1,612	,109
	Kontrol	100	1,78±1,41		
Hayalperestlik	Olgu	100	,74 ±,101	1,030	,304
	Kontrol	100	,91 ±1,30		
Psikosomatik Belirtiler	Olgu	100	2,81 ± 2,48	1,084	,280
	Kontrol	100	3,21 ± 2,72		
Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme	Olgu	100	1,09 ± 1,11	,191	,849
	Kontrol	100	1,12 ± 1,11		
Tartışmalara Katılabilme Derecesi	Olgu	100	,91 ± ,90	-,814	,417
	Kontrol	100	,81 ± ,837		
Ana-baba İlgisi	Olgu	100	1,58 ± 1,63	-,654	,514
	Kontrol	100	1,43 ± 1,609		
Babayla İlişki	Olgu	100	1,25 ± 1,40	-1,004	,316
	Kontrol	100	1,06± 1,26		
Psşik İzolasyon	Olgu	100	,45 ±,557	,380	,704

Olgu ve kontrol grubunun Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları bağımsız örneklemeler için t-testi ile karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 20’de sunulmuştur. “Benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme derecesi, ana baba ilgisi, babayla ilişki, psikik izolasyon” açısından olgu ve kontrol grubunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>.05$).

4.5. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BİS-11) ‘ne İlişkin Bulgular

Bu bölümde, alkol ve madde kullanmış olarak acil servise başvuran hasta grubu ile alkol ve madde kullanmayan kontrol grubunun Barrat Dürtüsellik Ölçeği’nden aldıkları puanlara ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 21. Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BİS-11) Açısından Olgu ve Kontrol Grubu Karşılaştırılma Dağılımları

Barratt İmpulsivite (BİS- 11)		N	Aritmetik Ortalama+ SS	T	P
Barrat Toplam	Olgu	100	62,7 ± 9,71	-2,947	,004
	Kontrol	100	58,77 ± 9,13		

Olgu ve kontrol grubunun Dürtüsellik Ölçeğinden (Barratt İmpulsivite BİS-11) aldıkları puan ortalamaları bağımsız örneklemeler için t-testi ile karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo21’de gösterilmiştir. Barrat toplam puanı açısından olgu ve kontrol grubunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.05$)

Tartışma

Bu araştırmada , alkol ve madde kullanım bozukluğu sonucu yaralanma nedeniyle acil servis birimine başvuran olgular sosyodemografik veri formuyla kategorize edilmiş ve dürtüsellik, mizaç özellikleri, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkan zorlanma düzeyleri belirlenerek, herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan kişilerle karşılaştırılmış ve bu özelliklerin iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda elde edilen bulgular, konu ile ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Literatürde, araştırmamıza benzer nitelikte kontrollü bir çalışmaya rastlanmamıştır.

5.1. Olgu ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu bölümde araştırmaya katılan olgu ve kontrol grubunun cinsiyet, yaş, medeni durum, mezuniyet, meslek , gelir durumu, sigara kullanımı, alkol ve madde kullanım tedavisi, olgu grubunun ; genel evren bilgileri, alkol ve madde kullananların kullanım süreleri, acil servise başvuru nedenleri, yaralanma nedenleri, intihar girişimleri, intihar yapılış şekli, daha önce acil başvurusu olup olmadığı ve varsa nedenleri, uygulanan tedavi durumları ile ilgili bazı tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular incelenmektedir.

Kontrol grubunun %73'ünü kadınlar, %27'sini erkekler oluşturmaktadır. Olgu grubunun %41'ini kadınlar, %59'unu erkekler oluşturmaktadır (Tablo1). Yancar'ın (2005) yaptığı çalışmada da araştırmaya katılan erkeklerin oranıda (%89), kadınların oranından (%11) fazladır (37).Ögel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 369 madde kullanıcısının 331'ini erkekler, 38'ini kadınlar oluşturmaktaydı (aktaran Kalyoncu ve Mırsal,2002). Kılıçaslan ve arkadaşlarının çalışmasında da cinsiyete göre başvuru oranları incelendiğinde; acil servise genel nedenlerle başvuran hastaların 14179'unun (%47.2) erkek ,15837'sinin (%52,6) kadın olduğu bulunmuştur (Çakmak, Çetin, Dalbudak, Durkaya, Evren, Flannery B.

2009). Mersin’de ergenlerde yapılan çalışmanın sonuçlarında alkol kullanımının erkeklerde daha sık olduğu bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinde alkol kullanımı ile cinsiyet ilişkisine bakıldığında; Selçuk Üniversitesi’nde yapılan çalışmada erkek öğrencilerin alkol kullanım yaygınlığı kız öğrencilerinden yüksek bulunmuştur. Dokuz Eylül Tıp Fakültesi’nde yapılan çalışmada alkol kullanımı erkeklerde %49.3 ve kadınlarda %45.7 olarak bulunmuş, istatistiksel olarak kadınların lehine anlamlı fark saptanmıştır. Bunların yanı sıra Ege Üniversitesi Fen Fakültesi’nde yapılan çalışmada kız öğrencilerin %72’sinin erkek öğrencilerin ise %81’inin alkol kullandığı saptanmış ve kız ve erkek öğrencilerin alkol kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Akdeniz ve diğerleri,2005). Sayal ve arkadaşlarının çalışmasında da, değerlendirilen Acil Servis başvurularında 2895 kişinin 2820’i erkek (% 97.4) ve 75’i (% 2.6) kadın bulunmuştur. Alkollü olanlar 1462 kişi ve bu sayının 1426’sı erkek, 36’sı kadın bulunmuştur (Seçer,2005).

Araştırma sonuçlarına bakıldığında çalışmaya alınan olgu gruplarının çoğunluğunun erkek olduğu görülmekte ve bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Erkeklerin kadınlara göre daha fazla madde kullandıkları görülmektedir. Bu durumun ülkemizde, “kadının sosyal statüsü” ile ilgili olduğu düşünülebilir. “Madde kullanımı ve bununla ilgili olarak ortaya çıkan suçlar diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de çoğunlukla erkekler tarafından işlenmekte olduğu araştırmalarla belirlenmiştir (Çilli ve Kaya,2002).

Kontrol grubunun yaş dağılımları incelendiğinde; kontrol grubu minimum yaş 18, maksimum yaş 67’dir. Katılımcıların yaş ortalaması 35,95’tir. Olgu grubu katılımcıları incelendiğinde; minimum yaş 22, maksimum yaş 73’tür. Katılımcıların yaş ortalamaları 43,22’dir (Tablo 2). Kılıçaslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hastaların yaş ortalaması 40.76 ± 19.25 , medyanı 39 ve %47.2 ’si erkekti (Çakmak ve diğerleri,2009). Kıran ve arkadaşlarının çalışmasında ise alkollü olarak Acil Servise başvuran 80 olgunun tümü erkek ve yaş ortalaması 33.6 ± 6.6 bulunmuştur (Dag,1991). Kesen ve arkadaşlarının çalışmasında, alkollü sürücülerin yaş ortalamasının 36,610 ve tamamının erkek olduğu görülmüştür (Bozan,

Göksu, Kılıçaslan ve Oktay, 2005). Alkol ve madde kullanımıyla Acil Servise başvuran olguların yaş ve cinsiyet ile ilgili bulguları yapılan diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında benzer özellik göstermektedir.

Kontrol grubunun medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %50'si evli, %37'si bekar, %9'u boşanmış, %3'ü ayrı yaşıyor ve %1'i dul olarak bulunmuştur. Olgu grubunun %59'u evli, %29' u bekar, %10'u boşanmış, %2'si ayrı yaşıyor ve % 0'ı dul olarak bulunmuştur (Tablo3). Yiğit ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların “29'unun evli (%32), 49'unun bekar (%55), 5'inin ise boşanmış veya dul (%6)” olduğu tesbit edilmiştir (Acil Servise gelen 90 kişilik örneklemin 18 kişisi alkol kullanarak başvuru yapmıştır.)(Temel,2009). Kıran ve arkadaşlarının çalışmasında alkollü grubun “% 66'sında medeni durum bilgisi kaydı bulunmazken, kaydı olanların %33.8'i evli” bulunmuştur (aktaran Dag,1991). Doğanavşargil ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların “%69.6'sı bekâr, %25.5'i evli, %0.9'u dul, %3.1'i” boşanmıştır. Hastaların “%0.6'sının” medeni durumuna ilişkin bilgilere ulaşamadığı görülmüştür (aktaran Atik, Ayoğlu, Kıran, Konuk, Saltık ve Şahin, 2006). Bu çalışma sonucu elde edilen bulgular literatürdeki diğer araştırma sonuçlarıyla benzer özellik göstermemektedir. Alkol ve madde kullananlarda, “bekar olmak çoğu psiko-sosyal sorun için risk teşkil ederken burada tersi bir durum ortaya çıkmaktadır. Yalnız yaşama ve boşanma, toplumsal kabul sınırlarının dışında kalan iki tercihtir. Dolayısıyla devam eden evlilikleri sorunsuz kabul etmek ve riskin azaldığını düşünmek de gerçekte bağdaşmamakta” olduğu kabul görmektedir.

5.2. Olgu ve Kontrol Grubunun Mizaç Ölçeği (TEMPS-A) Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Olgu ve kontrol grubunun Mizaç ölçeğinden (TEMPS-A) aldıkları puan ortalamaları bağımsız örneklem için t-testi ile karşılaştırılmış ve “depresif mizaç, anksiyöz mizaç, siklotimik mizaç, irritable mizaç ve hipertimik mizaç” açısından olgu ve kontrol grubunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur. Tunç ve

arkadaşlarının çalışmasında hastaların TEMPS-A puanları karşılaştırıldığında hasta grubunun depresif, siklotimik, irritabl mizaç puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Gündüz, Kesen, Topbaş ve Yandı, 2004). Mermi ve arkadaşlarının çalışmasında, “hasta grubunda depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.” Ayrıca hastalarının baskın olarak bir veya birden fazla mizaç özelliği bulunduğu saptanmıştır (Coşkunol, Doğanavşargil, Sertöz ve Şen, 2004). Işık ‘ın alkol bağımlılarının TEMPS-A ölçeğiyle değerlendirmesi üzerine yaptığı çalışmasında dominant affektif mizaç tespit edilmiştir. Grupta affektif dominant mizaç olarak en sık irritabl mizaç gözlemlendiği, siklotimik ve anksiyöz mizaçlarında yüksek oranda bulunduğu belirtilmiştir (Turan ve Aşkın, 1999; Işık, 2012). Araştırmalarda, alkol ve madde kullanan bireylerde affektif mizaç baskın olmasına karşın, çalışmamızda hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunamayıp çalışmalarla benzerlik göstermemektedir. Çalışmamızda olgu grubuyla çalışmamız acil servise başvuru yapıldıktan sonraki zamanda iletişime geçildiği için, madde etkisinde olmadan verilen cevaplar ile sonuca gidilmiştir. Dolayısıyla bu sınırlılık, çalışmamızın diğer çalışmalarla benzer özellik göstermesini etkilemiştir.

5.3. Olgu ve Kontrol Grubunun Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90R) Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Olgu ve kontrol grubunun Ruhsal Belirti Tarama Listesinden (SCL-90R) aldıkları puan ortalamaları bağımsız örneklemeler için t-testi ile karşılaştırılmış, iki grubun alt ölçek ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (Tablo 19). Öner ve arkadaşlarının çalışmasında SCL psikotizm ve fobik anksiyete alt ölçekleri dışında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (İrde, Kadioğlu ve Sarıhan, 2012). Annagür ‘ün çalışmasında, “SCL-GSI, SCL-PSI genel ölçekleri ve anksiyete, psikotizm ve hostilete” alt ölçek puanlarının, DKB (Dürtü Kontrol Bozukluğu) (+) grubunda, DKB (-)

grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Akdeniz ve diğerleri, 2005). Turan ve arkadaşının çalışmasında hasta grubu puanı kontrol grubu puanından daha yüksektir. Alkol kullanım düzeyi ile ruhsal belirti dağılımı arasındaki ilişki anlamlıdır. Ülkemizde alkol bağımlılığına bağlı depresif belirtilerin oranının %46 olduğu ve alkol bağımlısı olan kişilerde SCL-90-R depresyon alt ölçek puanının kontrol grubundan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Akdemir, Çetin, Kara, Ünal ve Zeki, 2013). Alkol bağımlılarının kişilerarası ilişkilerde duyarlılıklarının arttığı bilinmektedir. Turan ve arkadaşının çalışmasında da alkol bağımlılarında SCL-90-R testi ile kişilerarası duyarlılığın arttığı bulunmuştur. Çalışmamızda ise gruplar arasında puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Diğer çalışmalar gibi gruplar ayrı olarak değerlendirilmemiştir. Gruplar arası açısından bir değerlendirme yapılmış olup anlamlı farklılık aranmıştır.

5.4. Olgu ve Kontrol Grubunun Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Olgu ve kontrol grubunun Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları bağımsız örneklem için t-testi ile karşılaştırılmıştır. “Benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme derecesi, ana baba ilgisi, babayla ilişki, psişik izolasyon” açısından olgu ve kontrol grubunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Toker ve arkadaşlarının çalışmasında hasta grubunda Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (İskender, Özçürümez, Toker ve Tiryaki, 2011). Akdemir ve arkadaşlarının çalışmasında hasta ve kontrol grubu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığı yüksek bulunmuştur ancak cinsiyet ve her iki gruptaki majör depresyon, davranış bozukluğu ve özkıym girişimi oranları nedeniyle farkın anlamlılığı

kaybolmuştur (Rosenberg, 2015). Erözkan çalışmasında benlik saygısını, sosyal kaygının kaygı duyarlılığı ve kişisel duyarlılık açısından incelemiştir. Sonuç olarak benlik saygısının özgün katkısının anlamlı olduğunu belirtmektedir (Erözkan, 2011). “Benlik saygısı düşük olan bireylerin sosyal ilişkilerinde daha çok sorunla karşılaştıkları buna ilişkin daha fazla tehdit aldıkları ve böylece eleştiriye daha duyarlı oldukları” belirtilmektedir (Bahalı, Çakmak, Eroğlu, Karakuş, Nebioğlu, Öztürk, Tamam ve Turhan, 2011). Çalışmamız, çalışmalarla benzer özellik göstermemektedir.

5.5. Olgu ve Kontrol Grubunun Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11) Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Olgu ve kontrol grubunun Dürtüsellik Ölçeğinden (Barratt İmpulsivite BIS–11) aldıkları puan ortalamaları bağımsız örneklemeler için t-testi ile karşılaştırılmıştır. Barrat toplam puanı açısından olgu ve kontrol grubunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Annagür ‘ün çalışmasında, “Barratt Dürtüsellik Ölçeğinde BIS-Total ve BIS-Dikkat puanları DKB (Dürtü kontrol bozukluğu) (+) olan grupta anlamlı olarak yüksek iken , BIS-NPA puanında anlamlı bir fark saptanmamıştır” (Akdeniz ve diğerleri,2005). Karakuş ve arkadaşlarının çalışmasında, “hasta grubunda BIS-Total puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır” (Bozkurt, Çetingök, Evren, Yılmaz ve Yeşim, 2013). Bozkurt ve arkadaşlarının çalışmasında, “hasta grubunda dürtüsellik ve agresyon düzeyi kontrol grubundan daha yüksek saptanmıştır” (Akın ve Berkem,2012). Akın ve arkadaşının özgün araştırmasında, “gruplar dürtüsellik ölçeğinden alınan puanlar açısından karşılaştırıldığında, dürtüsellik toplam ve alt puanlarının hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur” (Altınbaş, Tunç ve Yenilmez,2014). Çalışmada, “dürtüsellik ve öfke ile daha önce intihar girişimi varlığı ve kendini yaralama davranışı varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. ” Çalışmamızdaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Alkol ve madde kullanımı olan kişilerde

dürtüsellik düzeyinin sağlıklı bireylere göre yüksek çıkması çalışmamızla ve diğer çalışmalarla kanıtlanmıştır.



Sonuç ve Öneriler

Ülkemizde alkol ve madde bağımlılığının sıklığı, yaygınlığı ve özellikle acil servis birimine başvuru ile ilgili araştırmalar son derece kısıtlıdır. Uyuşturucu ya da madde kullanımı ve satışı, ağır cezalandırıcı yasalarla yaptırım uygulandığı için kullanıcıların doktora ve hastaneye başvurmaları daha nadir görülmektedir. Bu çalışmada alkol ve madde kullanım bozukluğu sonucu oluşan sorunlar (komplikasyonlar) nedeniyle acil servis birimine başvuran olguların, dürtüsellik, mizaç özellikleri, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkan zorlanma düzeylerinin belirlenmesi ve bu düzeylerin ruhsal bozukluğu olmayan kontrol grubuyla karşılaştırılması ile sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmanın, “bağımlılıkla ilgili sorunların tedavisi için başvuran bireylerin klinik farklılıklarının anlaşılmasına ve böylece yardım için başvuran farklı bireylerin farklı tedaviler için eşleştirilmesine fayda sağlayabileceği” düşünülebilir.

Çalışmada kontrol grubunun yarısından fazlasını (%73) kadınlar oluşturmaktadır. Olgu grubunun ise yarısından fazlasını erkekler (%59) oluşturmaktadır. Çeşitli araştırmalarda da olgu gruplarının büyük çoğunluğu erkeklerden oluşmaktadır. Erkeklerin kadınlara göre daha fazla oranda madde kullandıkları görülmektedir. Bu durumun kadının “sosyal statüsü” ile ilgili olduğu düşünülebilir. Ancak eş olarak kadınlar, eşlerine uyum sürecinde risk altında oldukları için bu oran kadınlarda da artış gösterebilmektedir. Kadınların doğurganlık açısından da riskli olduğunu varsayarak, kadınlara yönelik özgül bir program yapılmasına da ihtiyaç olduğu düşünülebilir.

Kontrol grubunun yaş dağılımları incelendiğinde, kontrol grubu minimum yaş 18, maksimum yaş 67'dir. Katılımcıların yaş ortalaması 35,95'tir. Olgu grubu katılımcıları incelendiğinde; minimum yaş 22,

maksimum yaş 73'tür. Katılımcıların yaş ortalamaları 43,22'dir. Alkol ve madde kullanımıyla Acil Servise başvuran olguların yaş ve cinsiyet ile ilgili bulguları yapılan diğer çalışma sonuçları ile benzer özellik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda ve güncel haberlerde alkol ve madde kullanma yaşının giderek küçülmesi, ilköğretim ve üniversite öğrencileri arasında alkol , madde kullanımının giderek yaygınlaşması nedeniyle bu konunun önemi üzerine düşünülmelidir.

Kontrol grubunun medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, yarısının (%50) evli olduğu, kalan yarısında ise %37'sinin bekar olduğu,%9'nun boşanmış, %3'nün ayrı yaşadığı ve %1'nin de dul olduğu bulunmuştur. Olgu grubunun ise yarısından çoğunun (%59'u) evli olduğu,%29'nun bekar,%10'nun boşanmış,%2'sinin ayrı yaşadığı ve dul olarak yaşayanın olmadığı bulunmuştur. Çalışmalar, çalışmamızla karşılaştırıldığında benzer özellik göstermemektedir. Bunun yanı sıra yapılan çalışmalarda medeni duruma ilişkin bilgilere de tam olarak ulaşılammıştır. Boşanma ve yalnız yaşamanın toplumsal açıdan risk oluşturması düşüncesiyle beraber , alkol ve madde kullanımının süregelen evlilikler üzerinde de zararları olduğu gerçeği düşünülebilir.

Olgu ve kontrol gruplarının mezuniyet durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, kontrol grubunun yarısından çoğunun yüksekokul mezunu olduğu (%61),kalan oranın %28'i lise ve diğer kalan kısımda ilköğretim (%5'i ilkokul, %6'sı ortaokul) olarak bulunmuştur.Olgu grubunun %14'ü ilkokul, %15'i ortaokul, %37'si lise, %34'ü yüksekokul mezunudur. Olgu grubunun eğitim düzeyinin düşük olması diğer çalışmalarla da desteklenmektedir.

Çalışmada olgu ve kontrol grubunun mizaç özellikleri incelendiğinde, aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmış, “depresif mizaç, anksiyöz mizaç, siklotimik mizaç, irritable mizaç ve hipertimik mizaç” açısından grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Araştırmalarda alkol ve madde kullanan bireylerde baskın bir mizaç özelliği olmakla birlikte, diğer sonuçlarda da anlamlı farklar bulunmuştur. Çalışmamızda ise hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmayıp, diğer çalışmalarla benzerlik göstermemektedir.

Olgu grubundaki katılımcılara ölçekler alkol ve madde etkisinden kurtulduktan sonra uygulandığı için alınan sonuçların, mizaç özelliklerini karşılaştırma amacımızı etkilediği düşünülebilir.

Alkol ve madde kullanımının psikolojik belirtiler üzerine etkisi incelendiğinde, belirtiler açısından olgu ve kontrol grubunun ek ölçekler ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmalarda alkol bağımlısı olan kişilerde SCL alt ölçek puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmalarda, SCL ile olgu grubunun kişilerarası duyarlılıklarının da arttığı bulunmuştur. Çalışmamız diğer çalışmalarla benzerlik göstermemektedir. Çünkü diğer çalışmalarda gruplar ayrı olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda ise gruplar arası açısından bir değerlendirme yapılmış olup anlamlı farklılık aranmıştır.

Olgu ve kontrol grubunun Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.Yapılan araştırmalarda, olgu ve kontrol grubu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığı yüksek bulunmuştur.

Olgu ve kontrol grubunun Dürtüsellik Ölçeğinden (Barratt İmpulsivite BİS-11) aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, Barratt toplam (BIS-Total) açısından olgu ve kontrol grubunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Klinik parametre olarak bulunan anlamlı farklılığın, biyolojik parametrelerle de ilişkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada, çıkan sonuçların literatürdeki çalışmalara benzerlik göstermemesinin nedeni, çalışmaya alınan olgu grubuyla alkol ve madde etkisinden kurtulduktan sonra iletişime geçilerek ölçek uygulanmasıdır.Verilen bilgiler doğrultusunda anlamlı farklılık aranmıştır.

Kaynaklar

- Abraham M. ve Nussbaum M.D., (2015). *DSM-5 Yönelimli Tanısal Görüşme*. Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu (Çev.) (s:135-175). HBY Basım Yayın, Ankara.
- Akdemir D., Çetin F. Ç., Kara M., Ünal D.Y., Zeki A. (2013). Kendine Zarar Verme Davranışı O lan Ergenlerde Psikiyatrik Belirtiler, Kimlik Karmaşası ve Benlik Saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, s:69-76. Erişim adresi: <https://www.ejmanager.com/mnstemps/>
- Akdeniz F., Kesebir S., Vahip S., Yüncü Z. (2005) Bipolar Bozuklukta Mizaç İle Klinik Özelliklerin İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3) s:164-169. Erişim adresi: <http://www.turkpsikiyatri.com>
- Ak M., Gülsün M., Özmenler K. N., (2009). Özkıyım ve Kişilik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, s: 45-54. Erişim adresi: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/view/>
- Akın E., Berkem M. (2012). İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Öfke ve Dürtüsellik. *Marmara Medical Journal*, 25, s: 52-148. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/2358>
- Aksoy A., Ögel K., (2003). Kendine Zarar Verme Davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, s: 226-236. Erişim adresi: www.ogelk.net.
- Akvardar Y., Gül S., Taş C., Tuncel P., (2005). Alkol Kullanım Bozukluklarında Tarama Testleri ve Laboratuvar Belirteçlerinin Tanısal Etkinliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16 (1), s:3-12. Erişim adresi: <http://www.turkpsikiyatri.com>
- Akvardar Y., Uçku R., (2010). Alkol kullanım sorunları nasıl önlenir? Alkol kullanım bozukluklarının tanı ve tedavisinde kısa müdahale yaklaşımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, s: 51-59. Erişim adresi: <https://trdizin.gov.tr>
- Aldemir S., Tan S., (2011). Travma ve Bağımlılık Sendromları . *Yeni Tıp Dergisi*, 28(4), s: 198-202. Erişim adresi: <https://www.yumpu.com/tr>
- Altınbaş K., Tunç S., Yenilmez Y. (2014). Özkıyım Girişimi Öyküsü O lan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Olgularının Mizaç ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15, s: 214-220. Erişim adresi: <https://www.ejmanager.com/mnstemps/91/>

- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), (2004). Psikiyatride Hastalıkların Tanılanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (4. Baskı) (DSM-IV-TR). Köroğlu E.,(Çev.), içinde (s.91-136) Washington DC. Hekimler Yayın Birliği Geliştirilmiş 2. Baskı, Ankara.
- Altıntoprak E., Coşkunol H., Kesebir S., Yıldız U., Yüncü Z., (2005). Alkol Kullanım Bozukluğu O lan Olguların Sosyal Destek Sistemlerinin Değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*,6 (3), s: 129-135. Erişim adresi: <https://trdizin.gov.tr/search/>
- Andreasen N.C. ve Black D.W. ,(2001). Introductory Textbook of Psychiatry. Alcohol Related Disorders. Arlington VA: *American Psychiatric Publishing*, 3rd ed., içinde (s: 403-422).
- Annagür B. B., (2008). *Depresyon Hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Sıklığı Uzmanlık Tezi*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana. Erişim adresi: <http://library.cu.edu.tr/tezler/6995.pdf>
- Annagür B.B., Tamam L.,(2011). Depresyon Hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Eş Tanıları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 48 s: 22-30. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/>
- Anton R., (2010). Substance Abuse Is a Disease of the Human Brain: Focus on Alcohol. *The Journal of Law, Medicine and Ethic*, 38(4),s: 735-744. doi: 10.1111/ j.1748-720X.2010.00527.x
- Arifoğlu Ç. B., Gülcem S. R., Kuzu A., Ocakcı A. F., Yıldız A. N. (2009) Çalışan Gençlerde Benlik Saygısı, İletişim Becerileri ve Stresle Baş Etme . *TAF Preventive Medicine Bulletin*:8(1). Erişim adresi: www.korhek.org. Araştırma/Research Article TAF Prev Med Bull , 8(1) s:17-26.
- Atık L., Ayoğlu F. N., Kıran S., Konuk N., Saltık B., Şahin Z.,(2006). İş Kazasına Bağlı Yaralanmalarda Alkol Kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*, 7(3), s:123-128. Erişim adresi: <https://trdizin.gov.tr/publication/show/pdf/>
- Atmaca M., Gürok M.G., Kılıç F., Kuloğlu M., Mermi O. (2015). Özkıyım Girişimiyle Hastaneye Başvuran Hastaların Mizaç Özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*, Cilt 20: Sayı 2, s: 96-100. Erişim adresi: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/>
- Aydın A., Demirkan K., Işimer A., Sayal A.,(2005). Alkol Kullanımı ve Suç Oranı. *Gülhane Tıp Dergisi* 47(1), s: 14–17. Erişim adresi: <http://gulhanemedj.org/>

- Bahalı K., Çakmak S., Eroğlu M. Z., Karakuş G., Nebioğlu M., Öztürk Z., Tamam L., Turhan N. (2011). Bir Grup Üniversiteye Hazırlık Öğrencisinde Dürtü Kontrol Bozukluğu. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 48, s: 238-242. Erişim adresi: <https://psycnet.apa.org/record/2013-02744-003>
- Başterzi A. D., Göka E., (2001). Alkol Bağımlılığına Psikodinamik Bir Bakış. *Bağımlılık Dergisi*, 2(3) ,s:127-132. Erişim adresi: <http://psikiyatridizini.net>
- Berk Y., Söyüncü S., Yiğit Ö. (2010). Kimler İntihar Girişiminde Bulunuyor? Bir Acil Servisin Deneyimleri. *New/Yeni Symposium Journal*, 48 (2), s: 122-128. Erişim adresi: <http://yenisymposium.com/Pdf/TR-YeniSempozyum->
- Beyazyürek M., Şatır T. T., (2000). Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* , 4 ,s: 50-56. Erişim adresi: psikiyatridizini.net
- Beyazyürek M., Kalyoncu A., Mırsal H., Mırsal N., Pektaş Ö., (2001). Alkol Bağımlılığında İntihar Davranışının Araştırılması. *Bağımlılık Dergisi*, 2(1), s: 21-24. Erişim adresi: www.mansurbeyazyurek.com.
- Beyazyürek M., Kalyoncu A., Mırsal H., Pektaş Ö.,(2002). Alkol Bağımlılarında Karaciğer Fonksiyon Testleri ile Sosyodemografik Klinik Özellikler Arasındaki İlişkiler. *Bağımlılık Dergisi*; 3(1). s:27-30. Erişim adresi: <http://mansurbeyazyurek.com/pubfiles/C-22.pdf>
- Bozan H., Göksu E., Kılıçaslan İ., Oktay C. (2005). Türkiye’de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 5(1) s: 5-13. Erişim adresi: <https://www.turkjemergmed.com/abstract/506/tur>
- Bozkurt M., Çetingök S., Evren C., Yılmaz A., Yeşim C. (2013). Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol ve Eroin Bağımlısı İki Grupta Agresyon ve Dürtüsellik. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 23(4), s:335-344. Erişim adresi: <http://www.psikofarmakoloji.org/pdf/>
- Checkley S.A, Kedwell P. A., Kumari V., Marshall E.J., Poon L.,(2001). Information Processing Deficits in Withdrawing Alcoholics. *Addiction Biology*, 6, s : 239-245.
- Conigrave K., Latt N., Marshall E.J., Nutt D., Saunders J.B., (2009). *Alcohol Addiction Medicine* . New York: Oxford University Press , içinde (s: 65-142).
- Coşkunol, H., (1996). Alkol Bağımlılığı Tanı ve Tedavisi. *Ege Üniversitesi Psikiyatri Sürekli Yayınları* 1, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi.

- Coşkunol H., Doğanavşargil Ö.G., Sertöz Ö.Ö., Şen G. (2004). EÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Tedavi Biriminin Hasta Verilerinin On Yıllık Geriye Dönük Olarak İncelenmesi: Madde Kullanan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 5,s: 115-120. Erişim adresi: <https://trdizin.gov.tr/publication/show/pdf/paper/>
- Çakmak D., Çetin R., Dalbudak E., Durkaya M., Evren C., Flannery B. (2009).Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlısı Hastalarda Cloninger'in Kişilik Boyutlarının Alkol Aşması ile İlişkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19s:373-381.Erişimadresi: <https://www.ercandalbudak.com/bilimsel/>
- Çankaya B., (2007). *Lise I. Ve II. Sınıf Öğrencilerinin Algılanan Benlik Saygısının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi*. Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Gazi Üniversitesi, Ankara. Erişim adresi: <http://www.acikarsiv.gazi.edu.tr>
- Çelik S., Demirbaş H., İ., Doğan B. Y., İlhan Ö., (2002). Alkol Bağımlılarında İntihar Olasılığı ile Depresyon, Anksiyete ve Kişilik Bozukluğu Ek Tanıları Arasındaki İlişki. *Bağımlılık Dergisi*, 3(1), s: 17-20. Erişim adresi: <https://issuu.com>.
- Çıtak S., Ekici G., Savaş A. H.,(2001). Tamamlanmış İntiharlarda Alkol Madde Kullanım Öyküsünün Rolü. *Bağımlılık Dergisi*, 2(3), s: 113-116. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net>.
- Çilli S.A., Kaya N., (2002). Üniversite Öğrencilerinde Nikotin, Alkol ve Madde Bağımlılığının 12 Aylık Yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi*, 3(2), s:91-97. Erişim adresi: <https://trdizin.gov.tr>.
- Dag I. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliği ve Geçerliği (Reability and validity of Symptom Check List-90-Revised among university students). *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2 s:5-12. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/232419410>
- Demirel S., (2003). *Ankarada'ki Beş Eğitim Kurumunda Kendini Yaralama Davranışı*. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri AD. Yüksek Lisans Tezi Ankara.

- Erözkan A. (2011). Sosyal Kaygının Kaygı Duyarlılığı, Benlik Saygısı ve Kişilerarası Duyarlılık Açısından İncelenmesi. *Elementary Education Online*,10(1) s:338-347. Erişim adresi: <http://eds.b.ebscohost.com>
- Evren C., Ögel T., Sır A., Tamar D., (1999). Madde Kullanımı ve Suç. *3P Dergisi* Aralık, 6-10. Erişim adresi: http://www.ogelk.net/makale/suc_madde_yayin.pdf
- Evren C., Hızlan C., Ögel K., Tamar D.(t.y.). Madde Kullanıcılarının Özellikleri: (Türkiye’de çok merkezli bir araştırma) 2. Aşama (Characteristics of drug abusers: A multicenter study in Turkey (second phase). Erişim adresi: http://www.ogelk.net/Dosyadepo/asama2_rapor_3p.pdf.
- Faruk İ.Ö., Sunay M.Y., (2003). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne 1999-2001 Yılları Arasında Müracaat Eden Adli Olguların Değerlendirilmesi. *Adli Tıp Dergisi* 17(1), s: 47-53. Erişim adresi: <https://scholar.google.com.tr>.
- Gunzerath L., Hewitt B. G., Li T. K., Warren K. R., (2010). Alcohol Research: Past, Present, Future. *Annals of The New York Academy of Sciences* 1-23. doi: 10.1111/j.1749-6632.2010.05832.x
- Güleç H., Karataş G., Tamam L. (2013). Barratt Durtusellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, s: 130-134.Erişim adresi:<http://noropsikiyatriarsivi.com/sayilar/416/buyuk/130-134.pdf>
- Güleç H., Güleç M. Y., Karakufi G., Tamam L., Turhan M., Zengin M. M. S. (2008). Stanford -Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, Cilt: 18, Sayı: 4. Erişim adresi: www.psikofarmakoloji.org.
- Gündüz K., Kesen J., Topbaş M., Yandı M. (2004). KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalına Trafik Kazası Sonucu Başvuran Sürücülerin Alkol Düzeyleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* Haziran, 4 s:2. Erişim adresi: <https://www.turkjemergmed.com/abstract/116/tur>
- Hancı, İ. H. (Ed.), (1997). Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar. Ege Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Adli Psikiyatri. İZMİR: Medyay.
- Işık U. (2012). Alkol Bağımlılarında Temps-A Ölçeği ile Belirlenen Affektif Mizaç Özellikleri ve Bu Özelliklerin MMPI Ölçeği ile Belirlenen Kişilik Özellikleri ile İlişkisi. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji Dergisi*, Cilt2: Sayı 3, s:5-13. Erişim adresi: <http://psikiyatridizini.net/>

- İrde A. F., Kadioğlu E., Sarihan E. (2012). Kanser Ağrısı, Tedavi Prensipleri ve Dünya Sağlık Örgütü Ağrı Basamak Tedavisi. *Nobel Medicus*, 8 (1), s: 5-15. Erişim adresi: <http://www.nobelmedicus.com>
- İskender B., Özçürümez G., Toker T., Tiryaki A., (2011). Madde Kullananlarda Çocukluk Örselenme Yaşantılarının, Madde Kullanma Eğilimi, Benlik Saygısı ve Başa Çıkma Tutumları ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2) s: 83-92. Erişim adresi: <http://www.turkpsikiyatri.com/>
- Kalyoncu A., Mırsal H., (2000) Alkol Kullanım Bozuklukları. *İstanbul Psikiyatri Dünyası* 4(1) , s: 22-30. Erişim adresi: psikiyatridizini.net
- Kalyoncu A., Mırsal M., (2002). Alkol Bağımlılarında Bireysel Psikoterapi. *Bağımlılık Dergisi*, 3(2), s: 108-114. Erişim adresi: <http://psikiyatridizini.net>
- Karataş G., (2005). *Psikiyatri Kliniğinde Bir Yıllık Dönem Boyunca Yatan Hastalarda Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı*. Uzmanlık Tezi .
- Kesebir S., Kökçü F. (2010). İki Uçlu Olgular ve Çocuklarında Bağlanma Biçimi'nin Mizaç, Kişilik ve Klinik Özellikler İle İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, s: 82-87. Erişim adresi: <http://www.turkpsikiyatri.com>
- Kesen J., (2004). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Acil Anabilim Dalına Trafik Kazası Sonucu Başvuran Sürücülerin Alkol Düzeyleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 4: 2. Erişim adresi: <https://www.turkjemergmed.com>
- Levent A.B, Öner H., Öner S., Tamam L., (2002). Alkol Bağımlılığı Olan Yatan Hastalarda Eksen I ve Eksen II Eştanılarının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 12(1), s:14-22. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net>
- Öztürk O. M., Uluşahin A., (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I Yenilenmiş 11. Baskı Ankara, içinde (s: 438- 440, 687-731).
- Rosenberg M.(2015). Society and the adolescent self- image. Princeton University Press 1965: New Jersey. Ed.
- Schuckit M.A.,(2005). Alcohol related disorders. B.J. Sadock ve V.A. Sadock (Ed.). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* içinde (s. 1168-1184). Baltimore MD: Lippincott Williams and Wilkins.
- Seçer A. K., (2005). *Bipolar Tanılı Bireylerde ve Kardeşlerinde Mizaç ve Karakter Özellikleri*. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi.

- Süzer Ö., (2012). Opioid Analjezikler Ders Notları. Erişim adresi: <http://www.onersuzer.com>
- Tamam L., (2015). Dürtü Kontrol Bozuklukları (DKB) ve Dürtüsellik. 1. Baskı İstanbul içinde (s: 143-159).
- Tel H, Uzun S., (2003). İntihar Girişimi ile Acil Servise Başvuran Hastaların Sosyal Destek ve Stresle Başetme Durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 4(3) , s: 151-158. Erişim adresi: <https://trdizin.gov.tr/search>
- Temel M., (2009). İntiharların Önlenmesinde Hemşirenin Sorumlulukları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 ,s: 2. Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/29464>
- Turan M., Aşkın R. (1999). Alkol Bağımlılarında Ruhsal Belirtiler. *Genel Tıp Dergisi*, 9(3). Erişim adresi: <http://geneltip.org/upload/sayi/20/GTD-00124.pdf>
- Uzbay T. İ., (2009). Bağımlılık Yapan Maddeler ve Özellikleri. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, s: 21-22, 16-33. Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, Psikofarmakoloji Araştırma Ünitesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Tıp Fakültesi. Erişim adresi: <https://www.teb.org.tr>.
- World Health Organization (2004). Global Status Report on Alcohol. *Consequences of Alcohol Use: Health Effectst and Global Burden of Disease* içinde (s.35-38). Erişim adresi: http://www.who.int/substance_abuse/publications/globalstatusreportalcoholchapters
- Yancar C., (2005). *Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul. Erişim adresi: <http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/>
- Yapıcı A.,(2006). *Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Uzmanlık Tezi, İstanbul. Erişim adresi: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/psikiyatri/dr_aslihan_yapici.pdf
- Yılmaz M. E., (2007). *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Öğrencilerinde Alkol, Sigara Kullanımın ve İlişkili Olduğu Etmenler*. Lisansüstü Tezi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>

Ekler

EK I

Sosyodemografik Özellikler Formu

Ad Soyad Bas Harfleri:

Doğum tarihi:

- 1- Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek
- 2- Adres: Tel (Ev):
(Cep):
- 3- Medeni durum:
a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Ayrı yaşıyor e) Dul
- 4- Öğrenim durumu:
a) OY değil b) İlk c) Orta d) Lise e) Yüksekokul
- 5- Meslek:
a) Çalışmıyor b) Serbest:..... c) Memur d) İşçi
- 6- Aylık gelir düzeyi:
a) 0-500YTL b) 500-1.000YTL c) 1.000 ve üstü
- 7- Herhangi bir madde kullanıyor musunuz ?
a) Kullanmıyorum. b) Kullanıyorum.
- 8- Alkol kullanma süresi: _ yıl ya da _____ay
- 9 - Daha önce alkol ve madde kullanım tedavisi girişiminiz oldu mu?
a) Evet b) Hayır
- 10- Tedavi girişiminiz varsa türü nedir?
1. Yatarak 3. Bireysel Terapi
2. Poliklinik 4. Grup Terapi
- 11 - Ciddi bedensel hastalık: a) Var b) Yok
- 12- Aile ile ilişki sorunlar: a) Var b) Yok
- 13- Yakınlarında alkol ve madde kullanımı:
1.derece akraba: a) Var b) Yok
2.derece akraba: a) Var b) Yok
Arkadaş çevresinde: a) Var b) Yok

EK I (devamı)

14- Ailede ruhsal hastalık:

- 1.derece akraba: a) Var b) Yok
2.derece akraba: a) Var b) Yok

15- Acil servise başvuru nedeni:

- 1) Trafik Kazası
- 2) Kavga sonucu yaralanma
- 3) Kendi kendine yaralama
- 4) Özkıym
- 5) Alkol ya da maddeye bağı tıbbi durumlar

Açıklayınız: _

16- Yaralanmaya neden olan cisim:

- 1) Bıçak ya da kesici alet
- 2) Yumruk vb. gibi kavga sırasında olan travma
- 3) Ateşli silah

17- Daha önce intihar girişiminiz oldu mu ?

- a) Evet b) Hayır

18- İntihar girişimi nasıl gerçekleştirildi ?

- 1) İlaç vb
- 2) Yüksekten düşme
- 3) Ateşli silah
- 4) Kesi vb
- 5) Diğer

19 - Daha önce alkol ya da madde kullanımına bağı acil servise başvurdunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

20- Eğer cevabınız “Evet” ise başvuru sebebiniz nedir?

- 1) Yaralanma
- 2) Trafik kazası
- 3) Kendi kendine yaralanma
- 4) Diğer (_____)

EK I (devamı)

21- Geçmiş başvurular sırasında kaç yaşındaydınız ? :

22- Geçmiş başvurularınızda nasıl bir tedavi uygulanmıştır?

1) Tıbbi gözlem

2) Cerrahi olmaksızın tıbbi destek (serum takılması, damar yolu açılması, oksijen verilmesi gibi.)

3) Küçük cerrahi girişim (Yara pansumanı, cilt dikişi)

4) Cerrahi girişim

a. Açıklayınız: _

23- Geçmişteki başvurularınız sonucunda iş gücü kaybı raporu verildi mi?

a) Evet

b) Hayır

24- Alkol ve madde kullanımına bağlı olarak acil servise gelmenizi gerektirmeyen sorunlar yaşadınız mı?

a) Evet

b) Hayır

Açıklayınız: _

25- Alkol ve madde kullanımına bağlı işinizde , ev yaşamınızda ya da sosyal hayatınızda sorunlar yaşadınız mı?

a) Evet

b) Hayır

26- Yaşadığınız sorunları nasıl değerlendiriyorsunuz?

Kesinlikle kötü **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7** kesinlikle iyi (1-7 arasında bir not veriniz)

27- Daha önce bir adli sorun yaşadınız mı?

a) Evet

b) Hayır

28- Adli bir sorun yaşadıysanız nedeni nedir ?

1) Kavga vb.

2) Trafik suçu

3) Adi suçlar (hırsızlık ,gasp vb.)

4) Denetimli serbestlik

5) Diğer: _

29- Yaşadığınız bu soruna alkol ya da madde kullanımınızın etkisi var mı?

a) Var

b) Yok

EK II

TEMPS-A

Asağıdaki soruları, yaşamınızın büyük bir bölümü için size kesinlikle uyuyorsa doğru (D), tam olarak uymuyor ya da yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa yanlış (Y) olarak cevaplayınız.

1. (D) (Y) Uzgün, mutsuz bir insanım.
2. (D) (Y) İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. (D) (Y) Hayatım boyunca çok çektim.
4. (D) (Y) İşlerin sonu sıklıkla kötuye varır diye düşünürüm.
5. (D) (Y) Kolay pes ederim.
6. (D) (Y) Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. (D) (Y) Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. (D) (Y) Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9. (D) (Y) Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. (D) (Y) Grup içinde konuşmaktansa başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. (D) (Y) Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. (D) (Y) Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. (D) (Y) Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. (D) (Y) Ben her zaman güvenilir olacak tipte bir insanım.
15. (D) (Y) Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. (D) (Y) İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. (D) (Y) Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. (D) (Y) Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. (D) (Y) Normal olarak günde 9 saatten fazla uykuya ihtiyacım vardır.
20. (D) (Y) Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
21. (D) (Y) Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
22. (D) (Y) Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.

EK II (devamı)

23. (D) (Y) Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok acık bazen de donuk olur.
24. (D) (Y) Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
25. (D) (Y) Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
26. (D) (Y) Sıklıkla bir seylere baslar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
27. (D) (Y) Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
28. (D) (Y) Canlılık ve uyusukluk arasında sürekli gidip gelirim.
29. (D) (Y) Bazen yatağa çokkun girer, fakat sabah muthis iyi hissederek uyanırım.
30. (D) (Y) Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşamaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
31. (D) (Y) Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
32. (D) (Y) Asırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
33. (D) (Y) Dışa donuklukla içe kapanıklık arasında gider gelirim.
34. (D) (Y) Tüm duyguları yoğun olarak yasarım.
35. (D) (Y) Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
36. (D) (Y) Aynı anda hem mutsuz, hem mutlu olabilen bir kisiyim.
37. (D) (Y) Baskalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
38. (D) (Y) Kolay asık olup, kolay vazgecen bir kisiyim.
39. (D) (Y) Coğunlukla havamda ya da neseli bir ruh halindeyimdir.
40. (D) (Y) Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir solendir.
41. (D) (Y) Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana sakacı olduğumu söylerler.
42. (D) (Y) Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kisiyim.
43. (D) (Y) Kendime muthis güvenirim.
44. (D) (Y) Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
45. (D) (Y) Her zaman bir şeylerle mesgulumdur.

EK II (devamı)

46. (D) (Y) Bircok isi, hem de yorulmadan yapabilirim.
47. (D) (Y) Konusmaya doğustan yetenekliyim. Konusmam baskaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
48. (D) (Y) Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
49. (D) (Y) Bir sey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir sey durduramaz.
50. (D) (Y) Doğru durust tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
51. (D) (Y) İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
52. (D) (Y) İnsanlar bana sıklıkla burnumu baskalarının isine soktuğumu soylerler.
53. (D) (Y) Comertim ve baskaları için bol para harcarım.
54. (D) (Y) Bircok alanda yetenekli ve uzmanım.
55. (D) (Y) Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.
56. (D) (Y) İnsan patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kisiyim.
57. (D) (Y) Birisiyle bir konu üzerinde anlasamadığım zaman atesli bir tartışmaya girebilirim.
58. (D) (Y) Cinsel isteklerim daima fazladır.
59. (D) (Y) Huysuz (sinirli) bir kisiyim.
60. (D) (Y) Bir türlü hosnut olmayan tabiatıta bir kisiyim.
61. (D) (Y) Çok yakınırim.
62. (D) (Y) Baskalarını çok eleştiririm.
63. (D) (Y) Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
64. (D) (Y) Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmis hissederim.
65. (D) (Y) Adeta hayatımı anlayamadığım, hos olmayan bir huzursuzluk yönetiyor.
66. (D) (Y) Sık sık oylesine sinirleniyorum ki, gozum hiçbir sey gormuyor.
67. (D) (Y) Terslendiğimde kavga edebilirim.
68. (D) (Y) İnsanlar bana hic yokken parladığımı soylerler.
69. (D) (Y) Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
70. (D) (Y) Doğneleyici sakalarım beni zor durumda bırakır.
71. (D) (Y) O kadar ofkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.

EK II (devamı)

72. (D) (Y) Esimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
73. (D) (Y) Kufurbaz olarak bilinirim.
74. (D) (Y) Birkac kadeh ickiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
75. (D) (Y) Çok kuskucu bir kisiyim.
76. (D) (Y) Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğunudur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
77. (D) (Y) Kendimi bildim bileli endiseli biriyim.
78. (D) (Y) Her zaman endiselenecek bir sey bulurum.
79. (D) (Y) Baskalarının ufak tefek saydığı gunluk seyler hakkında endiselenir dururum.
80. (D) (Y) Endiselenmenin onune gecemiyorum.
81. (D) (Y) Bircok insan bana bu kadar endiselenmememi soylemistir.
82. (D) (Y) Zorda kaldığımda coğu kez kafam durur, bloke olurum.
83. (D) (Y) Gevsemeyi beceremiyorum.
84. (D) (Y) Sık sık icimde huzursuz bir kıpırtı hissederim.
85. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
86. (D) (Y) Sık sık midem bozulur.
87. (D) (Y) Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
88. (D) (Y) Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim.
89. (D) (Y) Heyecanlandığımda tuvalete daha sık gitmek zorunda kalırım.
90. (D) (Y) Birisi eve gec kaldığı zaman basına bir kaza gelmis olabileceğinden korkarım.
91. (D) (Y) Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye cok korkarım.
92. (D) (Y) Devamlı olarak aile uyelerinden biriyle ilgili kotu bir haber alacakmısım gibi geliyor.
93. (D) (Y) Uykum dinlendirici değil.
94. (D) (Y) Sıklıkla uykuya dalmakta gucluk ceckerim.
95. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik basım ağrır.
96. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda goğsum sıkılır.
97. (D) (Y) Kendimi guvende hissetmiyorum.

EK II (devamı)

98. (D) (Y) Gunluk isleyisteki kucuk değisiklikler bile beni cok zorlar.
99. (D) (Y) Araba kullanırken yanlış herhangi bir sey yapmasam bile, polis beni durduracakmıs gibi bir korku duyarım.
100. (D) (Y) Ani sesler beni kolayca irkiltir.



EK III

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

D – 1

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

D – 2

11. Kendiniz hakkındaki düşünceleriniz değişkenlik gösterir mi, yoksa her zaman aynı mıdır ?

EK III (devamı)

a.ÇOK DEĞİŞİR b.ZAMAN ZAMAN DEĞİŞİR c.ÇOK AZ DEĞİŞİR d.HİÇ DEĞİŞMEZ

12. Hiç kendiniz hakkında bir gün bir görüşe, başka bir gün farklı bir görüşe sahip olduğunuzu farkettiğiniz olur mu ?

a. Evet, sık sık olur b. Evet, bazen olur c. Evet, nadiren olur d. Hayır, hiç olmaz

13. Kendim hakkındaki görüşlerimin **çok çabuk** değiştiğini farkettim.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

14. Kendim hakkında bazı günler olumlu bazı günlerse olumsuz düşüncelere sahip oluyorum.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

15. Şu günlerde kendim hakkındaki görüşlerimi hiç birşeyin değiştiremeyeceğini düşünüyorum.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

D – 3

16.Başınıza gerçekten bir şey geldiğinde kimse sizin durumunuzla pek ilgilenmeyecektir.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

17. İnsan doğasında yardımlaşma gerçekten vardır.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

18. Dikkatli davranmazsanız insanlar sizi kullanacaklardır.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

19. Bazı kişiler, insanların büyük çoğunluğunun güvenilebilir olduğunu, bazıları ise insanlarla ilişkilerinde çok güvenilemeyeceğini söylerler. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz ?

a. İnsanların çoğuna güvenilebilir.

b. İnsanlarla ilişkilerde çok güvenilemez.

20. İnsanlar daha çok başkalarına yardım etmeye mi, yoksa kendi çıkarlarını düşünmeye mi eğilimlidirler ?

a. Başkalarına yardım etmeye

b. Kendi çıkarlarını düşünmeye

EK III (devamı)

D – 4

21. Eleştiriye karşı ne kadar hassassınızdır ?

- a. Çok fazla hassas b. Oldukça hassas c. Az hassas d. Hassas değil

22. Eleştiri ya da azarlama beni çok fazla incitir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

23. Yanlış yaptığınız bir şey için biri size güldüğünde veya suçladığında ne kadar rahatsız olursunuz ?

- a. Çok fazla b. Oldukça c. Rahatsız olmam

D – 5

24. Genelde ne kadar mutlusunuzdur ?

- a. Çok mutlu b. Mutlu c. Pek mutlu değil d. Çok mutsuz

25. Genelde oldukça mutlu bir kişi olduğumu düşünüyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

26. Genel olarak kendinizi neşeli bir ruh hali içinde mi, yoksa neşesiz bir ruh hali içinde mi hissedersiniz ?

- a. Çok neşeli bir ruh hali içinde b. Oldukça neşeli bir ruh hali içinde
c. Ne neşeli ne de neşesiz ruh halinde d. Oldukça neşesiz ruh halinde

27. Hayattan çok zevk alıyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

28. Ben de mutlu gördüğüm diğer kişiler kadar mutlu olabilmeyi isterdim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

29. Kendinizi kederli ve karamsar hissettiğiniz olur mu ?

- a. Çok sık b. Sık c. Ara sıra d. Nadiren e. Hiçbir zaman

D – 6

30. Çoğu zaman başka bir şey yapmaktansa oturup hayal kurmayı tercih ediyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

31. Bana hayalperest denilebilir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

32. Zamanımın büyük bir kısmını hayal kurmakla geçiririm.

EK III (devamı)

a. DOĞRU b. YANLIŞ

33. Gelecekte nasıl bir insan olacağınız konusunda hayal kurar mısınız ?

a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 7

34. Hiç uykuya dalma ya da uykunun sürekliliği açısından sorunuz oldu mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

35. Hiç ellerinizin sizi rahatsız edecek kadar titrediği olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

36. Hiç sizi rahatsız edecek kadar sinirlendiğiniz olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

37. Hiç sizi rahatsız edecek kadar çarpıntı hissettiğiniz olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

38. Hiç sizi rahatsız edecek kadar başınızın içinde basınç hissettiğiniz olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

39. Şu sıralarda hiç tırnak yiyor musunuz ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

40. Egzersiz veya çalışma zamanları dışında hiç sizi rahatsız edecek kadar nefes darlığı hissettiğiniz olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

41. Hiç sizi rahatsız edecek kadar ellerinizde terleme olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

42. Hiç rahatsız edici baş ağrıları çeker misiniz ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

43. Hiç rahatsız edici kabuslar görür müsünüz ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 8

44. Ulusal veya uluslar arası önemli bir konuda görüşünüzü belirttiğinizde birisi size gülerse ne hissedersiniz ?

a. Çok incinirim ve rahatsız olurum. b. Biraz incinirim ve rahatsız olurum.

c. Beni pek fazla etkilemez.

EK III (devamı)

45. Ulusal veya uluslar arası sorunlar tartışıldığında genellikle kötü izlenim bırakacak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

46. Toplumsal konularla ilgili tartışmalarda insanları kızdıracak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

D – 9

47. Uluslar arası konuları tartışır mısınız ?

a. Pek çok b. Oldukça c. Çok az d. Hiçbir zaman

48. Arkadaşlarınızla birlikte uluslar arası konuları tartıştığınız zaman tutumunuz nasıl olur ?

a. Sadece dinlerim b. Arada bir görüş bildiririm
c. Konuşmaya eşit oranda katılırım d. Diğerlerini ikna etmeye çalışırım

D – 10

49. Siz 10 – 11 yaşlarınızdayken **anneniz** arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

50. Bu dönemde **babanız** arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

51. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

52. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

53. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

54. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

EK III (devamı)

55. Sizce diğer aile bireyleri sizin söylediğiniz şeylerle ne kadar ilgilenirler ?

- a. Çok ilgilenirler b. Oldukça ilgilenirler c. İlgilenmezler

D – 11

56. Büyümekte olduğunuz dönemde babanızın en çok tuttuğu çocuğu kimdi ?

- a. Ben b. Ağabeyim c. Ablam d. Erkek kardeşim
e. Kız kardeşim f. Bildiğim kadarıyla çok tuttuğu birisi yoktu

57. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hiçbirini tanımazdı

58. Anne ve babanızın hangisi ile daha rahat konuşabiliyorsunuz ?

- a. Babamla çok daha fazla b. Babamla biraz daha fazla
c. Her ikisi ile eşit oranda d. Annemle biraz daha fazla
e. Annemle çok daha fazla

59. Anne ve babanızın hangisi sizi daha çok över ?

- a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla
c. Her ikisi eşit oranda d. Annem biraz daha fazla
e. Annem çok daha fazla

60. Anne ve babanızın hangisi size daha çok şefkat gösterir ?

- a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla
c. Her ikisi eşit oranda d. Annem biraz daha fazla
e. Annem çok daha fazla

61. Anne ve babanız anlaşamadıkları zaman siz genellikle hangisinden yana olursunuz

?

- a. Çok daha fazla olarak babamdan yana b. Biraz fazla olarak babamdan yana
c. Eşit oranda her ikisinden yana d. Biraz fazla olarak annemden yana
e. Çok daha fazla olarak annemden yana

D – 12

62. Yalnız bir insan olmaya eğilimli misinizdir ?

- a. Evet b. Hayır

EK III (devamı)

63. İnsanların çoğu sizin nasıl bir kişi olduğunuzu bilirler mi, yoksa çoğunun sizi gerçekten tanımadıklarını mı düşünürsünüz ?

- a. Çoğu benim nasıl biri olduğumu bilir.
- b. Çoğu gerçekten beni tanımaz.

PUANLAMA

D – 1	D– 2	D –3	D – 4	D – 5	D – 6	D – 7	D – 8	D – 9	D – 10	D – 11	D – 12

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ENVANTERİ PUANLAMA VE DEĞERLENDİRME ŞEKLİ

Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri, D–1 (Benlik Saygısı) ; D–2 (Kendilik Kavramının Sürekliliği) ; D–3 (İnsanlara Güven Duyma) ; D–4 (Eleştiriye Duyarlılık) ; D–5 (Depresif Duygulanım) ; D–6 (Hayalperestlik) ; D–7 (Psikosomatik Belirtiler) ; D–8 (K işilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme) ; D–9 (Tartışmalara Katılabilme Derecesi) ; D–10 (Ana–Baba İlgisi) ; D–11 (Babayla İlişki) ve D–12 (Psşik İzolasyon) olmak üzere toplam 12 bölümden oluşmaktadır. Bölümlerin hangi soru maddelerini kapsadığı ve bu maddelerin alacağı puan değerleri aşağıda açıklanmıştır:

D –1 (BENLİK SAYGISI)

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1....(C)=0,17 (D)=0,34 | 6....(C)=0,50 (D)=1 |
| 2....(C)=0,16 (D)=0,33 | 7....(C)=0,50 (D)=1 |
| 3....(A)=0,17 (B)=0,33 | 8....(A)=1 (B)=0,50 |
| 4....(C)=0,25 (D)=0,50 | 9....(A)=0,50 (B)=0,25 |
| 5....(C)=0,25 (D)=0,50 | 10....(A)=0,50 (B)=0,25 |

D –2 (KENDİLİK KAVRAMININ SÜREKLİLİĞİ)

- | |
|---------------------------------------|
| 11....(A)=1 (B)=1 (C)=1 (D)=0 |
| 12....(A)=1 (B)=1 (C)=1 (D)=0 |
| 13....(A)=1 (B)=0 |
| 14....(A)=1 (B)=0 |
| 15....(A)=0 (B)=1 |

EK III (devamı)

D -3 (İNSANLARA GÜVEN DUYMA)

16....(A)=1 (B)=0

17....(A)=0 (B)=1

18....(A)=0 (B)=1

19....(A)=1 (B)=0

20....(A)=0 (B)=1

D -4 (ELEŞTİRİYE DUYARLIK)

21....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0

22....(A)=1 (B)=0

23....(A)=1 (B)=1 (C)=0

D -5 (DEPRESİF DUYGULANIM)

24....(A)=0 (B)=0 (C)=0 (D)=1

25....(A)=0 (B)=1

26....(A)=0 (B)=0 (C)=0 (D)=1

27....(A)=0 (B)=1

28....(A)=1 (B)=0

29....(A)=1 (B)=0 (C)=1 (D)=0 (E)=0

D -6 (HAYALPERESTLİK)

30....(A)=1 (B)=0

31....(A)=1 (B)=0

32....(A)=1 (B)=0

33....(A)=1 (B)=0 (C)=0

D -7 (PSİKOSOMATİK BELİRTİLER): Anksiyete belirtisi kabul edilir.

34....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0 39....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0

35....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0 40....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0

36....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0 41....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0

37....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0 42....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0

38....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0 43....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0

EK III (devamı)

D –8 (KİŞİLERARASI İLİŞKİLERDE TEHDİT HİSSETME)

44....(A)=1 (B)=0 (C)=0

45....(A)=1 (B)=0

46....(A)=1 (B)=0

D –9 (TARTIŞMALARA KATILABİLME DERECEŚİ)

47....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0

48....(A)=0 (B)=0 (C)=1 (D)=1

D –10 (ANA –BABA İLGİSİ)

49....(A)=0 (B)=0 (C)=1 (D)=1

50....(A)=0 (B)=0 (C)=1 (D)=1

51....(A)=1 (B)=0

52....(A)=1 (B)=0

53....(A)=1 (B)=0

54....(A)=1 (B)=0

55....(A)=0 (B)=0 (C)=1

D –11 (BABAYLA İLİŞKİ)

56....(A)=1 (B)=0 (C)=0 (D)=0 (E)=0 (F)=0 (G)=0

57....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0

58....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0 (E)=0

59....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0 (E)=0

60....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0 (E)=0

61....(A)=1 (B)=1 (C)=0 (D)=0 (E)=0

D –12 (PSİŞİK İZOLASYON)

62....(A)=1 (B)=0

63....(A)=0 (B)=1

EK III (devamı)

Değerlendirme : Görüldüğü gibi “Benlik Saygısı” alt ölçeği hariç diğer tüm ölçeklerde doğru yanıtlar ‘1’ puan almakta; “Benlik Saygısı” alt testinde ise yanıtlar 0-6 puan ile değerlendirilmektedirler.

“Benlik Saygısı” alt testinde 0 –1 puan alanların **“yüksek”**; 2–4 puan alanların **“orta”** ve 5–6 puan alanların **“düşük”** benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir.

“Kendilik Kavramının Sürekliliği” alt testinde **“puanın yüksek”** olması sürekliliğin **“az”** olduğuna; “0-2” puan alındığında kendilik kavramının sürekliliğinin fazla, “3-5” puan alındığında ise kendilik kavramı sürekliliğinin az olduğuna işaret eder.

“İnsanlara Güven Duyma” alt testinde **“yüksek puan”** , güvenin **“az”** olduğuna; “0-1” puan alanların insanlara olan güvenlerinin çok olduğu, “2-3” puan alanların insanlara orta düzeyde güven duydukları ve “4-5” puan alanların ise insanlara az güven duydukları söylenebilir.

“Eleştiriye Duyarlılık” alt testinde **“yüksek puan”** , **“fazla”** duyarlılığa; “0-1” puan eleştiriye az duyarlılığa, “2-3” puan eleştiriye çok duyarlılığa işaret eder.

“Depresif Duygulanım” alt ölçeğinde **“yüksek puan”** , depresyon düzeyinin **“yüksek”** olduğuna; “0” puan depresif duygulanımın olmadığına, “1-2” puan depresif duygulanımın az olduğuna, “3-4” puan depresif duygulanımın orta düzeyde yaşandığına ve “5-6” puan ise depresif duygulanımın yüksek düzeyde yaşandığına işaret eder.

“Hayalperestlik” alt ölçeğinde **“yüksek puan”** , hayalperestliğin **“fazla”** olduğuna; “0-1” puan hayalperestliğin az olduğunu, “2-3” puan orta düzeyde olduğunu ve “4” puan hayalperestliğin üst seviyede olduğunu belirtir.

“Psikosomatik Belirtiler” alt testinde **“yüksek puan”** , belirtilerin **“fazlalığına”**; “0-2” puan belirtilerin az olduğuna, “3-4” puan orta düzeyde psikosomatik belirti yaşandığına ve “5” puan belirtilerin fazla olduğuna işaret eder.

EK III (devamı)

“Kis ile ra ras ı İ lis k ile rde Te hd it H is se tme ” alt testinde **“yüksek puan”** , **“kolaylıkla tehdit”** edilme duygusuna; “0” puan tehdit hissedilmediğini, “1” puan az hissedildiğini, “2” puan orta düzeyde hissedildiğini ve “3” puan ise kişilerarası ilişkilerde yüksek düzeyde tehdit hissedildiğini gösterir.

“Tartışmalara Katılabılme Derecesi” alt ölçeğinde **“yüksek puan”** , tartışmalara katılabılmenin **“yüksek”** oluşuna; “0” puan tartışmalara katılma derecesinin az, “1” puan orta, “2” puan çok olduğuna işaret eder.

“Ana-B a ba İ lgis i” alt testinde **“yüksek puan”** , ilgi **“azlığına”**; “0-2” puan ilginin çok olduğunu, “3-4” puan orta düzeyde ilgi olduğunu ve “5-7” puan ise ana-baba ilgisinin az olduğunu gösterir.

“B abayla İ lis k i” alt ölçeğinde **“yüksek puan”** , babayla ilişkisinin **“fazla”** oluşuna; “0-2” puan babayla ilişki azlığına, “3-4” puan orta düzeyde bir ilişkiye, “5-6” puan da babayla ilişkisinin fazla olduğuna ve

“Ps is ik İ zolas yon” alt testinde ise **“yüksek puan”** , psişik izolasyonun **“fazlalığına”**; “1” puan izolasyonun az olduğuna, “2” puan izolasyonun çok olduğuna işaret eder.

EK IV

BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ-11

İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve altında, size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

1. İşlerimi dikkatle planlarım

Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/her zaman
----------------------	-------	----------	---------------------------

2. Düşünmeden iş yaparım

Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/her zaman
----------------------	-------	----------	---------------------------

3. Hızlı karar veririm

Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/her zaman
----------------------	-------	----------	---------------------------

4. Hiçbir şeyi dert etmem

Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/her zaman
----------------------	-------	----------	---------------------------

5. Dikkat etmem

Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/her zaman
----------------------	-------	----------	---------------------------

6. Uçuşan düşüncelerim var

Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/her zaman
----------------------	-------	----------	---------------------------

7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım

Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/her zaman
----------------------	-------	----------	---------------------------

8. Kendimi kontrol edebilirim

Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/her zaman
----------------------	-------	----------	---------------------------

9. Kolayca konsantre olabilirim

Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/her zaman
----------------------	-------	----------	---------------------------

10. Düzenli para biriktirim

Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/her zaman
----------------------	-------	----------	---------------------------

11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam

Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/her zaman
----------------------	-------	----------	---------------------------

12. Dikkatli düşünen birisiyim

Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/her zaman
----------------------	-------	----------	---------------------------

13. İş güvenliğine dikkat ederim

Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/her zaman
----------------------	-------	----------	---------------------------

14. Düşünmeden birşeyler söylerim

Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/her zaman
----------------------	-------	----------	---------------------------

EK IV (devamı)

15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

16. Sık sık iş değiştiririm

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

17. Düşünmeden hareket ederim

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

19. Aklıma estiği gibi hareket ederim

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

20. Düşünerek hareket ederim

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

21. Sıklıkla evimi değiştiririm

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

22. Düşünmeden alışveriş yaparım

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

24. Hobilerimi değiştiririm

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

25. Kazandığımdan daha fazla harcarım

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

26. Düşünürken kafamda sıklıkla konuyla ilgisiz düşünceler olur

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

29. Yap-boz/ puzzle çözmeyi severim

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

30. Geleceğini düşünen birisiyim

Nadiren/Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/her zaman

EK V

SCL-90-R TARAMA TESTİ

Adı Soyadı :

Tarih :

AŞAĞIDA ZAMAN ZAMAN HERKESTE OLABİLECEK YAKINMA VE SORUNLARIN BİR LİSTESİ VARDIR. LÜTFEN HER BİRİNİ DİKKATLİCE OKUYUNUZ. SONRA BU DURUMUN BUGÜN DE DAHİL OLMAK ÜZERE SON BİR AY İÇİNDE SİZİ NE ÖLÇÜDE HUZURSUZ VE TEDİRGİN ETTİĞİNİ GÖZ ÖNÜNE ALARAK AŞAĞIDA BELİRTİLEN TANIMLAMALARDAN UYGUN OLANININ NUMARASINI KARŞISINDAKİ BOŞLUĞA YAZINIZ. LÜTFEN BAŞLANGIÇ ÖRNEĞİNİ DİKKATLE OKUYUNUZ VE ANLAMADIĞINIZ BİR CÜMLE İLE KARŞILAŞTIĞINIZDA DANIŞINIZ.

ÖRNEK : Aşağıda belirtilen sorundan ne ölçüde rahatsızsınız?

CEVAP **Bel ağrısı** 2

TANIMLAMA

- 0 HİÇ
- 1 ÇOK AZ
- 2 ORTA DERECE
- 3 OLDUKÇA FAZLA
- 4 İLERİ DERECE

1	Baş ağrısı	
2	Sinirlilik ya da içinin titremesi	
3	Zihinden atamadığınız tekrarlayıcı, hoşla gitmeyen düşünceler	
4	Baygınlık veya baş dönmesi	
5	Cinsel arzu ve ilginin kaybı	
6	Başkaları tarafından eleştirilme duygusu	
7	Herhangi birinin düşüncelerinizi kontrol edebileceği duygusu	
8	Sorunlarınızın pek çoğundan başkalarının suçlanması gerektiği duygusu	
9	Olayları anımsamakta güçlük çekmek	

10	Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler	
11	Kolayca gücenme ve rahatsız olma hissi	
12	Göğüs ve kalp bölgesinde ağrılar	
13	Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	
14	Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	
15	Yaşamınızın sonlanması düşünceleri	
16	Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	
17	Titreme	
18	Çoğu kişiye güvenilmemesi hissi	
19	İştah azalması	
20	Kolayca ağlama	
21	Karşı cinsten kişilerden utanma ve rahatsız olma hissi	
22	Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi	
23	Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	
24	Kontrol edilemeyen öfke patlamaları	
25	Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	
26	Olanlar için kendini suçlama	
27	Belin alt kısmında ağrılar	
28	İşlerin yapılmasında erteleme duygusu	
29	Yalnızlık hissi	
30	Karamsarlık hissi	
31	Her şey için çok fazla endişe duyma	
32	Herkese karşı ilgisizlik hali	
33	Korku hissi	
34	Duygularınızın kolayca incitilebilmesi	
35	Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi	
36	Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	
37	Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	
38	İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak	
39	Kalbinizin çok hızlı çarpması	
40	Bulantı ve midede rahatsızlık hissi	

EK V (devamı)

41	Kendini başkalarından aşağı görme	
42	Adale (kas) ağrıları	
43	Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	
44	Uykuya dalmakta güçlük	
45	Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	
46	Karar vermede güçlük	
47	Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	
48	Nefes almada güçlük	
49	Soğuk ve sıcak basması	
50	Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu	
51	Hiçbir şey düşünmeme hali	
52	Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	
53	Boğazınıza bir yumru tıkanmış olması	
54	Gelecek konusunda ümitsizlik	
55	Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük	
56	Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	
57	Gerginlik veya coşku hissi	
58	Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	
59	Ölüm veya ölme düşünceleri	
60	Aşırı yemek yeme	
61	İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma hissi	
62	Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	
63	Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması	
64	Sabahın erken saatlerinde uyanma (uyku uyuyamama)	
65	Yıkanma, sayma, bir şeylere dokunma gibi hareketleri tekrar tekrar yapma hali	
66	Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	
67	Bazı şeyleri kırıp dökme hissi	
68	Başkalarının paylaşıp kabul etmediği, inanç ve düşüncelerin olması	
69	Başkalarının yanında kendini çok sıkılğan hissetme	
70	Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	

71	Her şeyin bir yük gibi görünmesi	
72	Dehşet ve panik nöbetleri	
73	Toplum içinde bir şey yer veya içerken huzursuzluk hissi	
74	Sık sık tartışmaya girme	
75	Yalnız bırakıldığında sinirlilik hissi	
76	Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	
77	Başkaları ile olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	
78	Yerinizde duramayacak kadar rahatsızlık duymak	
79	Değersizlik duygusu	
80	Size kötü bir şey olacaktı duygusu	
81	Bağırma ya da eşyaları fırlatma hali	
82	Topluluk içinde bayılacağınız duygusu	
83	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	
84	Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması	
85	Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	
86	Korkutucu türden düşünce ve hayaller	
87	Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	
88	Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama	
89	Suçluluk duygusu	
90	Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi	
TOPLAM		

EK VI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği

Şube : İdari Hizmetler Başkanlığı
Sayı : 67938315 / 8
Konu : Tez Çalışması Hk.

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gökçe Deniz UMSU'nun, "Alkol ve Madde Kullanımının Neden Olduğu Sorunlar (Komplikasyonlar) Nedeniyle Acil Servise Başvuran Olgularda Dürtüsellik, Mizaç Özellikleri, Kendini Yaralama ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını, Alsancak Devlet Hastanesi Acil Servisinde yapabilmesi hususunda;

Gereğini tensiplerinize arz ederim.

Mehmet Nil HIDIR
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR.

1.4/01/2014

Prof. Dr. Osman
Genel Sekreter

Nuri DİLEK
Genel Sekreter

Poligon mah. 123/11 Sk. No:6
35140 Karabağlar • İZMİR
Tel: 444 35 01 • Fax: 0 (232) 246 90 86
www.ikkh.gov.tr

Bilgi için:
Eğitim Birimi / N.KILIÇ
Tel: 444 35 01 / 1242-1239

★ Not • Cevabi yazılarınızda yazının tarih ve sayısını bildiriniz.



Sağlığınız mutluluğumuzdur
mir
124

EK VI (devamı)



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel: 0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Alkol ve Madde Kullanımının Neden Olduğu Sorunlar (Komplikasyonlar) Nedeniyle Acil Servise Başvuran Olgularda Dürtüsellik, Mizaç Özellikleri, Kendini Yaralama ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Değerlendirilmesi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU			
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Zeki YUNCU		
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları		
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	
	DESTEKLEYİCİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1 ☐	FAZ 2 ☐
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ		Yeni bir Endikasyon ☐ Yüksek Doz Araştırması ☐ Diğer ise belirtiniz: İlaç Dışı		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐		
Belge Adı		Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ				Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
OLGU RAPOR FORMU				Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar No: 13-11.1/12		Tarih: 13.12.2013		

KARAR BİLGİLERİ Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, **araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda** araştırmaya başlanmasında etik açıdan uygun bulunduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ÇALIŞMA ESASI BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu Prof. Dr. Ayşenur OKTAY						
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza	
Prof. Dr. Ayşenur OKTAY Başkan	Radyodiagnostik	EU. Tıp Fakültesi Radyoloji AD	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI	
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H		
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.U. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H		
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN Üye	Çocuk Nörolojisi	EU. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	S. P. 26.11	
Prof. Dr. Abdullah SAYINER Üye	Göğüs Hastalıkları	EU. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H		

Araştırma Başvurusu Onay Belgesi

Belge Kodu
22

Rev. Tarihi / No.su:
28.09.2011/05

Sayfa
1/2

EK VI (devamı)



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ

Karar No : 13-11.1/12

Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Uroloji	E.U. Tıp Fakültesi Uroloji AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☒ H	
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EU. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Doç. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.U. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.U. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. U. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yard. Doç. Dr. Gülsün AYGÖRMEZ Üye	Ceza Hukuku	Gediz Üniversitesi Hukuk Fakültesi	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma



4

Teşekkür

Araştırma konumun belirlenmesinde danışmanlığımı yapan, çalışmalarım sırasında desteğini ve rehberliğini hiçbir zaman esirgemeyen, kıymetli hocam Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ' ye, İzmir N.S.İ. Alsancak Devlet Hastanesi Acil Servis Birimi çalışanlarına ve tezimi tamamlamam konusunda beni her zaman motive eden ve destekleyen eşim Ali Murat Umsu' ya, biricik kızım Karen Deniz UMSU'ya teşekkürlerimi sunarım.



Özgeçmiş



Yüksek Hemşire Gökçe Deniz UMSU

Kişisel Bilgiler :

Doğum Tarihi : 02.07.1981

Doğum Yeri : Mersin

Medeni Hali : Evli

Adres : Körfez mah. 7383/2 sok. 232 Teraspark Evi. K:2 D:4 A1/G1 Blok
Bayraklı / İZMİR

Cep Tel : 0505 334 27 12

e-mail : deniz_24izm@hotmail.com

Eğitim Durumu :

Yüksek Lisans : Ege Üniversitesi Tıp Fak. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı
Bağımlılık Danışmanlığı Yüksek Lisansı (Tez Aşamasında)

Üniversite : Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (Lisans)

İş Tecrübesi : İzmir Alsancak N.S.İ. Devlet Hastanesi (2002-2019)

Katılınan Kongreler :

- Ondokuzmayıs Üniversitesi IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (5-6 Mayıs 2005)
- T.C. N.S.İ. Alsancak Devlet Hastanesi Nefrolojik Hastalara Acil Yaklaşım Semineri (25.2.2008)
- VI. Ege Diyabet Günleri Kursu (Ege Üniversitesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi) (19-21 Kasım 2008)
- Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Çocuk Hemşireliği Derneği Ankara Şubesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü işbirliği ile Pediatriye Hasta Güvenliği Kursu (16 Kasım 2009)

- Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Çocuk Hemşireliği Derneği Ankara Şubesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü işbirliği ile II. Ulusal ve I. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi (16-19 Kasım 2009)
- Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri (BATI) Enstitüsü “Addiction Course” Eğitimi (21-22 Ağustos 2011)
- İzmir Valiliği Sağlık Müdürlüğü Urla Bölge Eğitim ve Araştırma Merkezi “İletişim Eğitici Eğitimi” Kursu (14-18 Ocak 2019)

Sertifikalar :

- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası (16-18 Kasım 2005)
- T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu (1 Aralık - 30 Ocak 2009)
- T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi H1N1 İnfluenza A- Pandemisi Eğitimi (17-30 Ağustos 2009)
- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi denetiminde 450 saatlik Aile Danışmanlığı Eğitimi Sertifikası (4 Mayıs-5 Ekim 2013)
- T.C. İzmir Alsancak N.S.İ. Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hemşireliği Eğitim Programı Katılım Belgesi (21-22.09.2013 ve 05-06.10.2013)
- Ege Üniversitesi Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon Sertifikası (2015-2016)
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türk Kan Vakfı ve Türkiye Kan Merkezleri ve Transfüzyon Derneği tarafından düzenlenen Klinikte Kan Bileşenleri Kullanımı Eğitim Sempozyumları Katılım Belgesi (13 Ekim 2017)
- Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Sertifikası (DAS) (10-16 Şubat 2018)
- İzmir Valiliği Erasmus+ Programı Bilgilendirme Toplantısı ve Proje Geliştirme Eğitimi Katılım Belgesi (19.09.2018)
- İlk Yardım Eğitici Eğitimi (12 Mayıs – 16 Mayıs 2018)
- Eğitim Becerileri Eğitimi (Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Sağlıkta Öğretim Ana Bilim Dalı-Haziran 2019)

Yayınlar :

- Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilimdalı “Esnafların Sokak Çocuklarına İlişkin Bilgi ve Görüşlerinin İncelenmesi” adlı Lisans bitirme tezi (Ordu IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi) (Afiş Alanında)

- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Bağımlılık Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı “Alkol Kullanım Bozukluğu O lan Olgularda Duyusal Kapılama İşlevinin Mizaç ve Karakter Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi” konulu proje Çalışması (2010)

Bilgisayar Bilgisi :

Microsoft Office Programları (Word, Powerpoint,Excel), İnternet Explorer, SPSS

Yabancı Dil : İngilizce

Hobiler ve İlgi Alanları :

Müzik, sinema, tiyatro, kitap okumak, Yoga, Kişisel Gelişim ve Psikoloji bilimi dalında araştırma yapıp bilgi sahibi olmak, doğa yürüyüşü, Reformer Pilates.

Hedefleri :

Almış olduğum eğitim ve donanımımı uygulayabilecek projelerde çalışmak, yeniliklere açık, özverili, güncelliğini koruyabilen ve kendimi geliştirebileceğim bir ortamda görev yapmak, bu sahip olacağım tecrübenin verdiği güvenle bana verilen görevi en iyi şekilde yapabilmektir.