



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CİDDİ RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN MADDE
KULLANIMLARININ VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN
BELİRLENMESİ**

Tuğba KOCA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep
2022



T. C.
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CİDDİ RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN MADDE
KULLANIMLARININ VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN
BELİRLENMESİ**

Tuğba KOCA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep
2022

T.C.
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

CİDDİ RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN MADDE KULLANIMLARININ
VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN BELİRLENMESİ

Tuğba KOCA

Tez Savunma Tarihi: 01.07.2022

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Doç. Dr. Davut Sinan KAPLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans ” tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi İmzası

İmzası

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

.....

Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

.....

Dr Öğt. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇASLAN

.....

Dr. Öğt. Üyesi Şirin ÇELİKKANAT

.....

Dr. Öğt. Üyesi Safiye ÖZGÜÇ

.....

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

22.06.2022

TEŞEKKÜR

Bu alıŐma başta olmak üzere hayatımın her alanında bilgisi ve sevgisiyle yol gösteren, elinin sıcaklığını daima sırtımda hissettiğim, öğrencisi olduğum için kendimi Őanslı gördüğüm Sayın Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye, eğitimime katkıda bulunan saygıdeğer hocalarıma, veri toplama aŐamasında benden yardımlarını esirgemeyen tüm hastane çalıŐanlarına, çalışmaya katılan hastalara ve benim için her zaman elinden gelenin en iyisini yapmaya çalışan canım aileme sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

TUĞBA KOCA

Gaziantep/2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
TABLO LİSTESİ	v
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2.Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Sorusu	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.Ciddi Ruhsal Bozukluklar	6
2.2.Ruhsal Bozuklukların Prevelansı	7
2.3.Ruhsal Bozuklukların Hastalık Yüğü.....	7
2.4.Ruhsal Bozukluklar ve Eşlik Eden Madde Kullanım Bozuklukları	8
2.5.Ciddi Ruhsal Bozukluklarda Sigara Kullanım Bozukluğu.....	8
2.5.1. Şizofreni ve Sigara Kullanım Bozukluğu	10
2.5.2. İki Uçlu Bozukluk ve Sigara Kullanım Bozukluğu	11
2.5.3. Majör Depresyon ve Sigara Kullanım Bozukluğu.....	12
2.5.4. Anksiyete Bozuklukları ve Sigara Kullanım Bozukluğu.....	13
2.5.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Sigara Kullanım Bozukluğu	14
2.6.Ciddi Ruhsal Bozukluklarda Alkol Kullanım Bozukluğu.....	15
2.6.1. Şizofreni ve Alkol Kullanım Bozukluğu	15
2.6.2.İki Uçlu Bozukluk ve Alkol Kullanım Bozukluğu	16
2.6.3.Majör Depresyon ve Alkol Kullanım Bozukluğu.....	17
2.6.4.Anksiyete Bozuklukları ve Alkol Kullanım Bozukluğu	18
2.6.5.Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Alkol Kullanım Bozukluğu	18
2.7.Ciddi Psikiyatrik Bozukluklarda Madde Kullanım Bozukluğu.....	19
2.7.1.Şizofreni ve Madde Kullanım Bozuklukları	20
2.7.2.İki Uçlu Bozukluk ve Madde Kullanım Bozuklukları	21
2.7.3.Majör Depresif Bozukluk ve Madde Kullanım Bozuklukları	22
2.7.4.Anksiyete Bozuklukları ve Madde Kullanım Bozuklukları	23
2.7.5.Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Madde Kullanım Bozuklukları.....	23

2.8.Ruhsal Bozukluklarda Psikiyatri Hemşiresinin Rollerini.....	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	26
3.1.Araştırmanın Türü	26
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	26
3.4.Verilerin Toplanması.....	27
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	27
3.4.2. Madde Kullanım Özellikleri Formu	27
3.5.Verilerin Değerlendirmesi	27
3.6.Araştırmanın Etik İlkeleri.....	27
3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	28
4. BULGULAR	29
4.1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Tanıtıcı Özellikleri	29
4.2. Araştırmaya Katılan Kişilerin Madde Kullanım Özellikleri	33
4.2.1. Şizofreni ve Psikotik Bozukluk Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri	33
4.2.2. İki Uçlu Bozukluk Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri	40
4.2.3. Majör Depresyon Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri	47
4.2.4. Anksiyete Bozukluğu Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri	54
4.2.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri	60
4.2.6. Tercih Edilen Maddenin Kullanan Kişi Sayısına Göre Dağılımı	63
4.2.7. Farklı Ruhsal Bozukluklara Göre Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması	64
5. TARTIŞMA	65
5.1. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Sigara, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Özelliklerinin Tartışılması.....	66
5.2. İki Uçlu Bozuklukta Sigara, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Özelliklerinin Tartışılması.....	69
5.3. Majör Depresif Bozuklukta Sigara, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Özelliklerinin Tartışılması.....	71
5.4. Anksiyete Bozukluklarında Sigara, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Özelliklerinin Tartışılması.....	72
5.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sigara, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Özelliklerinin Tartışılması.....	74
Farklı Ruhsal Bozukluklara Göre Sigara, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Özelliklerinin Tartışılması.....	75
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	77
Sonuç	77
Öneriler.....	78

7. KAYNAKLAR.....	79
8.EKLER.....	94
EK 1: Sosyodemografik Bilgi Formu	94
EK 2: Madde Kullanım Özellikleri Formu.....	96
Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	104
Ek 4: Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	104
Ek 5: Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli İzin Yazıları.....	106
ÖZGEÇMİŞ.....	113



TABLO LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	299
Tablo 2. Şizofreni ve Psikotik Bozukluk Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri Dağılımı.....	33
Tablo 3. İki Uçlu Bozukluk Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri Dağılımı.....	40
Tablo 4. Majör Depresyon Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri Dağılımı.....	47
Tablo 5. Anksiyete Bozukluğu Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri Dağılımı	54
Tablo 6. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri Dağılımı	60
Tablo 7. Tercih Edilen Maddenin Kullanan Kişi Sayısına Göre Dağılımı	64
Tablo 8. Farklı Ruhsal Bozukluklara Göre Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması	64

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

- DALY:** Disability Adjusted Life Years (Tüm Hastalık ve Yaralanmalar Nedeniyle Kaybedilen Yaşam Yılları)
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- WHO:** World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
- YLD:** Years Lost with Disability (Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları)
- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk
- AKB:** Alkol Kullanım Bozukluğu
- DKB:** Dürtü Kontrol Bozukluğu
- ICD:** International Classification of Disease (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)
- STAI:** State-Trait Anxiety Inventory (Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği)
- LSD:** Liserjik asit dietilamid (Asit- halüsinojen psikoaktif madde)
- VHA:** The Veterans Health Administration (Gaziler Sağlık İdaresi)
- TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu
- UNODC:** United Nations Office on Drugs and Crime (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi)

ÖZET

CİDDİ RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN MADDE KULLANIMLARININ VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN BELİRLENMESİ

Tuğba KOCA

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Temmuz 2022, Sayfa 113

Bu çalışma ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalarda sigara, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı madde kullanımının birlikte görülme sıklığını ve bu ilişkiyi çeşitli yönleriyle araştırmak amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı türde yapılan araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinin ve bir üniversite hastanesinin psikiyatri poliklinik ve yataklı servisindeki hastalarla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, ikiuçlu bozukluk, majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluğu tanısı almış 358 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, Sosyodemografik Bilgi Formu ve Madde Kullanım Özellikleri Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılmıştır. Sigara kullanımında en yüksek grup şizofeni tanılı hastalar (%70.4) olmak üzere diğer ruhsal bozukluklar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Sigara kullanım oranı, çoktan aza doğru sırası ile şizofreni ve psikozla giden bozukluklar, iki uçlu bozukluk, majör depresyon, anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk şeklindedir. Hastaların alkol ve madde kullanım oranlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmaya dahil edilen hastalardan alkol ve madde kullanan kişilerde sigara içme deneyimi olduğu ve herhangi bir madde kullanımına en çok gençlik yıllarında başladığı saptanmıştır.

Sigara, alkol ve diğer madde kullanımının önlenmesi için psikiyatri hemşireleri tarafından risk faktörlerinin belirlenmesi, madde kullanım bozukluğu geliştirme riski yüksek olan hasta gruplarının bilinmesi, bu maddeleri kullanım oranı yüksek olan hasta grupları başta olmak üzere etkili başetme yöntemlerinin tedavile birlikte hastalara verilmesi önerilir. Ayrıca alkol ve diğer madde kullanımına geçişte basamak görevinde olan sigara kullanımının önlenmesinde özellikle psikiyatrik tıbbi tanısı bulunan hastaların risk grubunda değerlendirilmesi, birincil ruhsal hastalığın tedavisi yapılırken ya da tamamlandıktan sonra mevcut madde kullanım bozukluklarının tedavi edilmesi önerilir.

Anahtar kelimeler: Psikiyatri Hemşireliği, Ruhsal Bozukluk, Madde Kullanım Bozuklukları

ABSTRACT

THE DETERMINATION OF SUBSTANCE USE AND RELATED VARIABLES OF PATIENTS WITH SEVERE MENTAL DISORDER

Tuğba KOCA

Master Thesis, Psychiatric Nursing Department

Advisor: Prof. Dr. Derya TANRIVERDI

July 2022, Page 113

This study was conducted to investigate the frequency of co-occurrence of cigarette, alcohol and other addictive substance use in patients with severe mental disorders and this relationship with various aspects. The descriptive study was conducted with patients in the psychiatry outpatient clinic and inpatient service of a training and research hospital and a university hospital. The sample of the study consisted of 358 patients who met the diagnostic criteria of any of the following: schizophrenia and other psychotic disorders, bipolar disorder, major depressive disorder, anxiety disorders, and obsessive-compulsive disorders. Sociodemographic Information Form and Substance Use Characteristics Form were used to collect data. Descriptive statistics and a chi-square test were used to evaluate the data. It was observed that there was a significant difference between other mental disorders, with the highest smoking group being the patients diagnosed with schizophrenia (70.4%) ($p < 0.05$). The rate of smoking is as follows, from highest to lowest, schizophrenia and psychotic disorders, bipolar disorder, major depression, anxiety disorder, and obsessive-compulsive disorder. There was no significant difference in alcohol and substance use rates of the patients ($p > 0.05$). Among the patients included in the study, it was determined that people who use alcohol and substances have smoking experience and that any substance use is mostly started in the youth years.

In order to prevent the use of cigarettes, alcohol and other substances, it is recommended by psychiatric nurses to identify risk factors, to know the patient groups with a high risk of developing substance use disorders, and to give patients effective coping methods along with the treatment, especially patient groups with a high rate of use of these substances. In addition, it is recommended to evaluate the patients with a psychiatric disorder diagnosis in the risk group in order to prevent smoking, which is a stepping stone for the transition to alcohol and other substance use, and to treat existing substance use disorders during or after the treatment of the primary mental illness.

Keywords: Psychiatric Nursing, Mental Disorder, Substance Use Disorder

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ruh sağlığı bireyin, toplumun ve ülkelerin genel refahı için çok önemlidir. 2001 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımlanmış olduğu bildiriye göre yaklaşık 450 milyon kişinin nöropsikiyatrik bir bozukluk yaşadığı bilinmekte (1) ve nüfusun yaklaşık %25'i yaşamlarının belirli zaman dilimlerinde bazı psikiyatrik bozukluklarla mücadele etmek zorunda kaldığı bilinmektedir (2). Dünyada yeti kaybı ve erken ölüme yol açan on hastalıktan beşinin psikiyatrik bir bozukluktan kaynaklandığı bilinmektedir. Ruhsal bozukluklar, toplumda sadece psikolojik, ruhsal ve ekonomik yüke yol açmayıp aynı zamanda fiziksel hastalık riskini de artırmaktadır (3). Doğrusu psikiyatrik hastalıklar bizzat ölüme neden olmasalar bile yaygın engelliliklere neden olmakta ve ülkelerin sosyoekonomik düzeyi farketmeksizin artmaya devam etmektedir (4). Psikiyatrik bozuklukların toplumda görülme sıklığı artmakla birlikte yüksek hastalık yüküne, üretkenlik kaybına, morbiditeye ve mortaliteye neden olmaktadır (5).

2000 yılı küresel sağlık yükü içinde nöropsikiyatrik bozukluklar Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yıllarının (DALY) %12,3'ünü oluşturmaktadır. Bu hastalıkların başında majör depresyon, alkol kullanım bozuklukları, şizofreni ve iki uçlu bozukluklar gelmektedir (2). Ciddi ruhsal hastalıklar, bir veya birden fazla önemli yaşamsal faaliyetleri büyük ölçüde engelleyen, sınırlayan, ciddi fonksiyonel bozukluklara neden olan zihinsel, davranışsal veya duygusal sağlığın bozulması olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal hastalıkların yükü, özellikle ciddi ruhsal hastalıklar nedeniyle engellilik yaşayanlar arasında yoğunlaşmaktadır (6). Ruhsal hastalıklar toplumda sık görülmesi, kronikleşme oranının yüksek olması, işlevsellik üzerindeki olumsuz etkileri ve hastaların yaşam süresini kısaltması nedenleriyle öncelikli hastalıklar grubunda yer almaktadırlar (7). Ciddi ruhsal bozukluğu olan kişiler, olmayanlarla karşılaştırıldığında sağlıklarına yönelik önemli zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Örneğin; bu nüfusun sigara içme olasılığı ruhsal bozukluğu olmayan kişilere göre iki üç kat daha fazladır (8).

Yetişkin ruh sağlığı sorunları ile zararlı madde kullanımı arasında güçlü bir komorbidite vardır (9). Ciddi ruhsal bozukluğa sahip hastalarda alkol ve madde kullanım bozuklukları yüksek oranda eşlik etmektedir. Sadece ciddi ruhsal bozukluğa sahip hastalara kıyasla hem madde kötüye kullanımı hem de ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalar, klinik açıdan

daha kötü bir seyir izlemekte ve hizmet maliyetini artırmaktadır (10). Eşanlılığın hastalık prognozunu kötüleştirip, semptomatik ve işlevsel olarak hastalar için olumsuz sonuçlara yol açtığı bilinmektedir (11). Madde kullanım bozukluğu ve psikiyatrik bozuklukların birlikte görülme sıklığının yüksek olması nedeniyle, bu ilişkinin çeşitli yönlerini araştırmak önemlidir (12). Hemen hemen tüm psikiyatrik bozukluklarda yüksek oranlarda görülen alkol ve madde kullanım bozuklukları hastalık ve tedavi sürecini belirgin olarak etkilemektedir. Birincil hastalığın tedavisi yapılırken ya da tamamlandıktan sonra madde kullanım bozukluklarının tedavi edilmemesi, hastalık sürecini ağırlaştırmakta, tedaviye direnç oluşturmakta ve tedavinin daha da güçleşmesine yol açmaktadır. Bu nedenlerle birincil hastalıkla birlikte madde kullanım bozukluklarına da uygun bir tedavi yaklaşımı sergilenmesi zorunludur (13). Yapılan bir araştırma bize birlikte ortaya çıkan bozuklukları olan bireylerin, madde kullanım bozuklukları veya tek başına psikiyatrik bozuklukları olan hastalardan çeşitli nörobiyolojik yönlerden farklı olmalarının muhtemel olduğunu göstermektedir (12).

Aynı zamanda uyuşturucu kullanım bozukluğuna sahip hastaların %53'ünün alkol kullanım bozukluğuna sahip hastaların ise %37'sinin bir ya da birden fazla ruhsal bozukluğa sahip olduğu bilinmektedir (14). Bir arada bulunan madde kullanım bozuklukları ve psikiyatrik bozukluklar karşılıklı olarak birbirine zarar verir, hastaneye yatışları artırır, semptom remisyonunu geciktirir, intihar girişimi riskini artırır, tedavi ve prognozu ise karmaşılaştırır. İkili tanıya sahip ve her iki bozukluğun da tedavisini almayan çok sayıda hastada tedavi sonuçları olumsuzdur (15). Sigara kullanımı hastalardaki psikopatoloji düzeyinin daha ağır seyretmesine neden olmakla birlikte sigara bizzat psikopatoloji düzeyini arttırmaktadır. (16). Şizofreni hastaları arasında yaygın görülen madde kullanım bozukluğu hastalık seyrini daha da kötüleştirmektedir (17).

Madde kullanım bozukluklarının ortadan kaldırılmasında en etkili yöntemler önleme ve erken tanı konularak müdahale edilmesidir (18). Psikiyatri hemşirelerinin de ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını iyileştirmede önemli rolleri vardır (19). Bu kapsamda ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaların madde kullanım özelliklerinin belirlenmesi ve uygun terapötik yaklaşımların uygulanması son derece önemlidir. Literatürde psikiyatrik bozukluğu olan hastaların madde kullanım özellikleri ayrı çalışmalar halinde yapıldığı görülmüştür. Aynı zamanda sadece sigara, alkol ya da uyuşturucu madde kullanım özelliklerinden birisi araştırılmıştır. Bu çalışmada eş zamanlı

olarak farklı psikiyatrik bozukluklar ele alınarak sigara, alkol ya da diğerk bağımlılık yapıcı madde kullanım özellikleri incelenmiştir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, ciddi ruhsal bozukluklarda madde kullanımının birlikte görülme sıklığını ve bu ilişkili değişkenleri çeşitli yönleriyle araştırmak amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Sorusu

1. Ciddi ruhsal bozukluklarda sigara kullanımının birlikte görülme sıklığı nasıldır?
2. Ciddi ruhsal bozukluklarda alkol kullanımının birlikte görülme sıklığı nasıldır?
3. Ciddi ruhsal bozukluklarda diğerk bağımlılık yapıcı madde kullanımının birlikte görülme sıklığı nasıldır?
4. Ciddi ruhsal bozukluğu olan hasta grupları arasında madde kullanım özellikleri açısından anlamlı farklılık var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ciddi Ruhsal Bozukluklar

Ruhsal hastalıkların en az bedensel hastalıklar kadar insanların işlerini ve günlük yaşantılarını etkilediği bilinmektedir (20). Dünya çapında önde gelen on engellilik nedeninin beşi psikiyatrik bozukluklardan kaynaklanmaktadır. Bunlar majör depresyon, alkol kullanım bozukluğu, iki uçlu bozukluk, şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluktur (21). Ruhsal hastalıklar toplumda sık görülmesi, kronikleşme oranının yüksek olması, işlevsellik üzerindeki olumsuz etkileri ve hastaların yaşam süresini kısaltmasından dolayı öncelikli hastalıklar grubunda yer almaktadır (7). Ciddi ruhsal hastalığı olan kişiler, genel nüfusa göre kronik hastalıklar açısından daha yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olup (19), beden sağlığı açısından daha kötü etkilenmektedirler (22, 23). Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin, kardiyovasküler hastalıklar (19) ve ölüm oranları açısından genel popülasyondan 2-3 kat daha fazla risk altında olduğu bilinmektedir. Bu sağlık eşitsizlikleri nedeni ile hastaların ortalama yaşam süresinin 10-28,5 yıl kısaldığı tahmin edilmektedir (24).

Ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaların fiziksel sağlıkları genel nüfusa kıyasla önemli ölçüde daha kötüdür (22). Amerika'da şizofreni ve iki uçlu bozukluğu olan 200 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada; şizofreni hastalarının %25'inde ve iki uçlu bozukluğu olanların %36'sinde hipertansiyon, şizofreni hastalarının %15'inde ve iki uçlu bozukluğu olanların %25'inde kronik bronşit, şizofreni hastalarının %16'sında ve iki uçlu bozukluğu olan kişilerin %19'unda astım tanısı eşlik etmektedir (25). Diyabet tanısı ise genel topluma oranla şizofreni hastalarında 2-3 kat daha sık görülmektedir (26, 27). Ayrıca genel nüfusa oranla ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalar arasında HIV enfeksiyonu tanısı alma olasılığı daha yüksek oranlarda bildirilmektedir. Ciddi ruhsal hastalıklar sadece bireyi değil ailelerini de etkilemektedir (28).

Şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklara sahip olan kişilerde sigara, yüksek alkol tüketimi, kötü beslenme ve yetersiz egzersiz gibi önlenabilir risk faktörleri daha sık görülmektedir. (29). Yasa dışı uyuşturucu veya alkol kullanımı oranları ise büyük ölçüde artmaktadır (14).

2.2.Ruhsal Bozuklukların Prevelansı

Ruhsal ve davranışsal bozukluklar özel bir gruba ait olmamakla birlikte tüm bölgelerde, ülkelerde ve toplumlardaki insanlarda bulunmaktadır (1). 2001'de Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımlamış olduğu bildiride yaklaşık 450 milyon kişinin nöropsikiyatrik bir bozukluk yaşadığı bilinmekte (1) ve nüfusun yaklaşık %25'i yaşamlarının belirli zaman dilimlerinde bazı psikiyatrik bozukluklarla mücadele etmek zorunda kalmaktadır (2).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması sonuçlarına göre, psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı %17,2'dir (31). Bu oranlar toplumda altı kişiden birinde tanı konacak düzeyde psikiyatrik hastalığın bulunduğunu ortaya koymaktadır (20).

Kadınlar arasında daha yaygın olan depresyon ve erkekler arasında daha yaygın olan madde kullanım bozuklukları dışında, ciddi ruhsal bozuklukların yaygınlığı eşit derecede görülmektedir (1).

2.3.Ruhsal Bozuklukların Hastalık Yüğü

Genellikle ciddi engelliliğe neden olan yaygın bozukluklar arasında depresif bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, şizofreni, epilepsi, Alzheimer hastalığı, mental retardasyon, çocukluk ve ergenlikteki bozukluklar yer almaktadır (32).

2000 yılı küresel sağlık yükü içinde nöropsikiyatrik bozukluklar Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yıllarının (DALY) %12,3'ünü oluşturmaktadır (2). Hıfzıssıhha Mektebi'nin yaptığı Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda (2004) hastalık yükü oluşturan temel hastalık gruplarında birinci sırada kardiyovasküler hastalıklar, ikinci sırada %19 ile nöropsikiyatrik bozukluklar yer alırken, Engellilikle Kaybedilen Yaşam Yılı (YLD) dağılımında ilk sırada nöropsikiyatrik hastalıklar bulunmaktadır. (33, 34). Cinsiyete göre YLD'ye sebep olan ilk 20 neden arasında erkeklerde beş psikiyatrik hastalık, kadınlarda dört psikiyatrik hastalık (1.sırada unipolar depresyon olmak üzere) bulunmaktadır (34).

Psikiyatrik bozukluğu olan kişiler arasındaki ölümlerin toplam %67,3'ü doğal nedenlerden, %17,5'i doğal olmayan nedenlerden ve geri kalanı ise bilinmeyen nedenlerden kaynaklanmaktadır. Kaybedilen potansiyel yaşamın ortalama yılı 10 yıldır. Dünya çapındaki ölümlerin %14,3'ünün veya her yıl yaklaşık 8 milyon ölümün psikiyatrik bozukluklardan kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Psikiyatrik bozukluklar dünya çapında en önemli ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (35).

2.4.Ruhsal Bozukluklar ve Eşlik Eden Madde Kullanım Bozuklukları

Bağımlılık; bireylerin beden ve ruh sağlığını bozarak kişilere zarar vermesine rağmen kullanımı sınırlandırılmayan ve kullanım dozu artarak devam eden, kişilerin sosyal işlevselliğini, aile ve iş uyumunu bozacak kadar tütün, alkol ve diğer uyuşturucuların kullanımıyla karakterize önemli bir halk sağlığı sorunudur (36-38). Madde kullanım bozukluğu çok çeşitli tıbbi sorunlara, sosyal ve toplumsal işlevselliğin bozulmasına, üretken geçen yaşam yıllarının kaybına ve hatta ölüme sebebiyet verebilmektedir (39). Madde kullanım bozukluğu hemen hemen tüm organları etkileyen ve tekrarlayabilen bir durumdur (40).

Birlikte ortaya çıkan bozuklukları olan hastaların, çeşitli nörobiyolojik yönlerden tek başına madde kullanım bozukluğu veya psikiyatrik bozukluğa sahip olanlardan daha farklı olma ihtimalinin yüksek olduğu belirtilmektedir (12). Psikiyatrik bozukluğu olan sigara içen hastalarda sigarayı bırakmanın daha zor ve tedavinin daha yoğun olması gerekebilmektedir (41). Ciddi ruhsal hastalığı olan çok sayıda insanda maddenin kötüye kullanımı ya da alkol kullanım bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. ABD'deki epidemiyolojik çalışmalar ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların herhangi bir maddeye olan bağımlılığının yüksek oranlarda olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda uyuşturucu kullanım bozukluğuna sahip hastaların %53'ü, alkol kullanım bozukluğuna sahip hastaların ise %37'si bir ya da birden fazla ruhsal bozukluğu olduğu bilinmektedir (14).

2.5.Ciddi Ruhsal Bozukluklarda Sigara Kullanım Bozukluğu

Tütün birçok ülkede önlenemez erken ölümlerin en büyük nedenini oluşturmaktadır (42). Ülkemizdeki psikiyatrik bozuklukları olan hastaların yaklaşık yarısının, tüm literatüre bakıldığında ise psikiyatrik hastaların %40-90'ının sigara kullanım bozukluğuna sahip olduğu bilinmektedir (43). Psikiyatrik hastalığı olan kişilerin sigara içme durumları diğerlerine göre yaklaşık iki kat daha fazla görülmektedir (44).

Tütün kullanma durumuna atfedilebilir hastalık yükü %8,6 gibi büyük bir paya sahiptir ve tütün kullanımı ile ilişkili olan hastalıklardan kardiyovasküler hastalıkların %3, kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOA) %1,4'ünden sorumludur (33). Tütün kullanımı sadece tıbbi hastalıklara neden olmakla kalmayıp aynı zamanda tütünde bulunan nikotin maddesi beynin işlevini değiştirmektedir. Sigara içmek psikiyatrik ilaçların metabolizmasını, ilaçların kandaki düzeylerini, etkinliğini ve yan etkilerini değiştirmektedir (45-47). Psikiyatrik hastalıkların semptomlarını da değiştirmektedir (47).

Yaygın olarak kullanılan birçok psikiyatrik ilacın metabolize edilme oranını artırarak, doz gereksiniminin artmasına, ilaç yan etkilerine ve sağlık maliyetlerine neden olmaktadır (48). Sigara içenler genellikle sigara içmeyenlere kıyasla iki kat daha fazla ilaç dozuna ihtiyaç duyarlar. Sigaranın bırakılmasıyla ilacın kandaki seviyesinde yükselmesi riski olabileceği için toksisite veya ilaç yan etkileri ortaya çıkabilmektedir. Tütün yoksunluğu dönemlerinde hastalar ilaç yan etkileri ve semptom değişiklikleri açısından da izlenmelidir (45). Nikotin kullanımı, tıbbi morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir halk sağlığı sorunudur (47) ve fiziksel bağımlılıkla sonuçlanabilen maliyetli bir alışkanlıktır. Aynı zamanda tütün bağımlılığının toplumda ve ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalarda diğer madde kullanım bozukluklarına yakalanma riskini artırdığı da bilinmektedir (46).

Ciddi psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde sigara kullanımı yaygındır (49) ve bu gruptaki hastalarda bir arada ortaya çıkan en yaygın bozukluk tütün bağımlılığıdır (48). ABD’de yapılan bir çalışmada değişik ruhsal hastalığı olan bireyler arasında sigara içme alışkanlığına bakıldığında; sigara içme oranı depresif bozuklukta %44.7, panik bozukluğunda %46,4, alkol kullanım bozukluğunda %56.1, madde kullanım bozukluğunda %67.9, iki uçlu bozuklukta %60,6 psikiyatrik hastalığı olmayanlarda ise %22.5 olarak belirlenmiştir (50).

Ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerde sigara içme sıklığı, genel nüfusa oranla daha fazla görülmektedir (51). Toplumda sigara kullanımındaki önemli düşümlere rağmen psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde tütün bağımlılığı oranları yüksek kalmaya devam etmektedir (48). Tütün kullanımı, alkol veya yasa dışı uyuşturucu kullanımına ve diğer kendine zarar verme davranışlarına karşı daha az zararlı bir alternatif olarak görülmektedir (52). Yaygınlığının yüksek düzeyde olmasına rağmen büyük oranda göz ardı edilmektedir. Şizofreni, iki uçlu bozukluk ve diğer ciddi ruhsal bozukluğa sahip bireylerin yaklaşık %75-85’i tütün kullanmaktadır (48). Psikiyatrik bir tanısı olan ve sigara kullanan hastalar, genellikle şiddetli yeti yitimi yaşarlar, sık sık bırakmaya çalışırlar ve profesyonel yardım olmadan bırakma konusunda minimum başarı elde ederler (53). Ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalardan sigara içenler, sigara içmeyenlere oranla psikiyatrik semptomlarda artış görülmekle birlikte yüksek ilaç dozları ve hastaneye yatış ihtiyacı duyarlar (45). Ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalardan ağır\yoğun sigara içenler, sigara içmeyenlere veya hafif sigara içenlere oranla artmış pozitif semptomlara (halüsinasyonlar ve sanrılar) ve azalmış negatif semptomlara (anhedoni, afazi, künt duygulanım, düşük motivasyon ve zayıf sosyal beceriler) sahiptir (48). Ciddi ruhsal bozukluğu olan kişiler sağlık durumları ile ilgili

önemli zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Çünkü bu hastaların sigara içme olasılığı ruhsal bozukluğu olmayan kişilere göre 2-3 kat daha fazladır (8,44). Bu hastaların çoğunun tütün kaynaklı tıbbi hastalıklar nedeniyle yaşam kalitelerinin düşeceği veya öleceği beklenmektedir (48). Sigarayı bırakma programının mevcut ruh sağlığı tedavi hizmetlerine entegrasyonu ile birlikte, hastaların başarısı için büyük fırsatlar sunabilir (8).

1997–2015 yılları arasında ABD Ulusal Sağlık Görüşmesi anketlerinden alınan 19 yıllık verilerle yapılan çalışmada psikolojik rahatsızlığı olan ve olmayanlarda sigara içme prevalansının zamanla azalmakta, bırakma girişimlerinin artmakta olduğu ve her gün içilen sigaranın azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde genel nüfustan daha fazla sigara içilmesine rağmen, tıpkı hastalığı olmayanların nüfusu gibi sigarayı bırakmaya ve zaman içinde tüketimi azaltmaya bile isteklidirler. Uygun özel müdahaleler ve bırakma yardımı ile bu daha ağır sigara içenler sigarayı başarıyla bırakabilirler. Ruh sağlığı ortamlarında bu amaca ulaşmak için sigarayı bırakmaya daha fazla dikkat edilmelidir. Sağlık sonuçlarını iyileştirmek ve sağlık eşitliğini artırmak için, tütün kontrol politikaları tüm sigara içen alt gruplarını bu yumuşama eğrilerinden aşağı taşımaya devam etmelidir (54). Ciddi ruhsal bozukluğa sahip hastalarda sigara içme çok yaygın olmasına ve ciddi bir mortalite ve morbidite nedeni olmasına rağmen bu hastalara sigarayı bırakma konusunda çok gayretli davranılmamaktadır. Oysa son yıllarda yapılan tedavi çalışmaları göstermiştir ki, ciddi psikiyatrik bozukluğu olan yani sigarayı bırakmaları çok zor olarak görülen hasta grubunda sigarayı bırakma tedavilerinin bazı değişiklikler yapılarak uygulanmasıyla başarılı sonuçlar alınabilmektedir (49).

2.5.1. Şizofreni ve Sigara Kullanım Bozukluğu

Sigara, kırılması zor bir bağımlılıktır ve şizofreni hastaları için en yaygın eş tanıdır (55). Bütün araştırmalar, özellikle psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi ciddi psikiyatrik bozukluğu olanlarda sigara içmenin çok yaygın olduğunu göstermektedir (49). Bu hastalar arasında özellikle şizofreni hastalarının %52-59 oranında sigara içtikleri bildirilmektedir (56). Karşıdağ ve ark.'ın (2005) şizofreni hastaları ile yaptığı bir çalışmada sigara kullanan şizofreni hastalarındaki psikopatoloji düzeyinin daha ağır olduğu, yatış sayısının 2-6 kat daha fazla olduğu ve sigaranın bizzat psikopatolojiyi artırdığı sonucuna varılmıştır (16). 1999-2016 yılları arası yapılan bir çalışmada şizofreni ve bipolar bozukluğu olan bireylerle psikiyatrik bozukluğu olmayan bireylerin sigara içme sıklığı ve tüketim miktarı incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda iki grup arasında sigara içme sıklığı ve tüketim miktarı bakımından belirgin farklar ortaya çıkmıştır. Şizofreni

hastalarının %62'si, bipolar bozukluğu olanların %37'si ve psikiyatrik bozukluğu olmayan katılımcıların (kontrol grubu) % 17'si halen sigara içmekte olduklarını bildirmiştir (57).

Psikolojik faktörler şizofreni hastalarında nikotin kullanımını etkileyebilir. Sigara içenlerde nikotin, davranışsal uyarılma ve gevşeme sağlar. Sigara içenler, sigara içmenin zevkli olduğunu, uyanık hissettirdiğini ve kaygıyı, sinirliliği, depresif hissetmeyi azaltmaya yardımcı olduğunu belirtmektedir. Şizofreni hastaları, bu etkileri nedeniyle özellikle psikopatolojiyi ve ilaç yan etkilerini azaltmada etkili bulabilirler. Nikotin konsantrasyonu artırabildiği, can sıkıntısı, kaygı, hareket bozukluğu ve şizofreninin negatif semptomları gibi belirtileri azalttığı düşüncesiyle kendi kendine tedavi yöntemi olarak seçilebilmektedir. Sigaranın sosyal çekingenliklerini azalttığı ve bağımlılık ihtiyaçlarının tatmin edilmesini sağladığı gibi nedenlerle tercih edilebilmektedir (46). Şizofreni hastalarının hastalık semptomları kendi kendine tedavi etmek için nikotini nasıl ve neden kullandıklarını anlamak hem şizofreni hem de nikotin bağımlılığı için yeni tedavilerin geliştirilmesini sağlayacaktır (58). Şizofreni hastalarına yönelik hazırlanmış sigara bırakma programının etkinliğini değerlendirmek için yapılan kontrolsüz bir çalışmada; şizofreni hastalarının sigarayı bırakmasının mümkün olduğu sonucuna varılmıştır. Şizofreni hastaları için sigarayı bırakmak imkânsız bir görev olarak görülmemelidir (59).

Sigara içen şizofreni hastalarına, sadece nikotin yoksunluğunun fiziksel semptomlarını değil, aynı zamanda bağımlılığın psikolojik nedenlerini ve nikotin yoksunluğunun psikotropik ilaçların kan seviyeleri üzerindeki etkilerini de ele alan kapsamlı bir tedavi sunulmalıdır. Ayrıca şizofreni hastalarında nikotin kullanımının sınırlandırılmasıyla, bu hastaların alkol ve diğer uyuşturucu kullanım bozukluklarının da azaltılmasında etkili olacağı beklenmektedir (46).

2.5.2. İki Uçlu Bozukluk ve Sigara Kullanım Bozukluğu

İki uçlu bozukluk, önemli ölçüde psikososyal ve ekonomik morbidite ile ilişkili ciddi bir duygudurum bozukluğudur (60). İki uçlu bozukluğu olan kişilerde sigara içme oranları yüksektir (61). Tütün içmek iki uçlu bozukluğun küresel yükünü artırmaktadır (62).

Amerika ve Avrupa'da yapılan kontrollü çalışmalar, iki uçlu bozukluğu olan hastalarda sigara kullanımının genel toplumdan 2–3 kat fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Sigara kullanan bipolar hastalarında duygudurum belirtilerinin daha şiddetli olduğu gösterilmiştir. Bu hastalarda hızlı döngülülük, genel hastalık şiddetinin fazla olması,

intihar düşüncesi ve girişimleri, depresif belirtilerin şiddetli olması söz konusudur (36). Fransa'da 616 bipolar bozukluk tanılı hasta ile yapılan kesitsel bir örneklemede; 300 vaka (%49) şu anda sigara kullanmakta, 78 (%13) eski sigara içenler ve 238 (%39) kişi hiç sigara içmemiştir. Çalışmanın sonucunda tütün kullanımının, bipolar bozukluğun küresel yükünü artırdığını ve eski sigara içenlerde alkol-madde kullanım bozukluğuna sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (62).

Ayakta tedavi gören psikiyatri hastaları ile yapılan bir çalışmada sigara içme prevalansı, özellikle şizofreni (%88), mani (%70) ve daha ağır hastalar arasında yaygın olduğu görülmüştür (63). Yapılan başka bir çalışmada ise eşlik eden ruhsal hastalıkların sayısı arttıkça sigara içme sıklığının arttığı ve ciddi ruhsal bozukluk tanısı almış kişiler arasındaki bırakma girişimlerinin ruhsal bozukluğu olmayanlarla karşılaştırıldığında daha düşük bırakma oranlarının olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum bırakmada daha düşük başarıya işaret etmektedir (64). İki uçlu bozukluk hastalarında sigara kullanımının yaygın olmasının nedeni, hem sigaraya başlama olasılıklarının yüksek hem de sigarayı bırakabilme olasılıklarının görece düşük olmasıyla ilişkilidir (36).

2.5.3. Majör Depresyon ve Sigara Kullanım Bozukluğu

Depresyon çok yaygın ve ciddi yeti yitimine neden olan bir bozukluktur. En sık rastlanan psikiyatrik bozukluğun depresif bozukluk olduğu bildirilmiştir (36). Depresyon ve sigara, dünya çapında engellilik, ölüm ve morbiditenin önde gelen nedenleridir (65). Sigara kullanımı ile depresyon arasında iki yönlü ilişki vardır. Sigara içenler arasında depresyon sık görülür. Depresyondaki kişiler daha fazla sigara içerler (50). Depresyon, nikotin bağımlılığı için bir risk faktörüdür ve sigara içenlerde depresyon öyküsü daha sıktır (36). Birlikte meydana gelen sigara ve depresyon üzerine onlarca yıl süren araştırmaya rağmen, sigarayı bırakma oranları, genel popülasyondaki sigara içenlere göre depresif içiciler için tutarlı bir şekilde daha düşük kalmaktadır. Mathew ve arkadaşları tarafından 297 makale incelenmiş ve sigara içenler arasında sürekli sigara içmenin altında yatan üç temel mekanizma tanımlanmıştır bunlar; düşük pozitif duygu, yüksek olumsuz duygu ve bilişsel bozukluktur (66).

Cooper ve arkadaşları (2016), depresif semptomları olan sigara içenlerin daha fazla sigarayı bırakma girişiminde bulunduğunu ve sigarayı bırakmak için daha yüksek bir motivasyona sahip olabileceğini, ancak aynı zamanda ilk ay içinde nüksetme olasılığının daha yüksek olduğu sonuçlarına ulaşmıştır (67). Weinberger ve arkadaşları (2016),

depresif semptomları veya bozuklukları olan kişilerin epidemiyolojik veri analizlerini incelemiş ve buna göre depresyonu olan kişilerin sigara içme olasılıklarının daha yüksek olduğu, tekrarlama olasılıklarının daha çok görüldüğü ve sigarayı bırakmakta daha fazla güçlük çektikleri sonuçlarına ulaşmışlardır (65). San ve ark.'ın yaptığı bir çalışmada (2020), depresyon düzeyi ile madde bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (68).

2.5.4. Anksiyete Bozuklukları ve Sigara Kullanım Bozukluğu

Anksiyete, dünya çapında en yaygın ruh sağlığı sorunlarından biridir ve sigara içmeyle belirgin bir şekilde birlikte ortaya çıkar (69). Sigara, depresyon ve bazı anksiyete bozuklukları için bilinen bir risk faktörüdür (70). Özellikle nikotin bağımlılığı, depresyon ve anksiyete bozukluklarının daha şiddetli semptomları ile ilişkilidir (71). Sigara içenlerin, içmeyenlere göre anksiyete bozuklukları/duygudurum bozuklukları ve psikoz gibi hastalıkların tanı kriterlerini karşılama olasılığı daha yüksektir (72). Tütün kullanımı, belirli anksiyete bozukluklarının daha sonra gelişme riskini artırır ve anksiyete bozukluğu olan sigara içenler, sigarayı bırakma sırasında anksiyete bozukluğu olmayan sigara içenlere göre daha şiddetli yoksunluk belirtileri gösterirler (73). ABD'de yapılan bir çalışmada, halen bağımlı sigara içimi olan bireylerde mevcut anksiyete/duygudurum bozuklukları pozitif ilişkili olduğu ve önceden bağımlı olmayan bireylerde sigara içimi mevcut anksiyete/duygudurum bozuklukları ile negatif ilişkili olduğu bildirilmiştir (74).

Psikiyatri hastalarının sigara içme davranışını incelemek için yapılan bir çalışmada, panik bozukluk %23.3 (N = 61), sosyal anksiyete bozukluğu %15.6 (N = 41), diğer anksiyete bozuklukları %7.3 (N = 19), majör depresif bozukluk %30.2 (N = 79), ve komorbidite bozuklukları %23.7 (N=62) olan toplamda 262 hastaya sigara içme davranışı hakkında bir öz değerlendirme anketi uygulanmıştır. Bu hastaların %26.3'ünün (N = 69) sigara içmekte olduğu, %23.7'sinin (N = 62) daha önce sigara içtiği ve %50'sinin (N = 131) sigara içmediği belirlenmiştir. Sigara içenler arasında nikotin bağımlılığı prevalansı %59'dur. Sigara içme sıklığı, beş tanı sınıfı arasında anlamlı bir farklılık göstermemekle birlikte sosyal anksiyete bozukluğu hastalarının en çok sigara içenler (%75.0) ve sigarayı bırakma girişimleri daha başarısız (%89.0) olan grup olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (75).

Ciddi ruhsal hastalığı olan sigara içenlerde sigarayı bırakma ile anksiyete belirtileri, depresyon ve aşırı alkol tüketimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ise sigaranın

birakılmasıyla aşırı alkol tüketimi, depresyon ve anksiyete belirtileri ilişkilendirilmemiştir. Bu bulgular, sigarayı bırakmanın bu hastalar için zararlı olmadığını göstermektedir (76).

2.5.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Sigara Kullanım Bozukluğu

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), önceki ve son raporlarda diğer psikiyatrik bozukluklara kıyasla sigara içme prevalansının daha düşük olduğunu göstermiştir. Uluslararası Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları Birliği ağı aracılığıyla toplanan 504 OKB hastasından oluşan uluslararası bir örnekleme yaygınlık ve klinik bağıntılar değerlendirilmiştir. Sigara içimi, ülkeler arasında önemli farklılıklarla birlikte, örnekleme %24,4'lük bir dönemsel yaygınlık göstermiştir. Kadınların sigara içen hastaları daha fazla temsil ettiği belirlenmiştir (%16'ya karşı %7; $p<.001$). Diğer psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda yapılan önceki çalışmaların bulgularına kıyasla OKB hastaları arasında daha düşük bir sigara içme prevalansı bulunmuştur, ancak önceki ve daha yeni OKB çalışmalarına kıyasla sonuçlar daha yüksektir (77).

OKB, kompulsif ve impulsif özellikleri olan bir bozukluktur. Bağımlılık, kompulsivite ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, 121 OKB hastasının sigara içme durumları incelenmiştir. Bu çalışmada sigara içen ve içmeyen OKB hastalarında dürtüsellik karşılaştırılmıştır. Daha sonra dürtüsellik, OKB ve bağımlılık şiddetleri ilişkisi incelenmiştir. OKB, bağımlılık ve yüksek dürtüsellik izlenen diğer patolojik durumlara sıklıkla eşlik etmeleri nedeniyle depresyon ve anksiyete belirtileri de değerlendirilmiştir. Hastaların sigara içme yaygınlığı %42.14 olarak bulunmuştur. Dürtüselligi fazla olan nikotin bağımlılarında daha şiddetli OKB, kompulsivitenin yüksek olması nedeniyledir. Bu sonuç kompulsivite, dürtüsellik ve bağımlılık ilişkisini desteklemektedir (78).

OKB tanılı 167 hasta ile yapılan başka bir çalışmada yıkama, tabu düşünceleri ve simetri-sayma-tekrar-sıralama gibi belirti boyutlarına sahip hastaların sigara içme durumu sorgulanmıştır. Sigara içme durumu semptom boyutları farklı olan hastalarda anlamlı farklılık göstermiştir. Sigara içenlerin oranı yıkananlarda en düşük (%30, $n=12$) ve simetri-sayma-tekrar-sıralamada en yüksekti. Bu çalışmada OKB'nin, sigara kullanımı açısından heterojen bir bozukluk olduğu sonucuna ulaşılmıştır (79).

2.6.Ciddi Ruhsal Bozukluklarda Alkol Kullanım Bozukluğu

Alkol kullanım bozuklukları dünya çapında en yaygın ruhsal bozukluklar arasındadır (80). Alkol tüketimi, kronik hastalık ve yaralanma için önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (81). Alkol kullanım bozuklukları yaygın görülmekle birlikte büyük bir sakatlık ve ölüm yükü ile ilişkilendirilmektedir (82). Alkol bağımlılığı yüksek oranda morbidite ve mortalite nedeni olarak gösterilmektedir (83). Dünyadaki toplam yetişkin nüfusun yarısı kadar (2 milyon) kişi alkol kullanmaktadır ve alkol kullanım bozukluğuna sahip 76,4 milyon kişinin olduğu tahmin edilmektedir (9). Alkolün zararlı kullanımı dünya çapındaki tüm ölümlerin %5,9'unu oluşturmaktadır. Bu oran her yirmi ölümden birinin alkol kaynaklı olduğunu göstermektedir (84). Yaşam-yıllarına göre ayarlanmış küresel engelliliğin % 4,6'sı alkole atfedilmektedir (81).

Alkolün zararlı kullanımı, aile üyeleri, arkadaşlar, iş arkadaşları ve yabancılar gibi diğer kişilere de zarar verebilir. Genel olarak toplum üzerinde önemli sağlık, sosyal ve ekonomik yüke neden olmaktadır (85). Grant ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu ile diğer madde kullanım bozuklukları, majör depresyon, bipolar I bozukluk, özgül fobi ve antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları arasında önemli ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca kalıcı depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluk ve yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu ile yaygın anksiyete bozukluğu arasında da önemli ilişkiler gözlemlenmiştir (80). Duygudurumda meydana gelen belirtileri bastırmak (hafifletmek) için içilen alkol önce bağımlılığın gelişmesi sonrasında bağımlılığın kalıcı olması ile ilişkilendirilmiştir (15,86). Alkol bağımlılığı diğer tüm madde ve psikiyatrik bozukluklarla güçlü ve anlamlı ilişkiler göstermiştir (15).

2.6.1. Şizofreni ve Alkol Kullanım Bozukluğu

Şizofreni hastaları, madde kötüye kullanım bozuklukları geliştirme riski altındadır (87). Şizofreni veya şizoaffektif bozukluğu olan bireyler arasında alkol kullanım bozukluğu yaygındır ve birlikte ortaya çıkan alkol kullanım bozukluğu olmayanlara göre sonuçlar daha kötüdür (88). Epidemiyolojik çalışmalar, Alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde eşzamanlı psikiyatrik bozuklukların yüksek prevalanslarının olduğunu ve psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde genel popülasyondan daha yüksek alkol kullanım bozukluğu prevalansı olduğunu göstermiştir (89).

Hindistan'da yapılan bir çalışmada alkolün opioidler ve esrarla karşılaştırıldığında daha çok kendi kendine tedavi amacıyla kullanıldığı yönünde bir eğilim olduğunu göstermiştir (90). ABD'deki toplam topluluk ve geleneksel nüfusta eşlik eden alkol, uyuşturucu madde ve ruhsal bozuklukların yaygınlığı, Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü Epidemiyolojik Havza Alanı Programında 20.291 kişi ile belirlenmiştir. ABD nüfusunda tahmini yaşam boyu yaygınlık oranları, herhangi bir madde kötüye kullanımı olmayan ruhsal bozukluk için %22,5, alkol bağımlılığı için %13,5 ve diğer uyuşturucu bağımlılığı için %6,1'dir. Ruhsal bozukluğu olanlar arasında, bazı bağımlılık bozukluklarına sahip olma olasılık oranı %2,7 ve yaşam boyu yaygınlık yaklaşık %29'dur. Alkol veya başka bir uyuşturucu bozukluğu olanlar için, diğer bağımlılık bozukluğuna sahip olma olasılığı, nüfusun geri kalanından yedi kat daha fazladır. Alkol bozukluğu olanların %37'sinde eşlik eden bir ruhsal bozukluk vardır (91).

1973-2004 yılları arasında İsveç'te şizofreni tanısı konan 12.653 kişiyle ulusal kayıtlardan alınan verileri kullanarak retrospektif bir vaka kontrol çalışması uygulanmıştır. 17.3 yıllık takip süresi boyunca, hastaların %7.6'sı en az bir kez alkol kullanım bozukluğu tanısı almıştır. Sonuç olarak alkol kullanım bozukluğu şizofreninin yaygın bir sekeli (92).

2.6.2.İki Uçlu Bozukluk ve Alkol Kullanım Bozukluğu

Alkol kullanım bozuklukları iki uçlu bozuklukta oldukça yaygındır ancak bu komorbiditenin gelişimsel etiyojisi bilinmemektedir (93). Alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı ile ilişkili bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı, iki uçlu bozukluğu olan hastalarda genel popülasyona göre 3-4 kat daha yüksek görünmektedir. Alkol bağımlılarında duygudurum bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı genel popülasyona göre yaklaşık 10 kat daha fazladır (94).

1990'dan 2015 yılına kadar veri tabanlarından alınan bilgilerle yapılan kapsamlı bir literatür taraması sonucunda, eş zamanlı iki uçlu bozukluk ve madde kullanım bozukluğu prevalansları incelenmiştir. İki uçlu bozuklukta en yüksek prevalansa sahip madde %42 ile alkol kullanımı olarak belirlenmiştir. Bunu esrar kullanımı (%20) ve diğer yasadışı uyuşturucu kullanımı (%17) seyretmektedir (95). Komorbid alkol kullanımı ve bipolar bozuklukta etkilenen hastalarda başlangıç sırası ve birlikte ortaya çıkma durumları ile ilişkili risk faktörlerin incelendiği bir çalışmada; katılan 1090 iki uçlu bozukluk tanılı hastanın 572'sinde (%52,5) yaşam boyu eşanlı alkol kullanım bozukluğu varken, 518 hastada (%47,5) eşanlı alkol kullanım bozukluğu yoktur. 72 hastada (%6,6) alkol

kullanım bozukluğu, bipolar bozukluğun başlangıcından önce gelirken, 500 hastada (%45,8) bipolar bozukluk, alkol kullanım bozukluğunun başlangıcından önce gelmiştir (96). Otuz kişinin katıldığı birlikte ortaya çıkan bipolar ve alkol kullanım bozuklukları olan hastaların oluşturduğu bir çalışmada depresif belirtiler, alkol aşermesi ve alkol tüketimi arasındaki yakın ilişkiler incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda depresif belirtiler ve alkol aşermesi, alkol kullanımını önemli ölçüde öngörmüştür. Birlikte ortaya çıkan bipolar ve alkol kullanım bozuklukları olan bireylerde depresif semptomların alkol tüketimi ile yakından ilişkili olduğu görülmüştür (97).

2.6.3.Majör Depresyon ve Alkol Kullanım Bozukluğu

Alkol kullanım bozukluğu ve depresyon arasındaki neden-sonuç ilişkisi yapılan tüm çalışmalara rağmen belirsizliğini korumaktadır. Bu çalışmaların bir kısmında depresyonun alkol bağımlılığına ikincil geliştiği ileri sürülürken, bazı çalışmalarda ise altta yatan depresyonun alkol bağımlılığına neden olduğu savunulmaktadır (98).

1995-1997 yılları arasında yatarak tedavi gören 120 hasta ile yapılan bir çalışmada hastalara yatışlarının 15 ve 30. günlerinde Hamilton ve Zung depresyon ölçekleri ile STAI anksiyete ölçekleri uygulanmıştır. Yatan hastaların %34.17'sinde hafif depresyon bulguları izlenmiş ve bu bulgular herhangi bir antidepresan tedavi uygulanmaksızın düzelmiştir. Ölçek sonuçlarına majör depresyon olarak değerlendirilen hastalar ise (%4.2), birinci ayın sonunda da aynı değerleri korumuşlardır. Alkol bağımlılığında izlenen bu durum, depresif duygudurumunun özgün bir psikopatoloji ya da bağımlılığa ikincil bir durum olmaktan çok yoksunluk belirtilerinin bir bileşeni olabileceği görüşünü destekler nitelikte olduğu gösterilmiştir (98). Yatarak tedavi gören ve yoksunluk sağaltımı sağlandıktan sonra çalışmaya dahil edilen alkol bağımlısı 80 hasta ile yapılan bir çalışmada komorbid eştanılar değerlendirilmiştir. Olguların %65'inde (n=52) en az bir komorbid eksen-I bozukluğu saptanmıştır. En sık görülen eksen-I eş tanısı majör depresyondur (99).

Literatürün mevcut durumu, alkol kullanım bozuklukları ile majör depresyon arasında nedensel bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir ve alkole olan ilginin artması depresyon riskini artırmaktadır. 1980'den günümüze alkol kullanım bozukluğu ve majör depresyon arasındaki bağlantılarla ilgili çalışmalar veritabanlarından alınan bilgilerle incelenmiş ve analiz sonucuna göre her iki bozukluktan birinin var olması ikinci bozukluğun oluşma riskini iki katına çıkarmaktadır (100).

2.6.4. Anksiyete Bozuklukları ve Alkol Kullanım Bozukluğu

Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış hastalarda sıklıkla anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk ve kişilik bozukluğu tanılarında eşlik etmektedir (101). Sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozuklukları arasında yüksek oranlarda komorbidite bildirilmektedir (102). Anksiyete, depresyon gibi bir psikiyatrik eştanının varlığı durumunda alkol bağımlılığının gidişinin kötüleştiği, bunun da hastaların sağaltım ve sonlanımını önemli bir biçimde etkilediği bildirilmektedir (99).

Alkol kullanım bozukluğu olan kişiler sıklıkla bir anksiyete bozukluğundan da muzdariptir. Bu komorbiditenin altında yatan mekanizmalar belirsizliğini korumakla birlikte klinik bulgular anksiyete bozukluklarının alkolizm gelişimine yol açabileceğini ya da alkolizmin anksiyete semptomlarının gelişimine katkıda bulunabileceğini göstermektedir (103).

2.6.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Alkol Kullanım Bozukluğu

Kompulsif davranışlar, tekrarlayan dürtüler tarafından yönlendirilir ve tipik olarak, bu dürtüler üzerinde sınırlı kontrol, bu davranışları geciktirme veya engelleme yeteneğinin azalması ve tekrarlayan eylemleri alışılmış veya basmakalıp bir şekilde gerçekleştirme eğilimini içerir. Zorunluluk, yalnızca obsesif-kompulsif bozukluğun (OKB) bir özelliği değil, aynı zamanda bağımlılık için de çok önemlidir (104)

Alkol bağımlılığı tanısı almış 81 erkek hasta ile yapılan bir çalışmada obsesif kompulsif bozukluk ve dürtü kontrol bozukluğu (DKB) tanıları araştırılmıştır. Hastaların %13.5'i OKB tanısı alırken, %19.8'inde subklinik düzeyde OKB saptanmıştır. Alkol bağımlısı bireylerin %24.6'sında en az bir DKB ek tanısı saptanmıştır. Hastaların %46.9'undü 'obsesif kompulsif özellik' ya da DKB'den herhangi biri ya da her ikisi birden bulunmakta olduğu saptanmıştır (105).

2.7.Ciddi Psikiyatrik Bozukluklarda Madde Kullanım Bozukluğu

Madde kullanımı dünyada ve ülkemizde giderek yaygınlaşmaktadır (106). BM Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC), Dünya Uyuşturucu Raporuna göre; 15-64 yaşları arasında yaklaşık 275 milyon kişi yani küresel nüfusun %5,6'sı en az bir kez uyuşturucu madde deneyimlemiştir. Uyuşturucu kullanan yaklaşık 31 milyon insan uyuşturucu kullanım bozukluğuna sahip olup tedaviye ihtiyaç duyabilecek kadar zarar görmektedir. WHO'ya göre 2015 yılında uyuşturucu kullanımı sonucunda yaklaşık 450.000 kişi hayatını kaybetmiştir (107).

Ruhsal bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları arasındaki komorbidite ülkeler arasında oldukça yaygındır. Komorbiditenin büyüklüğü ile madde kullanım bozukluklarının şiddeti arasında doğrudan güçlü bir ilişki vardır (108). Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Araştırması'nın bulgularına göre, madde kullanım bozukluğu olan kişilerin yaklaşık %45'inde bir arada psikiyatrik bozukluk vardır (15). Madde bağımlılığı, kronik ruhsal hastalıkların yaygın bir komplikasyonudur (109). Bir arada bulunan madde kullanım bozuklukları ve psikiyatrik bozukluklar karşılıklı olarak birbirine zarar verir, hastaneye yatışları artırır, semptom remisyonunu geciktirir, intihar girişimi riskini artırır, tedavi ve prognozu ise karmaşılaştırır. İkili tanıya sahip ve her iki bozukluğun da tedavisini almayan çok sayıda hastada tedavi sonuçları olumsuzdur (15).

Psikiyatri hastaları için madde kullanım nedenlerine bakıldığında, anksiyete bozukluğu yaşayan bireylerde madde kullanımına başlama nedeni olarak var olan anksiyeteyi gidermek olsa da neden sonuç ilişkisini göstermek için yeterli değildir. Kullanılan maddenin kendisinin de bir anksiyete yaratabileceği göz önüne alındığında kısır bir döngü ortaya çıkmaktadır (14). Psikiyatrik bozuklukları yönetmek için kullanılan kendi kendine ilaç tedavisi, önemli madde kullanım bozukluğu riski taşır. Kendi kendine ilaç tedavisi, yoğun duygusal rahatsızlığı gidermeye hizmet eder (15). Madde kullanımı ruhsal hastalığa sahip olmaktan daha kabul edilebilir bir durum olarak algılanabilir. Bunun sonucunda ise madde bağımlılığı, sosyal etkileşimlerle başa çıkmada çözüm olarak seçilebilir. Ayrıca diğer önemli bir konu ergenlik döneminde bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılması kişinin ilerleyen yaşamında psikotik bir hastalığa sahip olması açısından risk oluşturmaktadır (14).

2.7.1.Şizofreni ve Madde Kullanım Bozuklukları

Şizofreni hastalarında madde bağımlılığı giderek artan bir klinik sorundur (110). Madde bağımlılığı, şizofreni hastalarının sosyal ve psikiyatrik uyumu için büyük bir tehdit oluşturur, ancak bu hastaların sorunları arasında en tedavi edilebilir ve kontrol edilebilir sorun olabilir ve bu nedenle asla gözden kaçırılmamalı veya küçümsenmemelidir (111). Şizofreni hastalarında madde kullanımı bozuklukları ek tanısının yaygınlığının saptanması ve bu ek tanının şizofreninin seyri üzerindeki etkilerinin belirlenmesi öncelikli bir durumdur (110). Eğer şizofreni hastaları doğru ilaçlar kullanır ve ailelere uygun eğitimler verilip destek sağlanırsa, hastaların hastalık belirtilerindeki kötüleşme %77 oranında azaltılıp yaşam kalitesi iyileştirilebilir (2).

Şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan 100 hasta ile yapılan bir çalışmada madde kullanım yaygınlığı incelenmiş ve Şizofreni hastalarında yaşam boyu madde kullanım yaygınlığı %14 olarak saptanmıştır. Madde kullanımı olan şizofreni hastalarının 6'sında (%6) çoğul madde kullanımı bulunmaktadır. Ayrıca erkek hastalarda alkol-madde kullanımı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla saptanmıştır. Alkol-madde kullanan şizofreni hastalarında, kullanmayan şizofreni hastalarına oranla, ilaç yan etkisi daha fazla, yeti yitimi daha fazla, işlevsellikleri daha kötü, hastanede toplam yatış süreleri daha uzun ve bu hasta grubunun psikopatoloji düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Şizofreni hastalarında en sık tercih edilen maddeler sırasıyla, nikotin, alkol, biperiden, esrar ve uçucu madde olarak saptanmıştır (110).

DSM-5'e göre Şizofreni Spektrum ve Diğer Psikotik Bozukluk tanısı ile tedavi gören 237 katılımcıyla yapılan retrospektif bir çalışmada katılımcıların %16'sı ömür boyu yasa dışı uyuşturucu kullanmıştır. Madde kullanım bozukluğu olan katılımcılar, madde kullanım bozukluğu olmayan katılımcılara göre daha küçük yaş ortalamasına ve daha kısa eğitim süresine sahiptir. Madde kullanım öyküsü olan tüm katılımcıların %76.3'ünde psikozun ilk döneminde madde kullanım öyküsü vardır. İlk psikotik dönemde madde kullananların %72.4'ü, madde kullananların ise %68,4'ü ile en çok tercih edilen madde esrardır. Madde kullananların tedaviye uyumunun daha kötü olduğu saptanmıştır (112). İlk kez psikoz atağı olan 102 hastayla yapılan bir çalışmada ise en sık eşlik eden tanı madde kötüye kullanımı olarak saptanmıştır. Bu çalışmada affektif psikozu olan hastaların, affektif olmayan psikozu olanlara göre, madde kötüye kullanımı eştanısına sahip olma olasılığı anlamlı derecede daha yüksek olarak bulunmuştur (113).

2.7.2.İki Uçlu Bozukluk ve Madde Kullanım Bozuklukları

Bipolar bozukluk, genel popülasyonda %6,5'e varan yaşam boyu yaygınlık oranlarına sahip, ciddi ve sıklıkla kronik bir hastalıktır. Bipolar bozukluğu olan hastalar sıklıkla birlikte ortaya çıkan madde kullanım bozuklukları bildirirler ve bipolar bozukluğu olan kişilerde madde kullanım bozukluklarının oranları genel popülasyona göre önemli ölçüde yüksektir (114). Bipolar bozukluğu olan hastalarda alkol, uyarıcılar, tütün, opioidler ve esrar dahil olmak üzere madde kullanım bozuklukları önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır ve bu hastaların çoğunda mevcuttur (115). Bipolar bozuklukta madde kullanım bozukluklarının eştanısı, psikiyatrik bozukluklar arasında en yüksek olanlardan biridir (116). Literatür, esrar kullanımının bipolar bozukluğun başlangıç ve daha kötü klinik seyir ile bağlantılı olduğunu öne sürmektedir (117). Madde kullanım bozuklukları bipolar bozukluğu olan hastaların %70'e varan kısmında mevcuttur ve yüksek engellilik, morbidite ve tedaviye uyumsuzluk oranlarını artırır (118).

1990'dan 2015'e kadar ilgili veritabanlarından yararlanılarak yapılan literatür taramalarından eş zamanlı madde kullanım bozukluğu ve bipolar bozukluk prevalansı araştırılmıştır. Araştırmaya göre iki uçlu bozuklukta en yüksek prevalansa sahip madde alkol kullanımı olduğu (%42), bunu esrar kullanımı (%20) ve diğer yasadışı uyuşturucu kullanımı (%17) izlenmiştir. Meta-analiz, erkeklerin kadınlara kıyasla yaşam boyu madde kullanım bozukluğu risklerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (95). Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, gençlikte başlayan bipolar bozukluğun, yetişkin başlangıçlı bipolar bozukluğa kıyasla daha fazla madde kullanım bozukluğu riski taşıdığını göstermektedir. Bipolar bozukluğun başlangıcı gençler arasında madde kullanım bozukluğundan önce gelmektedir (%55-%83). Bipolar bozukluk gençler arasındaki madde kullanım bozukluğu, yasal ve akademik zorluklar, hamilelik ve intihar ile ilişkilidir (119).

2.7.3. Majör Depresif Bozukluk ve Madde Kullanım Bozuklukları

Majör depresif bozukluk ve yasadışı uyuşturucu kullanımının birlikte ortaya çıkmasıyla hastalık durumu karmaşıklaşır. Komorbid madde kullanım bozukluğu olan birçok depresif hastada, klinik özellikler daha şiddetlidir (120). Majör depresif bozukluk (MDB) ve madde kullanım bozukluğunun klinik durumu değiştirip değiştirmeyeceğini belirlemek için yapılan bir çalışmada, MDB ve eş zamanlı madde kullanım bozukluğu semptomları olan hastalarla MDB ve madde kullanım bozukluğu semptomları olmayan hastalar karşılaştırılmıştır. 1484 vakadan, MDB'li hastaların %28'inin (n = 419) mevcut madde kullanım bozukluğu ile uyumlu semptomları desteklediği bulunmuştur. Eşzamanlı madde kullanım bozukluğu semptomları olan depresif hastalarda madde kullanım bozukluğu komorbiditesi olmayanlara göre hastaların erkek olması, boşanmış veya hiç evlenmemiş olması, depresyonun daha genç yaşta başlaması, intihar girişiminin daha yüksek oranda olması gibi sonuçlar görülmüştür. Madde kullanım bozukluğu ile uyumlu semptomları olan majör depresif bozukluğu olan hastaların, eşzamanlı madde kullanım bozukluğu semptomları olmayanlara göre hastalıklarına atfedilebilecek daha fazla işlevsel bozulmaya sahip oldukları bildirilmiştir (P = .0111) (121). Madde kullanım deneyimi ve depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada ise madde deneyenlerde madde denemeyenlere göre kendini öldürmeyi düşünmenin 5, bilerek canını acıtmaya, kendini öldürmeye çalışmanın 4.74, kendini çok suçlu hissetmenin 2.70, mutsuz, üzgün, çökkün ve keyifsiz olduğunu hissetmenin 2.16 ve başkalarının kendisine zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünmenin 2.14 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda depresyon ile madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişki gösterilmiştir (122).

Uyuşturucu madde türlerinin depresyonun başlangıcından önce mi yoksa sonrasında mı olduğunu incelemek için yapılan bir çalışmada, ayakta tedavi gören depresif hastaların madde kullanım durumları ve depresyonun başlama sırası incelenmiştir. Çoklu uyuşturucu kullanıcıları arasında, kokain bağımlılığı ilk majör depresif dönemden 6.8 yıl sonra ve alkol bağımlılığı depresyonun başlamasından 4.5 yıl sonra meydana gelmiştir. Çalışmada opiat ve sedatif kullanıcılarının, yaşam boyu en az depresif epizod sayısına sahip olduğu ve LSD ve kokain kullanıcılarının en fazla sayıya sahip olduğu görülmüştür (123). Yapılan son sistematik araştırmalar gözden geçirildiğinde, majör depresif bozukluğu olan hastaların yaklaşık üçte biri aynı zamanda madde kullanım bozukluklarına sahipti ve eştanı durumunda, daha yüksek intihar riski ve daha fazla sosyal ve kişisel bozulmanın yanı sıra diğer psikiyatrik durumların ortaya çıktığı görülmüştür (120).

2.7.4. Anksiyete Bozuklukları ve Madde Kullanım Bozuklukları

Duygudurum ve anksiyete bozuklukları genellikle madde kullanım bozuklukları ile birlikte ortaya çıkar (124). Bu birliktelik, tek başına herhangi bir bozukluğa oranla daha kötü hastalık seyri, daha fazla semptom şiddeti ve daha yüksek engellilik seviyeleri ile yakından ilişkilidir. (125). Esrar kullanımı, duygudurum ve anksiyete bozukluğu olan kişilerde yaygındır ve sorunlu kullanım oranları genel popülasyondan daha yüksektir (117).

Mustafaoğlu ve ark. (2020) ergenlerde yaptığı bir çalışmada, madde kullanım bozukluğu olanların olmayanlara oranla depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek, yaşam kalitelerinin ise daha düşük olduğu sonuçlarına ulaşmıştır (126). Esrar kullanımı ile anksiyete, depresyon ve uyku kalitesindeki değişikliklerin incelendiği 302 yetişkin ile yapılan bir araştırmada, esrar kullanımındaki azalma ile anksiyete, depresyon ve uyku kalitesindeki iyileşmeler arasında boylamsal bir ilişki olduğu saptanmıştır (127).

2508 ergen ile yapılan bir çalışmada ergenlerin depresyon, anksiyete düzeyleri ve esrar kullanımları incelenmiştir. Bu çalışmada yüksek kullanım oranları gözlemlenmiştir. Katılımcıların %40,3'ü çalışma süresi boyunca en az bir kez esrar kullandığını bildirmiştir. İçer dönük semptomlar yaşayan ergenler, bu semptomları hafifletmek veya bunlarla başa çıkmak için madde ve alkol kullanımına duyarlı olabilirler. İçselleştirme belirtileri ve özellikle yaygın kaygı belirtileri, ergenlik döneminde esrar kullanma riskini artırmaktadır (128). Opioid kullanım bozukluğu olanların %60'ından fazlası aynı zamanda bir anksiyete bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamaktadır (129).

2.7.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Madde Kullanım Bozuklukları

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve madde kullanım bozuklukları, daha kötü psikososyal sonuçlarla ilişkili olarak yüksek oranlarda birlikte ortaya çıkar (130).

ABD Gaziler Sağlık İdaresi'ndeki (VHA) gaziler arasında, VHA idari verilerini kullanarak, 2010'dan 2016'ya kadar OKB teşhisi konmuş gazilerle yapılan bir çalışmada (N=38,157); %36.70'inde madde kullanım bozukluğu tanısı görülmüştür. Oranlar; alkol kullanım bozukluğu %17,17; esrar kullanım bozukluğu %5,53; opioid kullanım bozukluğu %3,60; amfetamin kullanım bozukluğu %1,49; kokain kullanım bozukluğu %3.37; ve tütün kullanım bozukluğu %26.50 şeklindedir. Birlikte ortaya çıkan OKB ve madde kullanım bozukluklarına sahip gaziler, veri toplama süresi boyunca daha fazla ruhsal sağlık hizmeti kullanmıştır. Bulgular, OKB ve madde kullanım bozukluklarının

VHA içinde yüksek oranlarda birlikte ortaya çıktığını ve bunun sağlık sistemine daha fazla yük ile ilişkili olduğunu göstermektedir (130).

Hollanda Ruh Sağlığı Araştırması ve İnsidans Çalışmasından elde edilen verilerle 7076 hastanın dahil edildiği bir çalışma yapılmıştır. OKB'li bireylerde yaşam boyu ve 12 aylık madde kullanım bozukluğu tanısı alma olasılıkları, psikiyatrik bozukluğu olmayan kişilere göre madde kullanım bozukluklarına yakalanma olasılıklarından anlamlı derecede yüksektir. Erkeklerde, madde bağımlılığı ve OKB'nin birlikte görülmesi, madde bağımlılığı ve diğer psikiyatrik bozuklukların birlikte ortaya çıkmasından önemli ölçüde daha yüksek saptanmıştır (131).

2.8.Ruhsal Bozukluklarda Psikiyatri Hemşiresinin Rollerini

Ruh sağlığı hemşirelerinin, ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını iyileştirmede önemli rolleri vardır. Psikiyatri hemşirelerinin hastalığın başlangıcında itibaren sistematik izleme ve işbirliğine dayalı sağlığı geliştirme müdahaleleri yoluyla, ağır ruhsal bozukluğa sahip kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlığını iyileştirme fırsatları bulunmaktadır (19). Psikiyatri hemşiresinin ruhsal hastalıkların ya da oluşabilecek psikiyatrik bozuklukların önlenmesi, hastaların ruh sağlığının korunması ve sürdürülmesi, bireylerin kendileri ve çevreleri ile olan iletişim ve ilişkilerinin sağlıklı olması, hastaların baş etme becerilerini tekrardan kazanabilmesi veya geliştirebilmelerine yardımcı olmak gibi hedefleri vardır. Ayrıca hastaların psikolojik, fizyolojik ve sosyal durumlarını değerlendirilip bütüncül hemşirelik bakımının verilmesi, tedavinin pozitif yönde sonuç verip hastaların toplumsal yaşama yeniden dönebilecek düzeye gelmeleri ve toplum ruh sağlığının korunması da amaçları arasında yer almaktadır (132).

Yapılan birçok araştırma göstermiştir ki sigara, alkol ve madde kullanan bireylerdeki problem çözme becerisi, özkıyım, umutsuzluk ve depresyon ile ilişkilidir. Yine özkıyım, umutsuzluk ve depresyon da birbirlerini etkilemektedir. Bu nedenle alkol ve madde bağımlılığı hemşireleri bağımlılık yapıcı maddeleri bırakma isteği ya da yoksunluk yakınmaları nedeniyle hastaneye başvuran hastaların baş etme davranışları hakkında veri toplayıp, hemşirelik tanısı koyup, bu tanılara ilişkin hasta\aillesine yönelik etkin baş etme stratejilerini geliştirip, destek sistemlerini harekete geçirip, duyguların kolay ifade edilmesini kolaylaştırarak, danışmanlık ve eğitim, rol modeli olma, psikoterapi, hasta takibi, eğitim ve araştırma planlayarak ve uygulama yapıp, bu sayede geliştirilen etkin baş etme davranışları ve problem çözme becerileri ile özkıyım, umutsuzluk ve depresyon

görülme açısından yüksek risk altında olan hastalarla gelişebilecek olan problemlerin önüne geçilmesini sağlamalıdır (133). Madde kullanımını azaltan politikaların ruhsal bozuklukların yaygınlığını azaltması muhtemeldir. Tedavi, hem ruhsal hem de madde kullanım bozuklukları için entegre bir şekilde mevcut olmalıdır (108).

Ruh sağlığı hemşireleri, bu gruptaki hastalar için ölümleri azaltmaya yardımcı olma noktasında en önemli pozisyonda yer almaktadır (22). Ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerin sağlık davranışlarını iyileştirmek için yaşam tarzı önerileri ve müdahaleler; sağlıklı beslenme, egzersiz yoluyla kilo yönetimi ve tütün gibi maddelerin kullanımının nasıl en aza indirileceği konusundaki eğitim, rutin bakıma entegre edilmeli ve ruh sağlığı hizmetleriyle ilk temasa geçtiğinde başlamalıdır (19).

İkili teşhis, yaygın ve ciddi bir sağlık sorunudur. Bu bozukluklar, psikiyatri klinik hemşireleri ve ruh sağlığı ve bağımlılık tedavisinde görev alan hemşireleri 2 farklı bozukluğu tedavi etmeye zorlar. Tedaviye ihtiyaç duyan hastalar için psikiyatri hemşireleri, madde kullanımının psikiyatri hastaları üzerindeki güçlü etkileri hakkında ortak bir anlayışa sahip olmalıdır. Her hastanın güçlü yönlerine, tercihlerine, yeteneklerine ve ihtiyaçlarına ve değişim motivasyonuna dayalı olarak bireyselleştirilmiş ve kişi merkezli yaklaşımlarla başarılı tedavi sonuçları elde edilebilir. Hastaların tedavilerini yapmaları ve katılmaları için gerekli eğitim ve desteğe sahip olmaları da aynı derecede önemlidir (15).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü

Araştırma karşılaştırmalı tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmış ve yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Harran Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri biriminde araştırma tamamlanmıştır. Araştırma verileri 20 Mart - 30 Aralık 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, hastanelerin psikiyatri polikliniğine ve yataklı servisine başvuran DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni ve diğer psikotik bozukluk, iki uçlu bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanılarında herhangi birini karşılayan hastalar oluşturmaktadır. Örneklem grubunu ise, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan toplamda 358 kişi (şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı 54 hasta, iki uçlu bozukluk tanılı 65 hasta, majör depresyon tanılı 82 hasta, obsesif kompulsif bozukluk tanılı 27 hasta ve anksiyete bozukluğu tanılı 130 hasta) oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 1.Çalışmaya katılım için gönüllü olmak
2. 18-65 yaş aralığında olmak
3. DSM-V ölçütlerine göre belirlenen ruhsal bozukluklardan herhangi birini karşılamak.
4. Okur- yazar olmak

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

1. Birden daha çok (ruhsal hastalığı) hastalığı bulunmak
2. Görüşme için rıza göstermemek
3. İletişim kurmaya engel olan duyuşsal, bilişsel engeli olmak

3.4.Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından hastalarla yüzyüze görüşülerek araştırmanın amacı hakkında kısaca hastalara bilgi verildikten sonra “Sosyodemografik Bilgi Formu” ve “Madde Kullanım Özellikleri Formu ” uygulanarak veriler toplanmıştır. Verilerin toplanması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Hastaların eğitim, cinsiyet, medeni durum, yaş, kimlerle yaşadığı, hastaneye yatış öyküsü gibi araştırmacı tarafından hazırlanan toplam 13 sorudan oluşmaktadır (EK-I).

3.4.2. Madde Kullanım Özellikleri Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (134-137) hazırlanan bu form hastaların madde kullanım durumlarını, hangi maddelerin daha çok tercih edildiğini, madde kullanım sıklığı, madde kullanımına başlama yaşını ve nedenini, madde kullanımının psikiyatrik belirtiler üzerindeki etkisini, madde kullanımı nedeniyle yaşanılan problemleri, bağımlılık tedavisi alıp almadıklarını, aile üyelerindeki madde kullanım durumlarını ve kullanılan maddeleri bırakma ya da devam etme yönündeki düşünceleri gibi madde kullanımına yönelik özellikleri içeren 29 sorudan oluşmaktadır (EK-II).

3.5.Verilerin Değerlendirmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin ortalama, standart sapma ve yüzdelik dağılım ve Ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.6.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (EK-III). Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapılacağı merkezlerden yazılı ve sözel izinler alınmıştır (EK-IV). Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanıp bireylere “Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu” imzalatılmıştır (EK-V). Bireylerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesi, araştırmaya katılan hastalara bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi yerine getirilmiştir. Ayrıca araştırmada “insan onuruna saygı” etik ilke olarak göz önünde bulundurulmuştur.

Hastalara ait bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin saklı tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” etik ilkesi yerine getirilmiştir.

3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma planlanırken örneklem büyüklüğü 5 hasta grubu (şizofreni ve psikozla giden diğer bozukluklar, majör depresif bozukluk, iki uçlu bozukluk, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, somatoform bozukluk, travma sonrası stres bozuklukları) ve her gruptan 50’şer kişi alınarak toplam 350 kişi olarak belirlenmiştir. Fakat somatoform bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu tanılarına sahip hastalara ulaşamama nedeniyle çalışmadan çıkarılmış ve diğer hasta grupları ile yapılan anketlerle çalışma tamamlanmıştır. Bu durum araştırmanın sınırlılığıdır. Bu araştırma, çalışmanın yapıldığı hastanelere başvuran hastalarla yapıldığı için tüm evrene genellenemez. Araştırmanın sonuçları araştırmaya alınma kriterleri açısından benzer olan gruplara genellenebilir.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 358)

Özellikler	Ruhsal Bozukluğu Olan Toplam Hasta (n:358)	Tanı Grupları				
		Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar (n:54)	İki Uçlu Bozukluk (n:65)	Majör Depresif Bozukluk (n:82)	Anksiyete Bozukluğu (n:130)	Obsesif Kompulsif Bozukluk (n:27)
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş	35.98±11.46	35.59 ±10.97	36.64±10.13	37.68±12.22	35.42±12.21	32.77±8.88
	S(%)	S(%)	S(%)	S(%)	S(%)	S(%)
Cinsiyet						
Erkek	165 (%46.1)	47 (%87.0)	35 (%53.8)	26(%31.7)	48 (%36.9)	9 (%33.3)
Kadın	193 (%53.9)	7 (%13.0)	30 (46.2)	56 (%68.3)	82 (%63.1)	18 (66.7)
Medeni durum						
Evli	218 (%60.9)	15 (%27.8)	41 (%63.1)	60 (%73.2)	87 (%66.9)	15 (%55.6)
Bekar	140 (%39.1)	39 (%72.2)	24 (%36.9)	22 (%26.8)	43 (%33.1)	12 (%44.4)
Eğitim durumu						
Okur Yazar	51 (%14.2)	14 (%25.9)	5 (%7.7)	11 (%13.4)	20 (%15.4)	1 (%3.7)
İlkokul	105 (%43.6)	14 (%25.9)	18 (%27.7)	29 (%35.4)	39 (%29.9)	5 (%18.5)
Ortaokul	50 (%14.0)	13 (%24.1)	7 (%10.8)	11 (%13.4)	17(%13.1)	2 (%7.4)
Lise	76 (%21.2)	9 (%16.7)	21 (%32.3)	12 (%14.6)	30 (%23.1)	4 (%14.8)
Üniversite ve Üstü	76 (21.2)	4 (%7.4)	14 (%21.5)	19 (%23.2)	24 (%18.5)	15 (%55.6)

Gelir düzeyi						
İyi	42 (%11.7)	7 (%13.0)	10 (%15.4)	8 (%9.7)	17 (%13.1)	0 (%0.0)
Orta	221 (%61.7)	25 (%46.3)	41 (%63.1)	54 (%65.9)	81 (%62.3)	20 (%74.1)
Kötü	95 (%26.6)	22 (%40.7)	14 (%21.5)	20 (%24.4)	32 (%24.6)	7 (%25.9)
İş durumu						
Memur	26 (%7.3)	1 (%1.9)	7 (%10.8)	8 (%9.8)	6 (%4.6)	4 (%14.8)
Esnaf\memur\Emekli	86 (%24.0)	12 (%22.3)	20 (%30.5)	14 (%17.0)	41 (%31.5)	3 (11.1)
İşsiz	83 (%23.2)	35 (%64.8)	18 (%27.7)	12 (%14.6)	8 (%6.2)	6 (%22.2)
Öğrenci	29 (%8.1)	1 (%1.9)	2 (%3.1)	8 (%9.8)	14 (%10.8)	4 (%14.8)
Ev hanımı	134 (%37.4)	5 (%9.3)	18 (%27.7)	40 (%48.8)	61 (%46.9)	10 (%37.0)
Sağlık güvencesi						
Var	281 (%78.5)	40 (%74.1)	52 (%80.0)	61 (%74.4)	102 (%78.5)	26 (%96.3)
Yok	77 (%21.5)	14 (%25.9)	13 (%20.0)	21 (%25.6)	28 (%21.5)	1 (%3.7)
Birlikte yaşadığı kişiler						
Anne,baba	107 (%29.9)	30 (%55.6)	20 (%30.8)	15 (%18.3)	32 (%24.6)	10 (%37.0)
Anne	17 (%4.7)	6 (%11.1)	3 (%4.6)	3 (%3.7)	4 (%3.1)	1 (%3.7)
Baba	1 (%0.3)	1 (%1.9)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)
Eş	200 (%55.9)	13 (%24.1)	40 (%61.5)	56 (%68.3)	76 (%58.5)	15 (%55.6)
Kardeşler	7 (%2.0)	2 (%3.7)	0 (%0.0)	3 (%3.7)	1 (%0.8)	0 (%0.0)
Çocuklar	11 (%3.1)	0 (%0.0)	1 (%1.5)	3 (%3.7)	7 (%5.4)	0 (%0.0)
Arkadaşlar	5 (%1.4)	1 (%1.9)	0 (%0.0)	2 (%2.4)	2 (%1.5)	0 (%0.0)
Yalnız	10 (%2.8)	1 (%1.9)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	8 (%6.2)	1 (%3.7)
Annenin eğitimi						
Okuryazar değil	210 (%58.7)	37 (%68.5)	45 (%69.2)	48 (%58.5)	64 (%49.2)	16 (%59.3)
Okuryazar	30 (%8.4)	6 (%11.1)	4 (%6.2)	9 (%11)	9 (%6.9)	2 (%7.4)
İlkokul	92 (25.7)	7 (%13.0)	14 (%21.5)	21 (%25.6)	43 (%33.1)	7 (%25.9)
Ortaokul	13 (%3.6)	3 (%5.6)	1 (%1.5)	1 (%1.2)	6 (%4.6)	2 (%7.4)
Lise	10 (%2.8)	1 (%1.9)	0 (0.0)	2 (%2.4)	7 (%5.4)	0 (%0.0)
Üniversite	3 (%0.8)	0 (%0.0)	1 (%1.5)	1 (%1.2)	1 (%0.8)	0 (%0.0)
Babanın eğitim						

durumu						
Okuryazar değil	114 (%31.8)	22 (%40.7)	19 (%29.2)	31 (%37.8)	36 (%27.7)	6 (%22.2)
Okuryazar	45 (%12.6)	6 (%11.1)	8 (%12.3)	10 (%12.2)	18 (%13.8)	3 (%11.1)
İlkokul	115 (%32.1)	16 (%29.6)	24 (%36.9)	26 (%31.7)	42 (%32.3)	7 (%25.9)
Ortaokul	17 (%4.7)	3 (%5.6)	3 (%4.6)	4 (%4.9)	7 (%5.4)	0 (%0.0)
Lise	37 (%10.3)	6 (%11.1)	7 (%10.8)	9 (%11)	14 (%10.8)	1 (%3.7)
Üniversite	30(%8.4)	1 (%1.9)	4 (%6.2)	2 (%2.4)	13 (%10.0)	10 (%37.1)
Ruhsal bozukluk nedeniyle hastaneye yatış durumu						
Evet	94 (%26.3)	35 (%64.8)	40 (%61.5)	13 (%15.9)	3 (%2.3)	3 (%11.1)
Hayır	264 (%73.7)	19 (%35.2)	25 (%38.5)	69 (%84.1)	127 (%97.7)	24 (%88.9)
Kronik hastalık						
Var	82 (%22.9)	10 (%18.5)	12 (%18.5)	25 (%30.5)	32 (%24.6)	3 (%11.1)
Yok	276 (%77.1)	44 (%81.5)	53 (%81.5)	57(%69.5)	98 (%75.4)	24 (%88.9)
Bulaşıcı hastalık						
Var	14 (%3.9)	2 (%3.7)	4 (%6.2)	3 (%3.7)	5 (%3.8)	0 (%0.0)
Yok	344 (%96.1)	52 (%96.3)	61 (%93.8)	79 (%96.3)	125 (%96.2)	0 (%0.0)

Araştırmaya dahil edilen 18-65 yaş arasındaki hasta gruplarının yaş ortalaması 35.99 ± 11.46 olup hastaların %53.9'unun kadın, %60.9'unun evli, %43.6'sının ilkokul mezunu, %37.4'ünün ev hanımı, %78.5'inin sağlık güvencesinin olduğu, %55.9'unun eşi ile yaşadığı, %26.3'ünün psikiyatrik nedenlerle daha önce hastanede yattığı, %22.9'unun kronik bir hastalığı olduğu, %3.9'unun ise bulaşıcı hastalığı olduğu, %61.7'sinin gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği ve %58.7'sinin annesinin okuryazar olmadığı, %32.1'inin babasının ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır.

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı hasta grubunun yaş ortalaması 35.59 ± 10.97 olup hastaların %87.0'ı erkek, %72.2'si bekar, %25.9'u okuryazar ya da ilkokul mezunu, %64.8'inin işsiz, %74.1'inin sağlık güvencesinin olduğu, %55.6'sının anne babası ile birlikte yaşadığı, %64.8'inin psikiyatrik nedenlerle hastanede yatış öyküsü olduğu, %18.5'inin kronik hastalığı olduğu, %3.7'sinin bulaşıcı hastalığı olduğu, %46.3'ünün gelir düzeyini orta olarak

değerlendirdiği ve %68.5'inin annesinin %40.7'sinin ise babasının okuryazar olmayan bireylerden oluştuğu görülmüştür.

İki uçlu bozukluğu olan hasta grubunun yaş ortalaması 36.64 ± 10.13 olup hastaların %53.8'inin erkek, %63.1'inin evli, %32.3'ünün lise ve dengi mezunu, %27.7'sinin ev hanımı ya da işsiz, %80.0'ının sağlık güvencesinin olduğu, %61.5'inin eşi ile yaşadığı, %61.5'inin psikiyatrik nedenlerle hastanede yatış geçmişi olduğu, %18.5'inin kronik hastalığı olduğu, %6.2'sinin bulaşıcı hastalığı olduğu, %63.1'inin gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği ve %69.2'sinin annesinin okuryazar olmadığı, %36.9'unun babasının ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Majör depresyon tanılı hasta grubunun yaş ortalaması 37.68 ± 12.22 olup hastaların %68.3'ünün kadın, %73.2'sinin evli, %35.4'ünün ilkokul mezunu, %48.8'inin ev hanımı, %74.4'ünün sağlık güvencesinin olduğu, %68.3'ünün eşi ile yaşadığı, %84.1'inin psikiyatrik nedenlerle hastanede yatış öyküsünün olmadığı, %30.5'inin kronik hastalığının olduğu, %3.7'sinin bulaşıcı hastalığının olduğu, %65.9'unun gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği, %58.5'inin annesinin ve %37.8'inin babasının okuryazar olmadığı saptanmıştır.

Anksiyete bozukluğu tanısı almış hastaların yaşlarının ortalaması 35.42 ± 12.21 olup hastaların %63.1'inin kadın, %66.9'unun evli, %30.0'ının ilkokul mezunu, %46.9'unun ev hanımı, %78.5'inin sağlık güvencesinin olduğu, %58.5'inin eşi ile yaşadığı, %97.7'sinin psikiyatrik nedenlerle hastanede yatış öyküsünün olmadığı, %24.6'sinin kronik hastalığının olduğu, %3.8'inin bulaşıcı hastalığının olduğu, %62.3'ünün gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği ve ebeveyn eğitim düzeyinin annede %49.2'sinin okuryazar olmayan, babada %32.33'ünün ilkokul mezunu olan bireylerden oluştuğu görülmüştür.

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış hastaların yaş ortalaması 32.77 ± 8.88 olup hastaların %66.7'sinin kadın, %55.6'sinin evli, %55.6'sinin üniversite mezunu, %37.0'ının ev hanımı, %96.3'ünün sağlık güvencesinin olduğu, %55.6'sinin eşi ile yaşadığı, %88.9'unun psikiyatrik nedenlerle hastanede yatış geçmişinin olmadığı, %11.1'inin kronik hastalığı olduğu, hiç kimsede bulaşıcı hastalık olmadığı, %74.1'inin gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği ve %59.3'ünün annesinin okuryazar olmadığı, %37.1'inin babasının üniversite mezunu olan bireylerden oluştuğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

4.2. Araştırmaya Katılan Kişilerin Madde Kullanım Özellikleri

4.2.1. Şizofreni ve Psikotik Bozukluk Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri

Tablo 2. Şizofreni ve Psikotik Bozukluk Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri Dağılımı (n: 54)

Özellikler	S	%
Sigara kullanım durumu		
Evet	38	70.4
Hayır	16	29.6
Sigara kullanım miktarı		
1-10 adet/gün	4	7.4
11-20 adet/gün	12	22.2
>20 adet/gün	22	40.7
Sigara kullanmaya başlama zamanı		
Hastalık öncesi	31	57.4
Hastalık sonrası	7	13.0
Hastalık öncesi başlanılan sigara kullanımında artış durumu		
Evet	23	42.6
Hayır	8	14.8
Alkol kullanım durumu		
Evet	3	5.6
Hayır	51	94.4
Alkol kullanım miktarı		
Ayda 1 kez	2	3.7
Günde 1 kez	1	1.9
Alkol kullanmaya başlama zamanı		
Hastalık öncesi	3	5.6
Hastalık öncesi başlanılan alkol kullanımında artış durumu		
Evet	1	1.9
Hayır	2	3.7
Madde kullanım durumu		
Evet	3	5.6

Hayır	51	94.4
Madde kullanım sıklığı		
Haftada 1 kez	2	3.7
Haftada 2-3 kez	1	1.9
Madde kullanıma başlama zamanı		
Hastalık öncesi	2	3.7
Hastalık sonrası	1	1.9
Hastalık öncesi başlanılan madde kullanımında artış durumu		
Evet	2	3.7
Hayır	0	0.0
Madde kullanımına başlamada hastalığı etken görme durumu		
Evet	2	3.7
Hayır	1	1.9
İlk kullanılan madde türü		
Sigara	37	68.5
Uçucu madde	1	1.9
Sigara kullanım süresi		
1-3 yıl	3	5.6
5 yıl ve üzeri	35	64.8
Alkol kullanım süresi		
3-5 yıl	1	1.9
5 yıl ve üzeri	2	3.7
Madde kullanım süresi		
1-3 yıl	1	1.9
5 yıl ve üzeri	2	3.7
Sigara kullanımına başlama yaşı		
10 yaş altı	4	7.4
10-13 yaş	8	14.8
14-17 yaş	17	31.5
18-21 yaş	3	5.6
21-24 yaş	1	1.9
24-30 yaş	1	1.9
30 yaş üzeri	4	7.4

Alkol kullanımına başlama yaşı		
10-13 yaş	1	1.9
14-17 yaş	2	3.7
Madde kullanımına başlama yaşı		
10 yaş altı	1	1.9
10-13 yaş	1	1.9
18-21 yaş	1	1.9
Sigara kullanmanın psikiyatrik hastalığa etkisi		
Semptomlarda artma	8	14.8
Semptomlarda azalma	11	20.4
Semptomları etkilememe	19	35.2
Alkol kullanmanın psikiyatrik hastalığa etkisi		
Semptomlarda azalma	3	5.6
Madde kullanmanın psikiyatrik hastalığa etkisi		
Semptomlarda artma	2	3.7
Semptomlarda azalma	1	1.9
Sigara için bağımlılık tedavisi alma durumu		
Evet	3	5.6
Hayır	35	64.8
Alkol için bağımlılık tedavisi alma durumu		
Hayır	3	5.6
Madde kullanımı için bağımlılık tedavisi alma durumu		
Evet	1	1.9
Hayır	2	3.7
Sigara/Alkol/Madde başlama nedeni		
Arkadaş grubu reddi	4	7.4
Çocukluk dönemi travmatik yaşantılar	1	1.9
Davranışların uzun süreli sonuçlarını görememe	3	5.6
Gençlik dönemi heyecanı	19	35.2
Adli sorunlar	2	3.7
Olumsuz yerleşim yeri	3	5.6
Psikolojik nedenler	6	11.1
Sigara/Alkol/Madde kullanılmadığında huzursuz ve sıkıntılı hissetme durumu		
Evet	29	53.7
Hayır	9	16.7

Huzursuzluk ve sıkıntıyı azaltmak için Sigara/Alkol/Madde kullanımına başvurma durumu		
Evet	31	57.4
Hayır	7	13.0
Sigara/Alkol/Madde kullanımı nedeniyle ev, iş vb. sorun yaşama durumu		
Evet	16	29.6
Hayır	22	40.7
Sigara/Alkol/Madde kullanımı nedeniyle suçluluk hissetme durumu		
Evet	14	25.9
Hayır	24	44,4
Alkol/Madde etkisi geçtikten sonra hissedilenler		
Suçluluk ve utanma duygusu	2	3.7
Dini kaygılar ve korku	1	1.9
Pişmanlık	1	1.9
Alkol/Madde kullanımı nedeniyle saldırgan davranışlarda artma durumu		
Evet	2	3.7
Hayır	2	3.7
Alkol/Madde kullanımının yapıldığı yer		
Ev	2	3.7
Sokak	1	1.9
Diğer	1	1.9
Alkol/Madde kullanımı nedeniyle yaşanan problemler		
Ailevi	1	1.9
Finansal	2	3.7
Hiçbiri	1	1.9
İntihar girişimi durumu		
Evet	19	35.2
Hayır	35	64.8
İntihar girişimi şekli		
Ası	1	1.9
Kesici aletle yaralam	4	7.4
Yüksekten atlama	7	13.0
Ateşli silahla yaralama	1	1.9

İlaç intoksu	5	9.3
Diğer yollar	1	1.9
İntihar davranışında alkol/madde kullanımı		
Evet	1	1,9
Hayır	18	33,3
Homosid girişimi durumu		
Evet	11	20,4
Hayır	43	79,6
Homosid davranışında alkol/madde kullanımı		
Evet	2	3.7
Hayır	9	16.7
Suç işleme durumu		
Evet	12	22.2
Hayır	42	77.8
İşlenen suçun niteliği		
Gasp ve hırsızlık	1	1.9
Kavga-yaralama	10	18.5
Siyasi	1	1.9
Suç işlerken alkol/madde kullanım durumu		
Evet	5	9.3
Hayır	7	13
Kendi bedenine zarar verme davranışı		
Evet	12	22.2
Hayır	42	77.8
Kendi bedenine zarar verme davranışında alkol/madde kullanımı		
Evet	2	3.7
Hayır	10	18.5
Aile üyelerinde sigara kullanım durumu		
Anne	11	20.4
Baba	32	40.7
Kardeş	34	63.0
Eş	4	7.4
Aile üyelerinde alkol kullanım durumu		
Baba	2	3.7
Kardeş	2	3.7

Aile üyelerinde madde kullanım durumu		
Baba	1	1.9
Kardeş	2	3.7
Sigara kullanımını bırakmayı isteme durumu		
Evet	15	27.8
Hayır	23	42.6
Alkol kullanımını bırakmayı isteme durumu		
Evet	1	1.9
Hayır	2	3.7
Madde kullanımını bırakmayı isteme durumu		
Evet	2	3.7
Hayır	1	1.9

Şizofreni ve psikotik bozukluk tanılı hastaların madde kullanım özellikleri incelendiğinde; sigara kullanım oranı %70.4, alkol ve uyuşturucu madde kullanım oranlarının ise %5.6 olduğu görülmektedir.

Şizofreni hastalarının %40.7'si günlük sigara kullanım miktarının 20 adetten fazla olduğunu, %57.4'ü hastalık öncesinde sigara kullanmaya başladığını, %42.6'sı hastalıkla birlikte sigara kullanımını artırdığını ve %35.2'si sigara kullanımının hastalık belirtileri üzerinde değişim göstermediğini belirtmiştir. Hastaların %68.5'inin kullandıkları ilk maddenin sigara olduğu, %64.8'inin sigarayı en az beş yıldan beri kullandığı ve %31.5'inin sigarayı ilk olarak 14-17 yaşları arasında içtikleri belirlenmiştir. Hasta grubunun %35.2'si bağımlılık yapıcı maddelere (sigara, alkol, uyuşturucu madde) başlama nedenlerinin gençlik yıllarındaki heyecan arayışı olduğunu, %53.7'si bu maddeler kullanılmadığında kendini huzursuz ve sıkıntılı hissettiğini, %57.4'ü yaşadıkları huzursuzluk ve sıkıntıları azaltmak için bu maddeleri kullandıklarını, %40.7'si ev ve iş yaşamında madde kullanımları nedeniyle sıkıntı yaşamadığını, %44.4'ü kullanımları nedeniyle suçluluk hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Alkol ve madde kullananların %5.6'sı arkadaşlarıyla birlikte kullandığını, %7.4'ü maddeleri kullandıklarında sakinleşme ve gevşeme hissettiğini, %3.7'si kullanılan maddenin etkisi geçince utanma ve suçluluk hissettiğini ayrıca madde kullanımını etkisinde saldırgan davranışlarda artma olduğunu, finansal sıkıntı yaşadığını ve evde kullandığını bildirmiştir. Sigara bağımlılığı için tedavi alma durumu %5.6, madde kullanım bozukluğu için tedavi alma durumu %1.9'dur ve alkol kullanım bozukluğu için tedaviye başvuran hasta olmamıştır.

İntihar deneyimi yaşıyan hastalar tüm şizofreni hastalarının %35.2'sini kapsamaktadır. Bu girişimlerin %13'ü yüksek atlama yöntemiyle gerçekleştirilmiş olup %1.9'u alkol/madde kullanımı etkisinde gerçekleşmiştir. Bu hastaların %22.2 'sinde kendi bedenine zarar verici davranışlar tespit edilmiş ve bunların %3.7'si alkol/madde kullanımı etkisinde gerçekleşmiştir. Homosid girişim durumu %20.4'tür ve %3.7'si alkol madde kullanımı etkisinde gerçekleşmiştir. Suç işleme durumu %22.2 olup %18.5'i kavga ve yaralama şeklinde gerçekleşmiştir. Suç işlerken alkol/madde kullanım durumu ise %9.3'tür. Aile üyelerinde sigara kullanım durumları; anne için %20.4, baba için %40.7, kardeş için %63.0 ve eş için %7.4 olarak saptanmıştır. Aile üyelerinde alkol kullanım durumları baba ve kardeş için %3.7 olarak saptanmıştır ve diğer aile üyelerinde alkol kullanımına rastlanmamıştır. Aile üyelerinde bağımlılık yapıcı madde kullanım durumları incelendiğinde baba için %1.9, kardeş için %3.7 olarak saptanmıştır ve diğer aile üyelerinde madde kullanımına rastlanmamıştır. Hastaların; %27.8'i sigara kullanmayı bırakmak istemekle birlikte %42.6'sı ise istememektedir, %1.9'u alkol kullanmayı bırakmak istemekle birlikte %3.7'si istememektedir, %3.7'si bağımlılık yapıcı madde kullanmayı bırakmak istemekle birlikte %1.9'u istememektedir (Tablo 2).

4.2.2. İki Uçlu Bozukluk Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri

Tablo 3. İki Uçlu Bozukluk Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri Dağılımı (n: 65)

Özellikler	S	%
Sigara kullanım durumu		
Evet	30	46.2
Hayır	35	53.8
Sigara kullanım miktarı		
1-10 adet/gün	9	13.8
11-20 adet/gün	7	10.8
>20 adet/gün	14	21.5
Sigara kullanmaya başlama zamanı		
Hastalık öncesi	26	40.0
Hastalık sonrası	4	6.2
Psikiyatrik hastalıkla birlikte sigara kullanımında artış durumu		
Evet	19	29.2
Hayır	7	10.8
Alkol kullanım durumu		
Evet	3	4.6
Hayır	62	95.4
Alkol kullanım miktarı		
Ayda 1 kez	3	4.6
Alkol kullanmaya başlama zamanı		
Hastalık öncesi	3	4.6
Psikiyatrik hastalıkla alkol kullanımında artış durumu		
Evet	2	3.1
Hayır	1	1.5
Madde kullanım durumu		
Evet	2	3.1
Hayır	63	96.9
Madde kullanmaya başlama zamanı		
Hastalık öncesi	2	3.1

Psikiyatrik hastalıkla madde kullanımında artış durumu		
Evet		
Hayır	1	1.5
	1	1.5
Madde kullanımına başlamada hastalığı etken görme durumu		
Evet	2	3.1
İlk kullanılan madde türü		
Sigara	28	43.1
Alkol	2	3.1
Sigara kullanım süresi		
1-3 yıl	1	1.5
3-5 yıl	1	1.5
5 ve üzeri	28	43.1
Alkol kullanım süresi		
5 ve üzeri	3	4.6
Madde kullanım süresi		
3-5 yıl	1	1.5
5 ve üzeri	1	1.5
Sigara kullanmaya başlama yaşı		
10 yaş altı	1	1.5
10-13 yaş	6	9.2
14-17 yaş	11	16.9
18-21 yaş	6	9.2
21-24 yaş	2	3.1
24-30 yaş	1	1.5
30 yaş üzeri	3	4.6
Alkol kullanmaya başlama yaşı		
10-13 yaş	1	1.5
14-17 yaş	1	1.5
18-21 yaş	1	1.5
Madde kullanmaya başlama yaşı		
10-13 yaş	1	1.5
14-17 yaş	1	1.5

Sigaran kullanmanın psikiyatrik hastalığa etkisi		
Semptomlarda artma	6	9.2
Semptomlarda azalma	7	10.8
Semptomları etkilememe	17	26.2
Alkol kullanmanın psikiyatrik hastalığa etkisi		
Semptomlarda artma	1	1.5
Semptomları etkilememe	2	3.1
Madde kullanmanın psikiyatrik hastalığa etkisi		
Semptomlarda artma	1	3.1
Semptomlarda azalma	1	3.1
Sigara için bağımlılık tedavisi alma durumu		
Evet	3	4.6
Hayır	27	41.5
Alkol için bağımlılık tedavisi alma durumu		
Hayır	3	4.6
Madde kullanımı için bağımlılık tedavisi alma durumu		
Evet	2	3.1
Sigara/Alkol/Madde başlama nedeni		
Aile içi olumsuz yaşantılar	2	3.1
Çocukluk dönemi travmatik yaşantılar	1	1.5
Olumsuz maddi durum	1	1.5
Davranışların uzun süreli sonuçlarını görememe	1	1.5
Gençlik dönemi heyecanı	20	30.8
Psikolojik nedenler	4	6.2
Diğer nedenler	1	1.5
Sigara/Alkol/Madde kullanmadığında huzursuzluk ve sıkıntı		
Evet	25	38.5
Hayır	5	7.7
Sıkıntı azaltmada sigara/alkol/madde kullanımına başvurma durumu		
Evet	28	43.1
Hayır	2	3.1
Sigara/Alkol/Madde kullanımı nedeniyle ev, iş vb. sorun yaşama durumu		
Evet	12	18.5

Hayır	18	27.7
Sigara/Alkol/Madde kullanımı nedeniyle suçluluk hissetme durumu		
Evet	16	24.6
Hayır	14	21.5
Alkol/madde kullanırken hissedilenler		
Sakinleşme ve gevşeme durumu	2	3.1
Neşeli ve aktif olma	1	1.5
Toplumdan uzaklaşma ve içe kapanma	1	1.5
Alkol/Madde etkisi geçtikten sonra hissedilenler		
Üzüntü, gelecek endişesi	1	1.5
Aile ve çevremden dışlanma korkusu	2	3.1
Diğer nedenler	1	1.5
Alkol/Madde kullanımı nedeniyle saldırgan davranışlarda artma durumu		
Evet	3	4.6
Hayır	1	1.5
Alkol/Madde kullanımı nedeniyle yaşanan problemler		
Adli	1	1.5
Ailevi	2	3.1
Finansal, ailesel, adli, arkadaş ve eğitim sorunları	1	1.5
İntihar girişimi durumu		
Evet	16	24.6
Hayır	49	75.4
İntihar girişim şekli		
Ası	1	1.5
Kesici aletle yaralama	3	4.6
Yüksekten atlama	5	7.7
Ateşli silahla yaralama	2	3.1
İlaç intoksu	3	4.6
Diğer yolar	2	3.1
İntihar davranışında alkol/madde kullanımı		
Evet	1	1.5
Hayır	15	23.1

Homosid girişimi durumu		
Evet	3	4.6
Hayır	62	95.4
Homosid davranışında alkol/madde kullanımı		
Evet	1	1.5
Hayır	2	3.1
Suç işleme durumu		
Evet	11	16.9
Hayır	54	83.1
İşlenen suç niteliği		
Gasp ve hırsızlık	1	1.5
Kavga-yaralama	8	12.3
Siyasi	1	1.5
Diğer suçlar	1	1.5
Suç işlerken alkol/madde kullanım durumu		
Evet	3	4.6
Hayır	8	12.3
Kendi bedenine zarar verme davranışı		
Evet	10	15.4
Hayır	55	84.6
Kendi bedenine zarar verme davranışında alkol/madde kullanım durumu		
Evet	1	1.5
Hayır	9	13.8
Aile üyelerinde sigara kullanım durumu		
Anne	7	10.8
Baba	29	44.6
Kardeş	43	66.2
Eş	10	15.4
Aile üyelerinde alkol kullanım durumu		
Baba	1	1.5
Kardeş	5	7.7
Aile üyelerinde madde kullanım durumu		
Kardeş	1	1.5
Sigara kullanımını bırakmayı isteme durumu		
Evet	18	27.7

Hayır	12	18.5
Alkol kullanımını bırakmayı isteme durumu		
Evet	1	1.5
Hayır	2	3.1
Madde kullanımını bırakmayı isteme durumu		
Evet	2	3.1

İki Uçlu bozukluk tanılı hasta grubunun madde kullanım özelliklerine bakıldığında hastaların %46.2'si sigara kullanmakta, %4.6'sı alkol kullanmakta, %3.1'i uyuşturucu madde kullanmaktadır.

Hastaların %21.5'i günlük sigara kullanım miktarının 20 adetten fazla olduğunu, %40.0'ı hastalık öncesinde sigara kullanmaya başladığını, %29.2'si hastalıkla birlikte sigara kullanımını artırdığını ve %26.2'si sigara kullanımının hastalık belirtileri üzerinde değişim göstermediğini belirtmiştir. Hastaların %43.3'ünün kullandığı ilk madde sigaradır, %43.1'i sigarayı en az beş yıldan beri kullanmaktadır ve %16.9'u sigarayı 14-17 yaşları arasında deneyimlemiştir. Hasta grubunun %30.8'i bağımlılık yapıcı maddelere (sigara, alkol, uyuşturucu madde) başlama nedenlerinin gençlik yıllarındaki heyecan arayışı olduğunu, %38.5'i bu maddeler kullanılmadığında kendini huzursuz ve sıkıntılı hissettiğini, %43.1'i yaşadıkları huzursuzluk ve sıkıntıları azaltmak için bu maddeleri kullandıklarını, %27.7'si ev ve iş yaşamında madde kullanımları nedeniyle sıkıntı yaşamadığını, %24.6'sı kullanımları nedeniyle suçluluk hissettiklerini ifade etmişlerdir. Alkol ve madde kullananların %3.1'i arkadaşlarıyla/tek başına kullandığını, %3.1'i sakinleşme ve gevşeme hissettiğini, %3.1'i etkisi geçince ailesi ve çevresi tarafından dışlanma korkusu yaşadığını, %4.6'sı saldırgan davranışlarda artma olduğunu, %3.1'i ailevi sıkıntı yaşadığını, %4.6'sı ev dışındaki mekanlarda kullandığını bildirmiştir. Sigara bağımlılığı için tedavi alma durumu %4.6, madde kullanım bozukluğu için tedavi alma durumu %3.1'dir ve alkol kullanım bozukluğu için tedaviye başvuran hasta olmamıştır.

İntihar deneyimi yaşayan hastalar tüm iki uçlu bozukluk tanılı hastaların %24.6'sını kapsamaktadır. Bu girişimlerin %7.7'si yüksekten atlama yöntemiyle gerçekleştirilmiş olup %1.5'i alkol/madde kullanımı etkisinde gerçekleşmiştir. %15.4'ünde kendi bedenine zarar verici davranışlar tespit edilmiş ve bunların %1.5'i alkol/madde kullanımı etkisinde gerçekleşmiştir. Homosid girişim durumu %4.6'dır ve %1.5'i alkol madde kullanımı etkisinde gerçekleşmiştir. Suç işleme durumu %16.9 olup %12.3'ü kavga ve yaralama şeklinde gerçekleşmiştir. Suç işlerken alkol/madde kullanım durumu ise %4.6'dır. Aile üyelerinde sigara kullanım durumları; anne için %10.8, baba için %44.6, kardeş için %66.2 ve eş için %15.4 olarak saptanmıştır. Aile üyelerinde alkol kullanım durumları baba için %1.5 ve kardeş için %7.7 olarak saptanmıştır ve diğer aile üyelerinde alkol kullanımına rastlanmamıştır. Aile üyelerinde bağımlılık yapıcı madde kullanım durumları incelendiğinde kardeş için %1.5 olarak saptanmıştır ve diğer aile üyelerinde madde kullanımına rastlanmamıştır. Hastaların; %27.7'si sigara kullanmayı bırakmak istemekle birlikte %18.5'i ise istememektedir, %1.5'i alkol kullanmayı bırakmak istemekle birlikte %3.1'i istememektedir, %3.1'i bağımlılık yapıcı madde kullanmayı bırakmak istemektedir ve istemeyen bulunmamaktadır (Tablo 3).

4.2.3. Majör Depresyon Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri

Tablo 4. Majör Depresyon Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri Dağılımı (n: 82)

Özellikler	S	%
Sigara kullanım durumu		
Evet	37	45.1
Hayır	45	54.9
Sigara kullanım miktarı		
1-10 adet/gün	11	13.4
11-20 adet/gün	12	14.6
>20 adet/gün	14	17.1
Sigara kullanmaya başlama zamanı		
Hastalık öncesi	28	34.1
Hastalık sonrası	9	11.0
Psikiyatrik hastalıkla birlikte sigara kullanımında artış durumu		
Evet	14	17.1
Hayır	14	17.1
Alkol kullanım durumu		
Evet	5	6.1
Hayır	77	93.9
Alkol kullanım miktarı		
Ayda 1 kez	4	4.9
Günde 1 kez	1	1.2
Alkol kullanmaya başlama zamanı		
Hastalık öncesi	4	4.9
Hastalık sonrası	1	1.2
Psikiyatrik hastalıkla birlikte alkol kullanımında artış durumu		
Evet	1	1.2
Hayır	3	3.7
Madde kullanım durumu		
Evet	1	1.2

Hayır	81	98.8
Madde kullanım miktarı		
Günde 1 kez	1	1.2
Madde kullanmaya başlama zamanı		
Hastalık sonrası	1	1.2
Madde kullanımına başlamada hastalığı etken görme durumu		
Evet	1	1.2
İlk kullanılan madde türü		
Sigara	35	47.2
Alkol	1	1.2
Esrar	1	1.2
Sigara kullanım süresi		
1 yıl altı	5	6.1
1-3 yıl	2	2.4
3-5 yıl	3	3.7
5 ve üzeri	27	32.9
Alkol kullanım süresi		
1 yıl altı	1	1.2
1-3 yıl	1	1.2
3-5 yıl	1	1.2
5 ve üzeri	2	2.4
Madde kullanım süresi		
5 yıl ve üzeri	1	1.2
Sigara kullanımına başlama yaşı		
10 yaş altı	3	3.7
10-13 yaş	3	3.7
14-17 yaş	13	15.9
18-21 yaş	8	9.8
21-24 yaş	6	7.3
24-30 yaş	1	1.2
30 yaş üzeri	3	3.7
Alkol kullanımına başlama yaşı		
10-13 yaş	2	2.4

14-17 yaş	3	3.7
Madde kullanımına başlama yaşı		
10 yaş altı	1	1.2
Sigara kullanmanın psikiyatrik hastalığa etkisi		
Semptomlarda artma	6	7.3
Semptomlarda azalma	9	11.0
Semptomları etkilememe	22	26.8
Alkol kullanmanın psikiyatrik hastalığa etkisi		
Semptomları etkilememe	5	6.1
Madde kullanmanın psikiyatrik hastalığa etkisi		
Semptomları etkilememe	1	1.2
Sigara için bağımlılık tedavisi alma durumu		
Evet	4	4.9
Hayır	33	40.2
Alkol için bağımlılık tedavisi alma durumu		
Hayır	5	6.1
Madde kullanımı için bağımlılık tedavisi alma durumu		
Evet	1	1.2
Sigara/Alkol/Madde başlama nedeni		
Arkadaş grubu reddi	6	7.3
Aile içi olumsuz yaşantılar	5	6.1
Çocukluk dönemi travmatik yaşantılar	2	2.4
Davranışların uzun süreli sonuçlarını görememe	1	1.2
Gençlik dönemi heyecanı	16	19.5
Psikolojik nedenler	7	8.5
Sigara/Alkol/Madde kullanmadığında huzursuzluk ve sıkıntı		
Evet	27	32.9
Hayır	10	12.2
Sıkıntı azaltmada sigar/alkol/maddeye başvurma durumu		
Evet	33	40.2
Hayır	4	4.9

Sigara/Alkol/Madde kullanımı nedeniyle ev, iş vb. sorun yaşama durumu		
Evet	11	13.4
Hayır	26	31.7
Sigara/Alkol/Madde kullanımı nedeniyle suçluluk hissetme durumu		
Evet	25	30.5
Hayır	12	14.6
Alkol/madde kullanırken hissedilenler		
Sakinleşme ve gevşeme durumu	5	6.1
Uyku hali, uyuşukluk ve dengesizlik	1	1.2
Alkol/Madde etkisi geçtikten sonra hissedilenler		
Suçluluk ve utanma duygusu	2	2.4
Aile ve çevremden dışlanma korkusu	1	1.2
Diğer nedenler	3	3.7
Alkol/Madde kullanımı nedeniyle saldırgan davranışlarda artma durumu		
Hayır	6	7.3
Alkol/Madde kullanımının yapıldığı yer		
Ev	1	1.2
Sokak	2	2.4
Diğer	3	3.7
Alkol/Madde kullanımı nedeniyle yaşanan problemler		
Ailevi	2	2.4
Sağlık	1	1.2
Finansal	2	2.4
Ailevi, sağlık, finansal, eğitim ve arkadaşlar	1	1.2
İntihar girişimi durumu		
Evet	18	22.0
Hayır	64	78.0
İntihar girişimi şekli		
Ası	1	1.2
Kesici aletle yaralama	2	2.4
Yüksekten atlama	4	4.9
Ateşli silahla yaralama	1	1.2
İlaç intoksu	9	11.0

Diğer yollar	1	1.2
İntihar davranışında alkol/madde kullanımı		
Evet	1	1.2
Hayır	17	20.7
Homosid davranışı durumu		
Evet	4	4.9
Hayır	78	95.1
Homosid davranışında alkol/madde kullanımı		
Hayır	4	4.9
Suç işleme durumu		
Evet	4	4.9
Hayır	78	95.1
İşlenen suç niteliği		
Kavgaya-yaralama	3	3.7
Siyasi	1	1.2
Suç işlerken alkol/madde kullanım durumu		
Hayır	4	4.9
Kendi bedenine zarar verme davranışı		
Evet	10	12.2
Hayır	72	87.8
Kendi bedenine zarar verme davranışında alkol/madde kullanımı		
Hayır	10	12.2
Aile üyelerinde sigara kullanım durumu		
Anne	17	20.7
Baba	42	51.2
Kardeş	52	63.4
Eş	35	42.7
Aile üyelerinde alkol kullanım durumu		
Kardeş	5	6.1
Eş	3	3.7
Aile üyelerinde madde kullanım durumu		
Kardeş	2	2.4
Eş	3	3.7

Sigara kullanımını bırakmayı isteme durumu		
Evet	24	29.3
Hayır	13	15.9
Alkol kullanımını bırakmayı isteme durumu		
Evet	2	2.4
Hayır	3	3.7
Madde kullanımını bırakmayı isteme durumu		
Evet	1	1.2

Majör depresyon tanılı hasta grubunun madde kullanım özelliklerine bakıldığında hastaların %45.1'i sigara kullanmakta, %6.1'i alkol kullanmakta, %1.2'si uyuşturucu madde kullanmaktadır.

Hastaların %17.1'i günlük sigara kullanım miktarının 20 adetten fazla olduğunu, %34.1'i hastalık öncesinde sigara kullanmaya başladığını, %17.1'i psikiyatrik hastalıkla birlikte sigara kullanımını artırdığını ve %26.8'i sigara kullanımın hastalık belirtileri üzerinde değişim göstermediğini belirtmiştir. Hastaların %47.2'sinin kullandığı ilk madde sigaradır, %32.9'u sigarayı en az beş yıldan beri kullanmaktadır ve %15.9'u sigarayı 14-17 yaşları arasında deneyimlemiştir. Hasta grubunun %19.5'i bağımlılık yapıcı maddelere (sigara, alkol, uyuşturucu madde) başlama nedenlerinin gençlik yıllarındaki heyecan arayışı olduğunu, %32.9'u bu maddeler kullanılmadığında kendini huzursuz ve sıkıntılı hissettiğini, %40.2'si yaşadıkları huzursuzluk ve sıkıntıları azaltmak için bu maddeleri kullandıklarını, %31.7'si ev ve iş yaşamında madde kullanımları nedeniyle sıkıntı yaşamadığını, %30.5'i kullanımları nedeniyle suçluluk hissettiklerini ifade etmişlerdir. Alkol ve uyuşturucu madde kullananların %6.1'i bu maddeleri tek başına kullandığını, %6.1'i sakinleşme ve gevşeme hissettiğini, %7.3'ü saldırgan davranışlarda artma olmadığını, %2.4'ü ailevi ve finansal sıkıntı yaşadığını, %3.7'si evin dışındaki mekanlarda kullandığını bildirmiştir. Sigara bağımlılığı için tedavi alma durumu %4.9, madde kullanım bozukluğu için tedavi alma durumu %1.2'dur ve alkol kullanım bozukluğu için tedaviye başvuran hasta olmamıştır. İntihar deneyimi yaşayan hastalar tüm majör depresyon tanılı hastaların %22.0'ını kapsamaktadır. Bu girişimlerin %11.0'ı ilaç intoksu yöntemiyle gerçekleştirilmiş olup %1.2'si alkol/madde kullanımı etkisinde gerçekleşmiştir. %12.2'sinde kendi bedenine zarar verici davranışlar tespit edilmiş ve bunların hiçbiri alkol/madde kullanımı etkisinde gerçekleşmemiştir. Homosid girişim durumu %4.9 olup hiçbiri alkol/madde kullanımı etkisinde gerçekleşmemiştir. Suç işleme

oranı %4.9'dur ve bunların %3.7'si kavga ve yaralama şeklinde gerçekleşmiştir. Suç işlerken alkol/madde kullanım durumu ise %4.6'dır. Aile üyelerinde sigara kullanım durumları; anne için %20.7, baba için %51.2, kardeş için %63.4 ve eş için %42.7 olarak saptanmıştır. Aile üyelerinde alkol kullanım durumları kardeş için %6.1 ve eş için %3.7 olarak saptanmıştır ve diğer aile üyelerinde alkol kullanımına rastlanmamıştır. Aile üyelerinde uyuşturucu madde kullanım durumları incelendiğinde kardeş için %2.4, eş için %3.7 olarak saptanmıştır ve diğer aile üyelerinde madde kullanımına rastlanmamıştır. Hastaların; %29.3'ü sigara kullanmayı bırakmak istemekle birlikte %15.9'u istememektedir, %2.4'ü alkol kullanmayı bırakmak istemekle birlikte %3.7'si istememektedir, %1.2'si bağımlılık yapıcı madde kullanmayı bırakmak istemektedir ve istemeyen bulunmamaktadır (Tablo 4).



4.2.4. Anksiyete Bozukluğu Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri

Tablo 5. Anksiyete Bozukluğu Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri Dağılımı (n: 130)

ÖZELLİKLER	S	%
Sigara kullanım durumu		
Evet	55	42.3
Hayır	75	57.7
Sigara kullanım miktarı		
1-10 adet/gün	22	16.9
11-20 adet/gün	17	13.1
>20 adet/gün	16	12.3
Sigara kullanmaya başlama zamanı		
Hastalık öncesi	51	39.2
Hastalık sonrası	4	3.1
Psikiyatrik hastalıkla birlikte sigara kullanımında artış durumu		
Evet	29	22.3
Hayır	22	16.9
Alkol kullanım durumu		
Evet	5	3.8
Hayır	125	96.2
Alkol kullanım miktarı		
Ayda 1 kez	2	1.5
Ayda 2-3 kez	1	0.8
Haftada 1 kez	1	0.8
Günde 1 kez	1	0.8
Alkol kullanmaya başlama zamanı		
Hastalık öncesi	4	3.1
Hastalık sonrası	1	0.8
Psikiyatrik hastalıkla birlikte alkol kullanımında artış durumu		
Evet	2	1.5
Hayır	2	1.5

Madde kullanım durumu		
Evet	0	0
Hayır	130	100
İlk kullanılan madde türü		
Sigara	54	41.5
Alkol	1	0.8
Esrar	1	0.8
Sigara kullanım süresi		
1 yıl altı	3	2.3
1-3 yıl	2	1.5
3-5 yıl	2	1.5
5 ve üzeri	48	36.9
Alkol kullanım süresi		
1-3 yıl	2	1.5
3-5 yıl	3	2.3
Sigara kullanmaya başlama yaşı		
10 yaş altı	1	0.8
10-13 yaş	10	7.7
14-17 yaş	23	17.7
18-21 yaş	14	10.8
21-24 yaş	2	1.5
24-30 yaş	1	0.8
30 yaş üzeri	4	3.1
Alkol kullanmaya başlama yaşı		
10-13 yaş	4	3.1
14-17 yaş	1	0.8
Sigara kullanmanın psikiyatrik hastalığa etkisi		
Semptomlarda artma	10	7.7
Semptomlarda azalma	8	6.2
Semptomları etkilememe	37	28.5
Alkol kullanmanın psikiyatrik hastalığa etkisi		
Semptomlarda artma	1	0.8
Semptomlarda azalma	1	0.8
Semptomları etkilememe	3	2.3
Sigara için bağımlılık tedavisi alma durumu		
Evet	5	3.8

Hayır	50	38.5
Alkol için bağımlılık tedavisi alma durumu		
Hayır	5	3.8
Sigara/Alkole başlama nedeni		
Arkadaş grubu reddi	10	7.7
Aile içi olumsuz yaşantılar	8	6.2
Çocukluk dönemi travmatik yaşantılar	2	1.5
Davranışların uzun süreli sonuçlarını görememe	1	0.8
Gençlik dönemi heyecanı	32	24.6
Psikolojik nedenler	3	2.3
Sigara/alkol kullanmadığında huzursuzluk ve sıkıntı		
Evet	38	29.2
Hayır	18	13.8
Sıkıntı azaltmak için sigara/alkole başvurma durumu		
Evet	49	37.7
Hayır	7	5.4
Sigara/Alkol kullanımı nedeniyle ev, iş vb. sorun yaşama durumu		
Evet	23	17.7
Hayır	33	25.4
Sigara/Alkol kullanımı nedeniyle suçluluk hissetme durumu		
Evet	33	25.4
Hayır	23	17.7
Alkol kullanırken hissedilenler		
Sakinleşme ve gevşeme durumu	2	1.5
Neşeli ve aktif olma	2	1.5
Toplumdan uzaklaşma ve içe kapanma	1	0.8
Alkol etkisi geçtikten sonra hissedilenler		
Dini kaygılar ve korku	1	0.8
Pişmanlık	1	0.8
Diğer nedenler	3	2.3
Alkol kullanımı nedeniyle saldırgan davranışlarda artma durumu		
Hayır	5	3.8

Alkol kullanımı nedeniyle yaşanan problemler		
Ailevi	1	0.8
Arkadaşlar	1	0.8
Ailevi, arkadaş, finansal, Eğitim	3	2.3
İntihar girişimi durumu		
Evet	13	10.0
Hayır	117	90.0
İntihar girişimi şekli		
Kesici aletle yaralama	5	3.8
Yüksekten atlama	4	3.1
Ateşli silahla yaralama	1	0.8
Diğer	3	2.3
İntihar davranışında alkol kullanımı		
Hayır	13	10.0
Homosid girişimi		
Var	3	2.3
Yok	127	97.7
Homosid girişiminde alkol kullanımı		
Evet	1	0.8
Hayır	2	1.5
Suç işleme durumu		
Evet	8	6.2
Hayır	122	93.8
İşlenen suç niteliği		
Dolandırıcılık	2	1.5
Kavga-yaralama	6	4.6
Suç işlerken alkol kullanım durumu		
Hayır	8	6.2
Kendi bedenine zarar verme davranışı		
Evet	12	9.2
Hayır	118	90.8
Aile üyelerinde sigara kullanım durumu		
Anne	23	17.7
Baba	66	50.8
Kardeş	73	56.2
Eş	46	35.4

Aile üyelerinde alkol kullanım durumu		
Baba	4	3.2
Kardeş	6	4.6
Eş	3	2.3
Aile üyelerinde madde kullanım durumu		
Kardeş	2	1.5
Sigara kullanımını bırakmayı isteme durumu		
Evet	40	30.8
Hayır	15	11.5
Alkol kullanımını bırakmayı isteme durumu		
Evet	2	1.5
Hayır	3	2.3

Anksiyete bozukluğu tanısı almış hasta grubunun madde kullanım özellikleri incelendiğinde; hastaların %42.3'ü sigara kullanmakta, %3.8'i alkol kullanmaktadır. Hiçbirinde uyuşturucu madde kullanımı bulunmamaktadır.

Bu gruptaki hastaların %16.9'u günlük sigara kullanım miktarı 1-10 adet arasında olduğunu, %39.2'si hastalık öncesinde sigara kullanmaya başladığını, %22.3'ü hastalıkla birlikte sigara kullanımını artırdığını ve %28.5'i sigara kullanımının hastalık belirtileri üzerinde değişim göstermediğini belirtmiştir. Hastaların %41.5'inin kullandığı ilk madde sigaradır, %36.9'u sigarayı en az beş yıldan beri kullanmaktadır ve %17.7'si sigarayı 14-17 yaşları arasında deneyimlemiştir. Hasta grubunun %24.6'si bağımlılık yapıcı maddelere (sigara, alkol) başlama nedenlerinin gençlik yıllarındaki heyecan arayışı olduğunu, %29.2'si bu maddeler kullanılmadığında kendini huzursuz ve sıkıntılı hissettiğini, %37.7'si yaşadıkları huzursuzluk ve sıkıntıları azaltmak için bu maddeleri kullandıklarını, %25.4'ü ev ve iş yaşamında madde kullanımları nedeniyle sıkıntı yaşamadığını, %25.4'ünün kullanımları nedeniyle suçluluk hissettiklerini ifade etmişlerdir. Alkol kullananların %2.3'ü arkadaşlarıyla kullandığını, %1.5'i sakinleşme ve gevşeme/neşeli hissettiğini, %3.8'i saldırgan davranışlarda artma olmadığını, %2.3'ü ailevi/arkadaş/finansal/eğitimle ilgili konularda sıkıntı yaşadığını, %2.3'ünün alkolü evde kullandığını bildirmiştir. Sigara bağımlılığı için tedavi alma durumu %3.8'dir ve alkol kullanım bozukluğu için tedaviye başvuran hasta olmamıştır.

İntihar deneyimi yaşayan hastalar tüm anksiyete bozukluğu tanısı almış hastaların %10.0'ını kapsamaktadır. Bu girişimlerin %3.8'i kesici delici aletle yaralama yöntemiyle gerçekleştirilmiş olup hiçbirisi alkol/madde kullanımı etkisinde gerçekleştirilmemiştir. %9.2'sinde kendi bedenine zarar verici davranışlar tespit edilmiş ve bunların hiçbirinde alkol/madde kullanımı görülmemiştir. Homosid girişim durumu %2.3'tür ve %0.8'i alkol madde kullanımı etkisinde gerçekleşmiştir. Suç işleme durumu %6.2 olup %4.6'sı kavga ve yaralama şeklinde gerçekleşmiştir. Suç işlerken alkol/madde kullanımı görülmemiştir. Aile üyelerinde sigara kullanım durumları; anne için %17.7, baba için %50.8, kardeş için %56.2 ve eş için %35.4 olarak saptanmıştır. Aile üyelerinde alkol kullanım durumları baba için %3.2, kardeş için %4.6 ve eş için %2.3 olarak saptanmıştır ve diğer aile üyelerinde alkol kullanımına rastlanmamıştır. Aile üyelerinde bağımlılık yapıcı madde kullanım durumları incelendiğinde kardeş için %1.5 olarak saptanmıştır ve diğer aile üyelerinde madde kullanımına rastlanmamıştır. Hastaların; %30.8'i sigara kullanmayı bırakmak istemekle birlikte %11.5'i istememektedir, %1.5'i alkol kullanmayı bırakmak istemekle birlikte %2.3'ü istememektedir (Tablo 5).

4.2.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri

Tablo 6. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastaların Madde Kullanım Özellikleri Dağılımı (n: 27)

Özellikler	S	%
Sigara kullanım durumu		
Evet	10	37.0
Hayır	17	63.0
Sigara kullanım miktarı		
1-10 adet/gün	4	14.8
11-20 adet/gün	6	22.2
Sigara kullanmaya başlama zamanı		
Hastalık öncesi	5	18.5
Hastalık sonrası	5	18.5
Psikiyatrik hastalıkla birlikte sigara kullanımında artış durumu		
Evet	2	7.4
Hayır	3	11.1
Alkol kullanım durumu		
Evet	0	0.0
Hayır	27	100
Madde kullanım durumu		
Evet	0	0.0
Hayır	27	100
İlk kullanılan madde türü		
Sigara	9	33.3
Alkol	1	3.7
Sigara kullanım süresi		
1 yıl altı	1	3.7
1-3 yıl	1	3.7
5 ve üzeri	8	29.6
Sigaraya başlama yaşı		
10-13 yaş	2	7.4
14-17 yaş	2	7.4
18-21 yaş	2	7.4

21-24 yaş	1	3.7
24-30 yaş	3	11.1
Sigara kullanmanın psikiyatrik hastalığa etkisi		
Semptomlarda artma	2	7.4
Semptomları etkilememe	8	29.6
Sigara için bağımlılık tedavisi alma durumu		
Evet	1	3.7
Hayır	9	33.3
Sigaraya başlama nedeni		
Arkadaş grubu reddi	1	3.7
Gençlik yıllarındaki heyecan	4	14.8
Psikolojik nedenler	3	11.1
Diğer nedenler	2	7.4
Sigara kullanmadığında huzursuzluk ve sıkıntı		
Evet	5	18.5
Hayır	5	18.5
Sıkıntı azaltmada sigaraya başvurma durumu		
Evet	9	33.3
Hayır	1	3.7
Sigara kullanımı nedeniyle ev, iş vb. sorun yaşama durumu		
Evet	2	7.4
Hayır	8	29.6
Sigara kullanımı nedeniyle suçluluk hissetme durumu		
Evet	3	11.1
Hayır	7	25.9
İntihar girişimi durumu		
Evet	2	7.4
Hayır	25	92.6
İntihar girişimi şekli		
Yüksekten atlama	1	3.7
İlaç intoksu	1	3.7
Homosid girişimi durumu		
Evet	1	3.7

Suç işleme durumu		
Evet	1	3.7
İşlenen suç niteliği		
Kavgaya-yaralama	1	3.7
Kendi bedenine zarar verme davranışı		
Evet	3	11.1
Hayır	24	88.9
Aile üyelerinde sigara kullanım durumu		
Anne	6	22.2
Baba	15	55.6
Kardeş	19	70.4
Eş	2	7.4
Aile üyelerinde alkol kullanım durumu		
Baba	1	3.7
Kardeş	2	7.4
Eş	2	7.4
Aile üyelerinde madde kullanım durumu		
Hiçbiri kullanmıyor	27	100
Sigara kullanımını bırakmayı isteme durumu		
Evet	5	18.5
Hayır	5	18.5

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hasta grubunun madde kullanım özellikleri incelendiğinde hastaların %37.0'ı sigara kullanmakta, alkol ve uyuşturucu madde kullanan bireylere rastlanmamıştır (Bu hasta grubunda alkol ve uyuşturucu madde kullanan bireyler olmadığı için tabloda sigara kullanımına ilişkin özellikler yer almaktadır).

Hastaların %22.2'si günlük sigara kullanım miktarının 11-20 adet arasında olduğunu, %18.5'i hastalık öncesinde sigara kullanmaya başladığını, %18,5'i hastalık sonrasında sigara kullanmaya başladığını, %11.1'i hastalıkla birlikte sigara kullanımını artırmadığını ve %29.6'sı sigara kullanımının hastalık belirtileri üzerinde değişim göstermediğini belirtmiştir. Hastaların %33.3'ünün kullandığı ilk madde sigaradır, %29.6'sı sigarayı en az beş yıldan beri kullanmaktadır ve %11.1'i sigarayı 24-30 yaşları arasında deneyimlemiştir. Hasta grubunun %14.8'i bağımlılık yapıcı maddelere (sigara) başlama nedenlerinin gençlik yıllarındaki heyecan arayışı olduğunu, sigara kullananların yarısı sigara kullanılmadığında kendini huzursuz ve sıkıntılı hissettiğini diğer yarısı ise sigara kullanılmadığında kendini huzursuz ve sıkıntılı hissetmediğini, %33.3'ü yaşadıkları huzursuzluk ve sıkıntıları azaltmak

için bu maddeleri kullandıklarını, %29.6'sı ev ve iş yaşamında madde kullanımları nedeniyle sıkıntı yaşamadığını, %25.9'unun kullanımları nedeniyle suçluluk hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Sigara bağımlılığı için tedavi alma durumu %3.7'dir.

İntihar deneyimi yaşayan hastalar tüm obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların %7.4'ünü kapsamaktadır. Bu girişimlerin %3.7'si yüksek atlama, 3.7'si ilaç intoksu yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. %11.1'inde kendi bedenine zarar verici davranışlar tespit edilmiştir. Homosid girişim durumu %3.7'dir. Suç işleme durumu %3.7 olup kavga ve yaralama şeklinde gerçekleştirilmiştir. Aile üyelerinde sigara kullanım durumları; anne için %22.2, baba için %55.6, kardeş için %70.4 ve eş için %7.4 olarak saptanmıştır. Aile üyelerinde alkol kullanım durumları baba için %3.7, kardeş için %7.4 ve eş için %7.4 olarak saptanmıştır ve diğer aile üyelerinde alkol kullanımına rastlanmamıştır. Aile üyelerinde bağımlılık yapıcı madde kullanım durumları incelendiğinde hiçbir aile üyesinde madde kullanımına rastlanmamıştır. Hastaların; %18.5'i sigara kullanmayı bırakmak istemekle birlikte %18.5'i ise istememektedir (Tablo 6).

4.2.6. Tercih Edilen Maddenin Kullanan Kişi Sayısına Göre Dağılımı

Tablo 7. Tercih Edilen Maddenin Kullanan Kişi Sayısına Göre Dağılım Tablosu

Tercih edilen madde	Kullanan kişi sayısı
Esrar	3
Metamfetamin	2
Esrar + Metamfetamin + Bonzai	1

Tercih edilen maddelere bakıldığında ilk sırada esrar kullanımının tercih edildiği görülmektedir. Sırası ile metamfetamin ve bonzai tercih edilen maddeler arasında yer almaktadır (Tablo 7).

4.2.7. Farklı Ruhsal Bozukluklara Göre Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 8. Farklı Ruhsal Bozukluklara Göre Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılma Tablosu

Özellikler	Tanı Grupları					P* değeri
	Şizofreni ve Psikotik Bozukluklar n(%)	İki uçlu bozukluk n(%)	Majör Depresif Bozukluk n(%)	Anksiyete Bozukluğu n(%)	Obsesif Kompulsif Bozukluk n(%)	
Sigara kullanımı						
Evet	38(%70.4)	30 (%46.2)	37 (%45.1)	55 (%42.5)	10 (%37.0)	0.007
Hayır	16 (%29.6)	35 (%53.8)	45 (%54.9)	75 (%57.7)	17 (%63.0)	
Alkol kullanımı						
Evet	3 (%5.6)	3 (%4.6)	5 (%6.1)	5 (%3.8)	0 (%0.0)	0.728
Hayır	51 (%94.4)	62 (%95.4)	77 (%93.9)	125 (%96.2)	27 (%100)	
Madde kullanımı						
Evet	3 (%5.6)	2 (%3.1)	1 (%1.2)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	0.075
Hayır	51 (%94.4)	63 (%96.9)	81 (%98.8)	130 (%100)	27 (%100)	

*chi-square test

Hastaların tıbbi tanılarına göre sigara kullanım oranları karşılaştırıldığında; en yüksek oranın %70.4 ile şizofreni ve psikotik bozukluk tanılı hasta grunda olduğu ve en düşük oranın %37.0 ile obsesif kompulsif bozukluk tanılı hasta grubunda olduğu saptanmıştır. Sigara kullanımı açısından tanı grupları arasında anlamlı farklılık vardır ($p < 0.05$). Tıbbi tanılarına göre hastaların alkol kullanım özellikleri karşılaştırıldığında alkol kullanım oranı majör depresyon hastalarında %6.1 ile en yüksek orana sahip olduğu görülmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hasta grunda ise alkol kullanımı görülmemiştir. Alkol kullanımı açısından tanı grupları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p > 0.05$). Tıbbi tanılarına göre hastaların uyuşturucu madde kullanım özellikleri karşılaştırıldığında ise madde kullanımı en yüksek grup %5.6 ile şizofreni ve psikotik bozukluk tanılı hasta grubunda olduğu saptanmıştır. En düşük grup ise anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk tanılı hasta grubundadır. Uyuşturucu madde kullanımına rastlanmamıştır. Madde kullanımı açısından tanı grupları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p > 0.05$)(Tablo 8).

5. TARTIŞMA

Ciddi ruhsal bozukluğa sahip hastalarda alkol ve madde kullanım bozuklukları yüksek oranda eşlik etmektedir (10). Bu araştırma farklı psikiyatrik bozukluğa sahip 358 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Farklı psikiyatrik bozukluklarda madde kullanım özellikleri incelenmiş, gruplar birbiri ile karşılaştırılmış ve elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

TÜİK 2020 verilerine göre her gün tütün kullanan 15 yaş ve üzeri bireylerin oranı 2019 yılında %28,0 olarak belirlenmiştir. Bu oranın erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %14,9 olduğu tespit edilmiştir. Yaş gruplarına göre incelendiğinde, en çok tütün kullanan bireyler 35-44 yaş grubunda yer almaktadır (138). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016 verilerine göre; günde içilen ortalama sigara sayısı 18'dir. Sigaraya başlama yaşı ortalama 17'dir ve kullanıma 18 yaş ve altında başlayanların oranı %57,5'dir (139). Bu çalışmada sigara kullanım oranları hasta grupları arasında değişmekle beraber özellikle şizofreni ve psikotik özellikli tanı grubu hastalarda sigara kullanım oranlarının toplumdan ve diğer hasta gruplarından daha yüksek olduğu görülmüştür (Şizofreni %70,4, iki uçlu bozukluk %46,2). En düşük oran obsesif kompulsif bozukluk tanılı hasta grubuna aittir ve %37,0'dir. Ayrıca sigara kullanımının erkek hastalar arasında yoğunlaştığı, sigara kullananların kullanım miktarının sıklıkla günlük yirmi adetten fazla olduğu, bağımlılık yapıcı maddelerden ilk sigaranın tercih edildiği ve en çok 14-17 yaşları arasında sigaranın deneyimlendiği tespit edilmiştir.

2019 TÜİK verilerine göre toplumda alkol kullanan kadınların oranı %6,6, alkol kullanan erkeklerin oranı ise %23,3'tür (140). Bu çalışmada alkol kullanım oranı en yüksek tanı grubu majör depresif bozukluk tanılı hastalara aittir ve oranı %6,1'dir.

Türkiye uyuşturucu raporu 2019 verilerine göre uyuşturucu madde kullanımı (hayatında en az bir kere uyuşturucu madde deneyimi) kadınlarda %0,3 oranlarında seyrederken erkeklerde bu oran %6,1'dir. Uyuşturucu madde kullanmaya başlama yaşı ise ortalama 19'dur (141). Bu çalışmada şizofreni tanılı hasta grubunda madde kullanım oranı %5,6, iki uçlu bozukluk tanılı hasta grubunda %3,1, majör depresyon tanılı hasta grubunda %1,2'dir. Diğer tanı gruplarında uyuşturucu madde kullanımı görülmemiştir.

Ülkemizde sigara kullanım oranları psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda normal popülasyona göre daha fazla oranlarla seyretmektedir (142). Bu çalışmada da psikiyatrik hastalıkların madde kullanım bozuklukları ile eştanılanma oranının yüksek olduğu görülmektedir. TÜİK 2019 uyuşturucu raporuna göre genel nüfusun %75,2'si sigara kullanmayı "ağır risk" olarak tanımlarken, %82,8'i alkol kullanmayı, %97,3'ü uyuşturucu madde kullanmayı ağır risk olarak tanımlamıştır (141). Rapor sonuçları ile bu çalışma karşılaştırıldığında hastaların kullandıkları maddelere atfettikleri riskin büyüklüğü ile madde kullanım oranları arasında ters orantı olduğu saptanmıştır. 'Ağır risk' oranı arttıkça madde kullanımının azaldığı görülmektedir. Bu çalışmada kullanım oranları en yüksek maddeler sırası ile sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımındır.

5.1. Şizofreni ve Diğer Psicotik Bozukluklarda Sigara, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Özelliklerinin Tartışılması

Bu çalışmada şizofreni ve diğer psicotik bozukluk tanısı almış hastalar arasında sigara kullanımı %70.4, alkol kullanımı %5.6, uyuşturucu madde kullanımı ise %5.6 oranında olduğu tespit edilmiştir. Şizofreni hastaları toplumla karşılaştırıldığında çok yüksek düzeyde sigara içme oranına sahiptir ve en yüksek kullanım oranına sahip hasta grubu olarak bilinmektedir (143, 144,145). Bu çalışmada da tüm hasta grupları arasında en yüksek sigara kullanım oranı bu hasta grubuna aittir. Sagud ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada, şizofreni hastalarının sigara kullanım oranı %60 olarak saptanmıştır (145). Kuloğlu ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir çalışmada, nikotin bağımlılık oranı %76 olarak tespit edilmiştir (146). Akdavar ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları araştırmada, mevcut sigara kullanım oranı %69.4 (147), Diaz ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarında sigara kullanım oranı %74'tür (148). Benzer çalışmalarda da şizofreni ve diğer psicotik bozukluğa sahip hastalarda sigara kullanım oranı %60'ların üzerinde olup oldukça yüksek oranda olduğu dikkati çekmektedir.

Şizofreni hastalarında alkol kullanım bozukluğu da yaygındır ve hastalarının yaklaşık üçte biri alkol kullanım bozukluğu eştanısı almaktadır (88, 149). Şizofreni hastaları arasında yaygın görülen madde kullanım bozukluğu hastalık seyrini kötüleştirmektedir (17). Verma ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir çalışmada şizofreni hastalarında alkol/madde kullanım sıklığı %15.8 hafif düzeyde ve %10.3 ağır kullanım örüntüsüne sahip olduğu görülmüştür (150). Akdavar ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada ise mevcut alkol kullanım oranı %44.9 olup, %8.2'si alkol kullanım bozukluğuna sahip hastalardan oluşmaktadır. Esrar kötüye kullanımını %2 olarak belirlenmiştir (147). Herhangi bir kültürel çevre içinde kullanılan ve

aktarılan inançlar, normlar ve değerler, sosyal normlar ve kişiler arası ilişkileri belirler ve dolayısıyla madde kullanımını kolaylaştırabilir ya da sınırlayabilir (151). Alkol ve madde bağımlılarına yapılacak en önemli toplumsal yardım onların alkol ve madde alt kültüründen uzak bir ortamda yaşamlarını sürdürmelerini sağlamaktır (37). Bu çalışmadaki alkol ve madde kullanım bozukluğu oranlarının literatüre göre düşük çıkmasının nedeninin örneklem grubunun seçildiği kültürel yapıya uygun olmaması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Kızılkaya ve Öz (2006) yaptıkları çalışmada psikiyatrik hastalığa sahip hastaların yaklaşık yarısının sigaraya başlama yaşının 15-19 yaşları arasında olduğunu saptamıştır (56). Bu çalışmada da sigara kullananların %31.5'i sigara kullanımına 14-17 yaşları arasında başlamıştır. Sigara/alkol/madde kullanımına başlama nedeni olarak en çok verilen cevap 'gençlik yıllarındaki heyecan arayışı' olmuştur. Diğer çalışmalarda ise arkadaş etkisi ve merak gibi duyguların sigara kullanmaya başlamada etkili olduğu görülmüştür (152). Karşıdağ ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, hastalık süresi arttıkça sigara kullanım oranlarının 2-3 kat arttığı, hastalığın sigara kullanımına başlamayı kolaylaştırdığı ve sigara kullananların kullanmayanlardan 2-6 kat daha fazla hastane yatışının olduğu görülmüştür. Sigara kullanan hastalardaki psikopatoloji düzeyinin daha ağır olduğu yani sigaranın bizzat psikopatolojiyi arttırdığı saptanmıştır (16). Bu çalışmada ise şizofreni tanılı hastaların %53.7'si sigara/alkol/madde kullanmadıklarında sıkıntılı ve huzursuz hissettiğini, %57.4'ü ise sıkıntısını ve huzursuzluğunu gidermek için sigara/alkol/madde kullandığını belirtmiştir. Fakat sigara kullananların %35.2'si sigaranın hastalık semptomlarına olumlu ya da olumsuz bir etkisinin olmadığını, %14.8'i hastalık semptomlarını artırdığını ve sadece %20.4'ü hastalık semptomlarını azalttığını ifade etmiştir. Alkol kullananların hepsi (3 kişi) ve madde kullanan 1 kişi kullandıkları maddelerle hastalık semptomlarının azaldığını düşünürken madde kullanan 2 kişi hastalık semptomlarını artırdığını düşünmektedir.

Şizofreni hastaları diğer psikiyatri hastalarına göre ölüm riski yüksek intihar yöntemleri seçmektedir ve vakaların %10-15'inde ölüm gerçekleşmektedir. Bu hasta grubunda %20-50 oranında intihar girişimi öyküsü olduğu bilinmektedir (153). Karşıdağ ve arkadaşları (2005) şizofreni hastalarında intihar girişim oranını %20.6 olarak saptamıştır (16). Bu çalışmada bu oran %35.2'dir ve yüksekten atlama, ilaç intoksu, kesici delici aletle yaralama sık tercih edilen yöntemlerdendir.

Fleischman ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada şizofreniye ek olarak eşlik eden madde kötüye kullanımı olan hastaların özellikle cinayet olmak üzere şiddet içeren suç işleme oranı

%32.9, bu tür bir eşlik eden hastalığı olmayan hastalarda bu oran %8.7 olarak saptanmıştır. Madde kötüye kullanımının olması bu davranışları göstermede hastalar için bir risk faktörü oluşturmaktadır. Ayrıca topluma oranla şizofreni hastaları arasında suç işleme oranı 2-10 kat daha fazladır (154,155). Cinayet faillerinin şizofreni tanı prevalansı ise Batı ülkelerinde %6'dır (156). Bu çalışmada şizofreni tanılı hastalarda suç işleme oranı %22.2, homosid girişimi oranı %20.4'tür. Şiddeti azaltmaya yönelik stratejilerde madde kullanım bozukluklarının önlenmesine odaklanmanın yararlı olacağını söyleyebiliriz.

Alkol kullanım bozukluğuna sahip hastalarda damgalanmanın içselleştirilmesiyle suçluluk ve utanç duyguları oluşabilmektedir. Bu duygularla başa çıkabilmek için hastalar alkol kullanımına yönelmekte ve bunun sonucunda tekrar suçluluk ve utanç hissedilmektedir (157). Keyes ve arkadaşlarının (2010) alkol kullanım bozukluğu olan bireylerle yaptığı çalışmada damgalanmayı içselleştirmiş hastalarda tedavi hizmetinden yararlanma durumunun daha düşük olduğu saptanmıştır (158). Alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda, utanç ve suçluluk duyguları ile başetmek tedavi için önemli bileşenlerdendir (157). Bu çalışmada hastaların herhangi bir madde kullanımına bağlı suçluluk duygusu % 25.9 olarak saptanmıştır. Bu gruptaki hastalar arasında sigara kullanımını bırakmak isteyenlerin oranı %27.8, alkol kullanımını bırak isteyenlerin oranı %1.9, madde kullanımını bırakmak isteyenlerin oranı %3.7'dir.

Sigara kullanım davranışında, rol modeli olan kişilerin sigara kullanımları bu durumu etkilemektedir. Bu çalışmada aile üyelerinde sigara kullanımını anne için %20.4, baba için %40.7 kardeş için %63 gibi yüksek oranlarda görülmüştür. Kızılkaya ve Öz'ün (2006) yapmış olduğu çalışmada, aile üyelerinde sigara kullanım oranı %47.8 olarak saptanmıştır (56). Zeng ve arkadaşlarının (2020) yaptığı literatür incelemelerinin sonuçlarına göre şizofreni hastalarında sigara içme oranı yüksek olmasına rağmen bu grupta sigarayı bırakma prevalansında düşüş olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, bu oran %27.8'dir. Şizofreni hastaları arasında sigara bırakma prevalansının %14.0 olduğu tespit edilmiştir (159). Hagman ve arkadaşları (2007) ciddi ruhsal bozukluk öyküsü olan hastalarda sigara bırakma oranını %29 olarak saptamıştır (160). Bu hastalık gruplarında bazı güçlendirme tedavilerinin (örn; motivasyonel görüşme) bırakma oranlarını artırdığı bilinmektedir. Psikiyatrik hastalığın olması sigarayı bırakmaya engel olmadığı ve topluma uygulanan bırakma tedavilerinin psikiyatrik bozukluğu olan hastalarada uygulanması gerektiği unutulmamalıdır (161).

5.2. İki Uçlu Bozuklukta Sigara, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Özelliklerinin Tartışılması

Bu çalışmada iki uçlu bozukluk tanısı almış hasta grubunda sigara kullanım oranı %46.2, alkol kullanım bozukluğu oranı %4.6, madde kullanım bozukluğu oranı %3.1, olarak saptandı. Alkol-madde kullanım oranlarını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda yöntem farklılıklarından dolayı sonuçlarda da farklılıklar meydana gelmektedir. Madde kullanımı için, bağımlılık, kötüye kullanım, şu an kullanım ve yaşam boyu kullanım şeklinde farklı ifadeler yer aldığı için sonuçlar geniş bir aralığı kapsamaktadır. Ayrıca seçilen örneklem grubu da sonuçların yüksek ya da düşük çıkmasına neden olmaktadır (162). Uludağ ve Güleç'in (2015) yaptıkları çalışmada iki uçlu bozukluk tanılı hastaların yaşam boyu sigara kullanımı %60, yaşam boyu alkol kullanımı %34, alkol kullanım bozukluğu %10, yaşam boyu madde kullanım bozukluğu %7 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada alkol ve madde kullanım bozukluğu oranı %14'tür (162). Akkaya ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında psikoaktif madde bağımlılık oranı %3,2 ve alkol bağımlılığı %4,9 oranındaydı (163). Kesbir ve arkadaşları (2007) ise yaşam boyu en az bir madde kullanım bozukluğu oranını %36 olarak saptamışlardır (164). İki uçlu bozukluğu olan hastalarla yürütülen çalışmalarda sigara kullanım prevalansı %30-70 arasında değişiklik göstermektedir (36). Bu hasta grubunda sigaraya başlama oranı topluma oranla 2-3 kat daha fazladır ve sigarayı bırakabilme olasılıkları daha düşüktür. Kronik duygu durum düzensizliği, yetersiz sosyal destek sigaraya başlamayı kolaylaştıran nedenler arasındadır (165). Ayrıca iki uçlu bozukluğun varlığının sigaraya başlama ve sürdürme riskini arttırması, nikotinin duygudurumu düzelter (serotonin) ve keyif veren (dopamin) nörotransmitterlerin salınımını arttırmasına bağlanabilir (36). Bipolar bozukluk tanısı almış hastalar hastalık belirtilerini azaltmak ve kendini tedavi etmek amacıyla madde kullanımına yönelebilmekte ve bu iki hastalık grubunun birlikte görülme sıklığı artmaktadır (162).

Arizon ve arkadaşlarının (2017) yaptığı araştırmada hastaların %6,6'sında alkol kullanım bozukluğu bipolar bozukluğun başlangıcından önce başlarken, hastaların %45,8'inde bipolar bozukluk alkol kullanım bozukluğunun başlangıcından önce başlamıştır (96). Ayrıca bipolar bozukluk tanılı hastalarda alkol kötüye kullanımı toplumdan 3-4 kat daha fazla görülürken, alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda duygudurum bozuklukları on kat daha fazla görülür (166). Hastalıkla birlikte alkol kullanımının olmasının semptom şiddetini artırdığı, disforik mani, dürtüsellik ve saldırganlık şiddetini değiştirdiği bilinmektedir (167). Bu çalışmada alkol kullanan tüm hastalar (%4.6) kullanimlarına psikiyatrik tanısından önce başlamıştır ve %3.1'i

psikiyatrik hastalıkla birlikte alkol kullanımında artış yaşamıştır. Hastaların %1.5'i alkol kullanımından sonra psikiyatrik hastalık semptomlarında artış olduğunu, %3.1'i semptomlarda değişme olmadığını düşünmektedir. Sigara kullananlarda ise en çok verilen yanıt semptomlara etkisi olmadığı yönündeyken madde kullananlarda semptomlarda artış ve azalma olduğunu düşünenleri oranı farklılık göstermemektedir. Starzer ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir çalışmada hastaların %32.2'sinde maddenin yol açtığı psikoz daha sonra bipolar bozukluk ve şizofreniye dönüşmüştür (168). Bu çalışmada da uyuşturucu madde kullanan iki hasta madde kullanımına psikiyatrik hastalık tanısından önce başlamıştır. Ayrıca gençlikte başlayan bipolar bozukluğun, yetişkin başlangıçlı bipolar bozukluğa kıyasla daha fazla madde kullanım riski taşıdığı bilinmektedir (169). Bu çalışmada hastaların %30.8'inde sigara/alkol/maddeye başlama nedeni olarak gençlik yıllarındaki heyecanın baskın olduğu ve 14-17 yaş aralığının tercih edildiği görülmektedir. Kızılkaya ve Öz'ün (2006) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı hastalar sigara kullanmaya ortalama 16 yaşında başlamıştır ve günlük içilen sigara miktarı 22.6'dır (56). Bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Tüm psikiyatrik durumlar arasında en yüksek intihar oranına iki uçlu bozuklukta rastlanmaktadır ve topluma göre yaklaşık 20-30 kat fazla görülmektedir (170). İki uçlu bozukluk tanısı almış hastalarda %23-26 oranlarında intihar öyküsü olduğu bilinmektedir. İntihar nedeni ölümlerin %3.4-14'ünden iki uçlu bozukluk sorumludur. Kendini zehirleme ve ası kullanılan en yaygın yöntemlerdir (171). Bu çalışmada da bu oran % 24.6'dır ve yüksekten atlama, kendini zehirleme, kesici aletlerle yaralama en çok kullanılan yöntemler arasındadır. Topluma kıyasla şizofreni ve iki uçlu bozuklukta şiddet ve saldırganlık davranışı daha fazla görülmektedir. İki uçlu bozuklukta şiddet davranışının çoğu manik dönemde ortaya çıkmakla birlikte madde kullanım bozukluğu eştanısı ile artmaktadır (172). İki uçlu bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre şiddet suçu genel nüfusta %3.5'iken hastalarda %8.4 olarak saptanmıştır (155). Bu çalışmada iki uçlu bozukluk tanılı hastalarda suç işleme oranı % 16.9, suç niteliği en çok kavga/yaralama, homosid girişim oranı ve alkol/madde kullanımı nedeniyle saldırganlıkta artma durumu %4.6'dır. İki uçlu bozukluk tanılı hastalarda suç işleme oranının yüksek olduğu görülmektedir.

5.3. Majör Depresif Bozuklukta Sigara, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Özelliklerinin Tartışılması

Bu çalışmada majör depresyon tanılı hastaların sigara kullanımını %45.1, alkol kullanımını %6.1, uyuşturucu madde kullanımını ise %1.2 oranında saptanmıştır. Diaz ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada majör depresyon hastalarında sigara kullanım oranı %57'dir (148). Hunt ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada majör depresif bozukluğu olan erkek hastalarda alkol kullanımını %36, kadınlarda %19 saptanmıştır (173). San ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada depresyon düzeyi ile madde bağımlılığı arasında orta düzeyde pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Bireylerin depresif belirtilerin kurtuluş yolu olarak bağımlılık yapıcı maddeyi görmesi ve kendi kendine tedavi maksadıyla madde kullanımına yönelmesi bir çözüm aracı olarak görülebilmektedir (68). Bu çalışmadaki alkol ve madde kullanım bozukluğu oranlarının farklı ülkelerde yapılan çalışmalara göre düşük olduğu dikkati çekmekte olup nedeninin örneklem grubunun seçildiği toplumda alkol ve madde kullanımına yönelik dini ve toplumsal nedenlerle negatif bakış açısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Madde kullanım bozuklukları ve majör depresyon arasındaki eşanı, madde bağımlılığı alanında en sık görülen ikili patolojidir ve %12 ile %80 arasında değişen yaygınlık oranlarına sahiptir. Madde kullanımıyla eşzamanlı olarak tetiklenen depresif epizodlar ile birincil depresif epizodların arasında ayırım yapmak, terapötik yönetim için özellikle önemlidir (174). Kızılkaya ve Öz'ün (2006) çalışmasında depresyon tanılı hastalarda günlük içilen sigara miktarı 21.2'dir ve hastalar sigara kullanmaya ortalama 16 yaşında başlamıştır (56). Bu çalışmadaki hastaların %17.1'inde günlük sigara tüketim miktarı 20'den fazladır. İlk deneyimlenen madde sıklıkla sigaradır. Sigara kullanmaya başlama yaşı 14-17 yaşları arasında yoğunlaşmakta olup kullanıcılar sıklıkla en az beş yıldır sigara kullanmaktadır. Sigara kullanmaya başlama zamanı olarak (hastalıktan önce\hastalıktan sonra) hastalar eşit dağılım göstermektedir

Dünya çapında intiharları meydana getiren nedenler sıklıkla psikiyatrik hastalıklarla ilgilidir ve depresyon bu hastalıkların önde gelen nedenleri arasındadır. İntihar düşüncesi majör depresif bozukluğun varlığında yaygın temel semptomdur ve intihar düşüncesi olanların üçte biri intihar girişiminde bulunmaktadır (175). Bu çalışmada intihar girişimi oranı %22.0'dır ve en çok tercih edilen yöntem ilaç intoksudur. Üzel (2020) yapmış olduğu araştırmada depresif belirtilerdeki artışla birlikte intihar düşüncesinin de arttığı sonucuna varmıştır (176). Ateşçi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2002) intihar girişiminde bulunan hastaların %46.6'sında

depresyon gözlenmiştir (177). Eşsizoğlu ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada depresyon hastalarının %57.1'ine intihar düşünceleri nedeniyle EKT uygulanmıştır (178).

Utanch duygusu, aşagılanma algısı yaşıyan depresyon hastalarında impulsif olarak suç yönelim görülebilmekte ve benlik saygısında azalma, kendine güvenin kaybedilmesi, umutsuzluk hisleri şiddet davranışına zemin hazırlamaktadır. Ağır depresyonlarda ise homosidal davranışlar sonucu intihar sıklıkla görülmektedir (179). Bu çalışmada suç işleme oranı %4.9, en çok işlenen suç niteliği kavga/yaralama olup homosid davranış durumu %4.9'dur. Yaşam boyu intihar oranı toplumda %1.1-4.3 iken majör depresyon hastalarında %9-15 aralığındadır. Ayrıca intihar eden hastalar arasında alkol kullanım oranı %25 olup madde kullananlarda intihar riski 20 kat daha fazladır (180).

5.4. Anksiyete Bozukluklarında Sigara, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Özelliklerinin Tartışılması

Bu çalışmada anksiyete bozukluğu olan hastalarda sigara kullanım oranı %42.3, alkol kullanımı %3.8 olup uyuşturucu madde kullanımına rastlanmamıştır. Kuloğlu ve arkadaşlarının (2001) yapmış olduğu çalışmada anksiyete bozukluklarında sigara kullanım oranı %29 olarak saptanmıştır (181). Fluharty ve arkadaşları (2017) inceledikleri çalışmaların neredeyse yarısında başlangıçtaki depresyon ve anksiyetenin daha sonra sigara içme davranışıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir (182).

Yapılan epidemiyolojik bir araştırmada şiddetli depresyon ve anksiyete bulguları tespit edilen hastalarda semptom şiddeti az olan hastalara göre alkol ve madde kullanım oranlarının normalden fazla olduğu saptanmıştır (183). 1257 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada tehlikeli alkol kullanımı olanların aynı zamanda yüksek anksiyete duyarlılığına sahip olduğu saptanmıştır. Aksiyete duyarlılığı yüksek seyreden öğrencilerin de anksiyete duyarlılığı normal seyreden öğrencilere oranla daha şiddetli alkol kullanma ve diğer madde kullanımları olduğu görülmüştür (184). Özellikle sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozukluğu ek tanısı görülmektedir (102). Karakuş ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada anksiyete bozukluğu olan hastalarda nikotin dışı madde kullanım bozukluğu %36 iken tüm maddeler için bağımlılık oranı %81 olarak saptanmıştır (185). Bu çalışmadaki alkol ve madde kullanım bozukluğu oranları literatüre göre oldukça düşük çıkmış olup örneklem grubunun yaşadıkları anksiyete ile başetme aracı olarak alkol ve madde kullanımına yönelmediklerini düşündürmektedir.

Kızılkaya ve Öz'ün (2006) çalışmasında anksiyete bozukluğu olan hastalarda günlük içilen sigara miktarı 18.5'tir ve hastalar sigara kullanmaya ortalama 20 yaşında başlamıştır (56). Bu çalışmada içilen sigara miktarı sıklıkla daha az olmakla birlikte (1-10 adet) yaş grubu da daha küçüktür (14-17 yaş). Hastaların çoğunluğunun beş yıldan fazla sigara kullandığı ve ilk sigarayı deneyimlediği görülmektedir. Alkol kullanımına başlama yaşının ise 10-13 yaş aralığında yoğunlaştığı görülmüştür. Çuvaş ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada sigara içenlerde sürekli kaygı düzeyi içmeyenlere oranla daha yüksek saptanmıştır (186). Çaykara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2019) sigara kullanan bireylerin anksiyete, depresyon, bağımlılık, umutsuzluk düzeyleri aralarında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (187). Fakat bu gruptaki hastaların çoğu sigara ve alkolün psikiyatrik hastalık semptomlarını olumlu/olumsuz yönde etkilemediğini düşünmektedir. Hastalar sıklıkla sigara kullanmayı bırakmak istediklerini ifade etmelerine rağmen bırakmak için herhangi bir sağlık kuruluşlarına başvurma durumunun çok düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca bu gruptaki hastaların büyük kısmı sigara kullanmaya hastalık öncesi dönemde başlamış olup hastalıkla birlikte sigara kullanımlarının arttığı saptanmıştır. Alkol kullanan hastalar sıklıkla hastalık öncesi dönemde alkol kullanmaya başlamıştır ve psikiyatrik hastalıkla birlikte alkol kullanımlarındaki artma ve azalma oranları aynıdır. Bu çalışmada sigara ve alkolün ilk kullanımlarının gençlik dönemlerinde heyecan/merak amaçlı deneyimlendiği sonrasında huzursuzluk ve sıkıntıları azaltmak için bir araç olarak görüldüğü, kullanılmadığında huzursuzluk ve sıkıntı hissedildiği, kullanımlarının ev, iş ve sosyal hayatta sorun oluşturmadığı, kullandıkları için suçluluk hissedilmediği ve alkol kullanımının sakin ve neşeli hissettirdiği, saldırganlık gibi zararlı davranışlar oluşturmadığı düşünceleri hastalar arasında sıklıkla saptanmıştır.

Anksiyete bozukluğuna sahip olmak daha fazla intihar düşüncesi ve girişimi ile ilişkilendirilmiştir. Anksiyete bozukluğuna sahip hastalarda sosyal desteğin azalması, depresif belirtilerin artması, ruh sağlığında bozulmayla özkıyım girişiminin bağlantılı olduğu görülmüştür (188). Anksiyete bozukluğu olan hastalarda özkıyım davranışı %10.0'dır ve kesici delici aletle yaralama en sık tercih edilen yöntemdir. Ayrıca homosid girişim oranı %2.3, kendi bedenine zarar verme davranışı %9.2, suç işleme oranı %6.2 olup sıklıkla kavga ve yaralama davranışlarının olduğu görülmüştür. Bu grupta aile üyelerinde sigara kullanımı diğer hasta grupları ile benzer dağılım göstermekle birlikte sigara, alkol ile uyuşturucu madde kullanımından daha çok tercih edilmektedir. Ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalarla yapılan bir araştırmada sigara kullanan hastalarda sigarayı bırakmanın depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkili olmadığı görülmüştür (76). Bu çalışmada anksiyete bozukluğu tanısı

almış hastalarda sigara kullanmayı bırakmak isteme durumunun yüksek olduğu ama tedavi için sağlık kuruluşuna başvuru durumunun düşük olduğu saptanmıştır. Alkol kullanmayı bırakmak isteme durumunun düşük ve tedavi için sağlık kuruluşuna başvuru durumunun da düşük olduğu görülmüştür.

5.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sigara, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Özelliklerinin Tartışılması

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerde topluma göre sigara kullanımı daha az görülmektedir (189). Ayrıca diğer psikiyatrik bozukluklara oranla da sigara kullanım prevalansı açısından daha düşük oranlarda seyretmektedir (77). Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalar sigara kullanımı açısından diğer psikiyatrik bozukluklara kıyasla %37 ile en düşük orana sahiptir. Dell'Osso ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu 504 obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastadan oluşan uluslararası bir örnekleme %24.4'lük bir yaygınlık olduğu saptanmıştır (77). Kuloğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara kullanım oranı %23'tür (181).

Depresyon ve anksiyete bozuklukları obsesif kompulsif bozukluğa en sık eşlik eden tanılar olsa da madde kullanım bozukluklarıyla da birliktelik göstermektedir. Herhangi bir madde kullanım bozukluğu ile eş tanı oranı 13,6 - 25,6 arasında değişiklik göstermektedir (190). Bu çalışmada ise hastalarda alkol ve madde kullanımına rastlanmamıştır. Dünyaya göre ülkemizdeki alkol ve madde kullanım oranlarının az olmasının yüksek aile desteği ve dini-kültürel faktörlerin varlığından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir (147). Ayrıca yangın çıkarma korkusu, bedene bir zarar gelmesi ve hastalığa yakalanma endişeleri gibi OKB ile spesifik olarak ilişkili belirtiler, sigara içme davranışından uzak tutabilmektedir. Bu gruptaki hastalar risk almayı sevmezler ve sigara içmeyle bağlantılı olduğu düşünülen impulsif davranışları pek sergilemezler (146). Tüm hasta grupları içinde sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanım bozukluklarında en az oranlar bu hasta grubuna aittir. Sigara kullanan hastalarda sigara kullandıkları için suçluluk hissetmediklerini, sıkıntılarını azaltmak için sigaraya başvurduklarını ve ev, iş, sosyal hayatta sigara nedeniyle sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Sigara kullananların yarısı ise kullanmayı bırakmak istememektedir. Ayrıca bu gruptaki hastaların sigara kullanmaya başlama yaşı diğer hasta gruplarında olduğu gibi yaşamın erken dönemlerinde olmayıp homojen dağılım göstermekte ve 24-30 yaş aralığında yoğunlaşmaktadır.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan ve özkıyım girişiminde bulunan hastalarda maddenin kötüye kullanımı, kadın cinsiyet, yüksek eğitim düzeyi ve beraberinde anksiyete bozukluğunun da olduğu görülmüştür (191). Karakuş ve Tamam'ın (2017) yaptığı çalışmada OKB hastalarında intihar girişimi oranı %18.3, en sık tercih edilen yöntem ise ilaç intoksudur (185). Bu çalışmada intihar girişim durumu, suç işleme durumu ve kendine zarar verme girişimi açısından en az oranlar bu hasta grubuna aittir. İntihar girişim oranı %7.4'tür. İlaç intoksu ve yüksekten atlama seçilen yöntemler arasındadır. Homosid girişim durumu ise %3.7'dir.

Aile üyelerinin sigara ve alkol kullanım durumları incelendiğinde kullanım oranları diğer hasta gruplarına benzer dağılmakla birlikte bağımlılık yapıcı madde kullanımına rastlanmamıştır.

Farklı Ruhsal Bozukluklara Göre Sigara, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Özelliklerinin Tartışılması

Tüm hasta grupları incelendiğinde sigara kullanımının en çok görüldüğü grup %70.4 ile şizofreni tanılı hastalardan oluşurken en az sigara kullanan grup %37.0 ile OKB tanılı hastalardan meydana gelmektedir. Alkol kullanım oranı en yüksek grup %6.1 ile majör depresyon tanılı hastalara, uyuşturucu madde kullanım oranı en yüksek grup %5.6 ile şizofreni tanılı hasta grubuna aittir. En düşük oranlar OKB tanılı hasta grubuna aittir ve alkol ile uyuşturucu madde kullanımı görülmemektedir.

Tüm hastaların sigara içme özellikleri incelendiğinde şizofreni, iki uçlu bozukluk, majör depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı almış hastalarda sigaraya başlama zamanı olarak yapılan tercihlerin büyük oranda hastalıktan önce olduğu görülmüştür. Ayrıca hastalıkla birlikte sigara kullanımında artışa, şizofreni ve iki uçlu bozukluk tanılı hastalarda daha fazla rastlanmıştır. Sigara içme davranışının sıklıkla psikiyatrik hastalık tanısı ile komorbid birliktelik izlediği gözlemlenmiştir.

Şizofreni ve Psikotik özellikli hasta gruplarında hem sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanım oranları hem de bu maddelerin kullanım miktarları daha yüksek oranlarda seyretmektedir. Kızılkaya ve Öz'ün (2006) yapmış olduğu çalışmada da sigara kullanım oranı ve miktarı en yüksek grubu psikoz hastalarının oluşturduğu saptanmıştır (56).

Sigara ve alkol kullanan hastaların büyük çoğunluğu kullandıkları maddelerin hastalık semptomlarını etkilemediğini düşünürken uyuşturucu madde kullanan hastalar sıklıkla hastalık semptomlarını ağırlaştırdığını belirtmişlerdir. Tüm hasta gruplarında sıkıntılı

hissedilen zamanlarda bu sıkıntının giderilmesi için sigara/alkol/maddeye başvurmanın çok yüksek oranlarda tercih edildiği saptanmıştır.

İntihar girişim oranı en yüksek olan hasta grubu şizofreni en düşüğü obsesif kompulsif bozukluk tanılı hasta grubuna aittir. Homosid girişim oranı ve kendi bedenine zarar verici davranışların en yüksek oranlarda görüldüğü grup şizofreni, en az oranlarda görüldüğü grup ise anksiyete bozukluğu tanılı hastalardır. Ayrıca sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanımının en az olduğu hasta grubunda (OKB) suç işleme oranının da en az olduğu saptanmıştır. En fazla suç işleme davranışına şizofreni hastalarında rastlanmış ve bu grubun aynı zamanda madde kullanım bozuklukları açısından da oranlarının yüksek olduğu görülmüştür.

Sigara, alkol ya da bağımlılık yapıcı maddelerden en az birini kullanan hastaların birçoğunun ailesinde sigara kullanımı olduğu saptanmıştır. Aile fertlerinin bağımlılık yapıcı maddeleri kullanıyor olması madde kullanım bozukluklarına başlamada etken olabileceği ve ailenin rol model olmasıyla herhangi bir maddeye karşı bağımlılık geliştirmenin kolaylaştığı görülmektedir. Genetik aktarımın ve öğrenme faktörünün aile yoluyla bağımlılık bozukluklarının oluşumuna etkisi göz ardı edilmemelidir.

Madde kullanımı ile komorbidite gösteren psikiyatrik bozukluk tanısı almış hastalar incelendiğinde, sıklıkla ilk sigara, alkol ve madde kullanımı olduğu görülmekte ve bunları psikiyatrik bozukluklar takip etmektedir. Bu sonuçlar psikiyatrik bozuklukların oluşmasında sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımının rol oynayabileceğini göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç

Ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaların madde kullanımlarının ve ilişkili değişkenlerin belirlenmesine yönelik yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

Sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanımlarını sıklıkla psikiyatrik semptomlar takip etmektedir. Bu maddeleri ilk deneme yaşı 14-17 yaşları arasında yoğunlaşmakta ve madde kullanımına başlama nedenlerine bakıldığında ilk sırada ‘gençlik yıllarındaki heyecan arayışı’ yer almaktadır. Bu yılların bağımlılık geliştirme açısından riskli yıllar olduğu belirlenmiştir. Bu yaş gruplarında bağımlılığa karşı farkındalığı artırmaya yönelik faaliyetler madde kullanım bozukluklarının oluşmasında koruyucu olabilir.

Bu çalışmada alkol ya da bağımlılık yapıcı madde kullanımı olan hastaların aynı zamanda sigara kullandığı saptanmıştır ve sıklıkla ilk kullanılan maddenin sigara olduğu görülmüştür. Bir maddeye bağımlı olmanın diğer maddeleri kullanmayı kolaylaştırdığı sonucu elde edilmiştir.

Tüm hasta grupları incelendiğinde sigara kullanım oranı çoktan aza doğru sırası ile şizofreni ve psikozla giden bozukluklar (%70.4), iki uçlu bozukluk (%46.2), majör depresyon (%45.1), anksiyete bozukluğu (%42.5) ve obsesif kompulsif bozukluk (%37.0) şeklindedir.

Alkol kullanım bozukluğu için sıralama majör depresyon(%6.1), şizofreni ve psikozla giden bozukluklar(%5.6), iki uçlu bozukluk(%4.6), anksiyete bozukluğu (%3.8) şeklindedir. Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda alkol kullanımı saptanmamıştır.

Uyuşturucu madde kullanım bozukluğu için sıralama şizofreni ve psikozla giden bozukluklar, iki uçlu bozukluk, majör depresyon şeklindedir. Diğer hasta gruplarında uyuşturucu madde kullanımı yoktur.

Sigara kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.007$). Alkol ve madde kullanımı için anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Öneriler

Psikiyatri hemşireleri tarafından madde kullanım bozukluğu geliştirme riski yüksek olan hasta gruplarının bilinmesi, bu hastaların yakından takip edilmesi ve madde kullanım oranı yüksek olan hasta grupları başta olmak üzere etkili başetme yöntemlerinin tedaviyle birlikte hastalara verilmesi,

Alkol ve diğer maddelerin kullanımına geçişte basamak görevinde olan sigara kullanımının önlenmesi için risk faktörlerinin belirlenmesi ve özellikle psikiyatrik tıbbi tanısı bulunan hastaların risk grubunda değerlendirilmesi, sigara-ilaç etkileşimleri hakkında hastaya bilgi verilmesi,

Birincil hastalığın tedavisi yapılırken ya da tamamlandıktan sonra madde kullanım bozukluklarının tedavi edilmemesi hastalık sürecini ağırlaştırmakta, tedaviye direnç yaratmakta ve tedavinin daha da güçleşmesine neden olduğundan birincil hastalık tedavi edilirken madde kullanım bozukluklarının gözardı edilmemesi,

Bırakma döneminde ortaya çıkabilecek stresi etkili yönetebilmek için hobi edinme, meditasyon, fiziksel aktiviteler ve yaratıcı uğraşılardan hastaya uygun olanlarının seçilmesi,

Suç işleme davranışını azaltmak, suça karışmayı önlemek, intihar girişim oranlarını azaltmak ve zararlı davranışların en aza inmesi için sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanımının bırakılması,

Hastalarda sigaranın bırakılması için herhangi bir yardım talebinde bulunma durumunun yok denecek kadar az olduğu, fakat diğer maddeler için sağlık kuruluşlarına başvuruların yapıldığı görüldüğünden insan sağlığını tehdit eden sigaranın hastalar tarafından alkol ve uyuşturucu madde kadar zararlı görülmediği için psikiyatri hemşirelerinin hem sigaranın psikiyatrik hastalığa zararları konusunda hem de sigara kullanmayı azaltma/bırakma konusunda hastalara eğitim vermeleri,

Araştırmanın daha geniş örneklem grubu ve diğer ruhsal bozukluklarda dahil edilerek yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. The World Health Report 2001. Burden of mental and behavioural disorders.2001. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_en.pdf Erişim Tarih: 11.04.2021
2. Saraceno B. The who world health report 2001 on mental health. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. 2002; 11(02):83–87.
3. Gültekin BK. Ruhsal bozuklukların önlenmesi: kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010; 2(4):583-594.
4. Brundtland GH. Mental health in the 1st century. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78:503–505.
5. Greenfield SF, Shore MF. Harvard review of psychiatry. *Harvard Review of Psychiatry*. 1995; 3(3):115–129.
6. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml> (NIMH 2018). Erişim Tarihi: 27.03.2021
7. Arı A, Öz P. Temel sağlık hizmetlerinin birinci basamağında çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı sorunu olan bireye karşı tutumları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2005; 12(1): 16-28.
8. Snyder M. Serious mental illness and smoking cessation. *Issues in Mental Health Nursing*. 2006; 27(6): 635–645.
9. Anderson P. Global use of alcohol, drugs and tobacco. *Drug and Alcohol Review*. 2006; 25(6):489–502.
10. Menezes P, Johnson S, Thornicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P, Kuipers E. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illnesses in south london. *British Journal of Psychiatry*. 1996;168:612-619.
11. Aras İH. Şizofrenide alkolmadde kullanım bozuklukları eş tanısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013; 5(3):260-275.
12. Balhara YPS, Kuppili PP, Gopta R. Neurobiology of comorbid substance use disorders and psychiatric disorders: Current state of evidence. *J Addict Nurs*. 2017; 28(1):11-26.
13. Karakuş G, Tamam L. Yatarak tedavi gören obsesif kompulsif bozukluk hastalarının klinik özellikleri. *Çukurova Medical Journal*. 2017; 42(1), 140-146.
14. Gournay K, Sandford T, Johnson S, Thornicroft G. Dual diagnosis of severe mental health problems and substance abuse/dependence: A major priority for mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1997; 4(2):89–95.

15. Antai-Otong D, Theis K, Patrick DD. Dual diagnosis. *Nursing Clinics of North America*. 2016; 51(2):237–247.
16. Karşıdağ Ç, Alpay N, Kocabıyık A. Şizofreni ve sigara bağımlılığı. *Düşünen Adam*. 2005; 18(1):13 -20.
17. Khokhar JY, Dwiel LL, Henricks AM, Doucette WT, Green AI. The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophr Res*. 2018; 194:78-85.
18. Alikashiöglu, M. Madde kullanımının risk faktörleri ve koruyucu faktörler. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi. 2005; 43:73-83.
19. Robson D, Gray R. Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; (44): 457–466.
20. Kılıç C. Ulusal hastalık yükü çalışması. Ruhsal hastalıklara bağlı hastalık yükü 2017. http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf. 2017. Erişim Tarihi: 21.03.2021
21. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020. World Health Organization and Harvard School of Public Health. 1996. Geneva.
22. Blythe J, White J. Role of the mental health nurse towards physical health care in serious mental illness: An integrative review of 10 years of UK Literature. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2012; (21): 193–201.
23. Nankivell J, Platania-Phung C, Happell B, Scott D. Access to physical health care for people with serious mental illness: a nursing perspective and a human rights perspective- common ground? *Issues in Mental Health Nursing*. 2013; 34(6):442–450.
24. Cunningham C, Dixon, LB. Health disparities among people with serious mental illness. *Psychiatric Services*. 2020; 71(4):412–413.
25. Sokal J, Messias E, Dickerson FB, Kreyenbuhl J, Brown CH, Goldberg RW, Dixon LB. Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *Journal of Nervous Mental Disease*. 2004; 192(6):421–427.
26. Holt RIG, Peveler RC, Byrne CD. Schizophrenia, the metabolic syndrome and diabetes. *Diabetic Medicine*. 2004; 21:515–523.
27. Busche B, Holt R. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 2004; 184:67–71.

28. Blank, MB, Mandell DS, Aiken L, Hadley TR. Co occurrence of HIV and serious mental illness among medicaid recipients. *Psychiatric Services* 2002; 53(7):868–873.
29. Crowe A, Lyness K. Family functioning, coping and distress in families with serious mental illness. *The Family Journal*. 2014;22(2):186-197.
30. Lambert TJR, Velakoulis D, Pantelis C. Medical co morbidity in schizophrenia. *Medical Journal of Australia*. 2003; 178: 67–70.
31. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara. 1998.
32. The World Health Report. Burden of mental and behavioural disorders. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_en.pdf?ua=1. 2001. E.T. 21.03.2021
33. Bora Başara B, Dirimeşe V, Özkan E, Varol Ö. Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
34. Alataş G, Kahiloğulları AK, Yanık M. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011- 2023. Ankara. 2011.
35. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72:334–341.
36. Özge C. (Eds). Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigara Birakma Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu. Ankara. 2014.
37. Asi Karakaş S, Ersöğütçü F. Madde bağımlılığı ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2016; 3(2):133-139.
38. Czechowiez D. Adolescent alcohol and drug abuse and it's consequencesan overview. *American Journal of Drug Alcol Abuse*.1988; 14(2):53-58.
39. Kargın M, Hiçdurmaz D. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Sosyal İşlevsellik, Algılanan Esenlik ve Stresle Başa Çıkma. *Bağımlılık Dergisi*. 2018; 19(2):35-39
40. Wu LT, Blazer DG. Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. *Int J Epidemiol*. 2014; 43(2):304-17.
41. Hall SM, Prochaska JJ. Treatment of smokers with co-occurring disorders: emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. *Annu Rev Clin Psychol*, 2009; 5:409-31
42. World Health Organization. Guidelines For Cont-Rolling and Monitoring The Tobacco Epidemic. Geneva, 1988.

43. Velioğlu U, Sönmez, CI. Relationship of Nicotine Dependence with Sociodemographic Characteristics and Depression in the Patients Admitted to Smoking Cessation Clinic. *Dicle Med J.* 2018; 45(1): 35 – 41.
44. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness. *JAMA.* 2000; 284(20): 2606.
45. Ziedonis D, Williams J. Management of smoking in people with psychiatric disorders. *Current Opinion In Psychiatry.* 2003; 16(3):305–315.
46. Ziedonis DM, Kosten TR, Glazer WM, Frances RJ. Nicotine dependence and schizophrenia. *Psychiatric Services.* 1994; 45(3):204–206.
47. Ziedonis DM, George TP. Şizofreni ve nikotin kullanımı: Bir pilot sigarayı bırakma programı raporu ve nörobiyolojik ve klinik sorunların incelenmesi. *Şizofreni Bülteni.* 1997; 23(2):247–254.
48. Ziedonis D, Williams JM, Smelson D. Serious mental illness and tobacco addiction: A model program to address this common but neglected issue. *The American Journal of the Medical Sciences.* 2003; 326(4): 223–230.
49. Yargıç Lİ, Baykan H. Ağır psikiyatrik bozukluklar, depresyon ve sigara bırakma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2013; 14:77-83.
50. Bilir N. Sigara ve beyin. Ankara: Klasmat Matbaacılık. 2008.
51. Annamalai A, Singh N, O'malley SS. Smoking use and cessation among people with serious mental illness. *Yale Journal of Biology and Medicine.* 2015; 271-277.
52. Prochaska JJ. Failure to treat tobacco use in mental health and addiction treatment settings: A form of harm reduction? *Drug Alcohol Depend.* 2010; 110(3):177–182.
53. Ferron J, Brunette MF, Mchugo GJ. Developing a Quit Smoking Website That is Usable by People with Severe Mental Illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 2011; 35(2):111-6.
54. Kulik MC, Glantz SA. Softening Among U.S. Smokers with psychological distress: more quit attempts and lower consumption as smoking drops. *American Journal of Preventive Medicine.* 2017; 53(6): 810–817.
55. Caponnetto P, Auditore R, Russo C, Cappello GC, Polosa R. Impact of an electronic cigarette on smoking reduction and cessation in schizophrenic smokers: A prospective 12-month pilot study. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2013; 10:446-461.
56. Kızılkaya M, Öz F. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Sigara İçme Özellikleri. *Yıl Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2006; 13(2):23–31.

57. Dickerson F, Schroeder J, Katsafanas E, Khushalani S, Origoni AE, Savage C, Schweinfurth L, Stallings CR, Sweeney K, Yolken NH. Cigarette smoking by patients with serious mental illness, 1999-2016: An increasing disparity. *Psychiatr Serv.* 2018; 69(2):147-153.
58. Dalack GW, Healy DJ, Meador-Woodruff JH. Nicotine dependence in schizophrenia: Clinical phenomena and laboratory findings. *American Journal of Psychiatry.* 1998; 155(11): 1490–1501.
59. Addington J, el-Guebaly N, Campbell W, Hodgins DC, Addington DL. Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry.* 1998;155:974–976.
60. Smith DJ, Whitham EA, Ghaemi SN. Bipolar disorder. *Handbook of Clinical Neurology.* 2012; 251–263.
61. Medeiros GC, Lafer B, Kapczinski F, Miranda-Scippa A, Almeida KM. Bipolar disorder and tobacco smoking: Categorical and dimensional clinical correlates in subjects from the Brazilian bipolar research network. *Compr Psychiatry* 2018; 82:14-21.
62. Ickick R, Gard S, Barde M, Carminati M, Desage A, Guillaume S, Bellivier F. Physical and mental health burden in cases of bipolar disorder classified as current, former, or non-tobacco smokers. *Journal of Affective Disorders.* 2017; 208:406–413.
63. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgran LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry.* 1986; 143:993–997.
64. McClave AK, McKnight-Eily LR, Davis SP, Dube SR. Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: Results from the 2007 national health interview survey. *American Journal of Public Health.* 2010; 100(12): 2464–2472.
65. Weinberger AH, Kashan RS, Shpigel DM, Esan H, Taha F, Lee CJ, Goodwin RD. Depression and cigarette smoking behavior: A critical review of population-based studies. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* 2016; 43(4):416–431
66. Mathew AR, Hogarth L, Leventhal AM, Cook JW, Hitsman B. Cigarette smoking and depression comorbidity: Systematic review and proposed theoretical model. *Addiction.* 2016; 112(3):401–412.
67. Cooper J, Borland R, McKee SA, Yong HH, Dugue PA. Depression motivates quit attempts but predicts relapse: Differential findings for gender from the international tobacco control study. *Addiction.* 2016;111(8):1438–1447.

68. San A, Erensoy H, Aytaç HM, Demir Berkol H. Üniversite öğrencilerinde depresyon düzeylerinin, madde kullanımları ve aile tutumları ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*. 2020; 21(1):1-12.
69. Garey L, Olofsson H, Garza T, Shepherd JM, Smit T, Zvolensky MJ. The role of anxiety in smoking onset, severity, and cessation-related outcomes: A review of recent literature. *Current Psychiatry Reports*. 2020; 22(8).
70. Jamal M, Does AJWVD, Penninx BWJH, Cuijpers P. Age at smoking onset and the onset of depression and anxiety disorders. *Nicotine & Tobacco Research*. 2011; 13(9):809–819.
71. Jamal M, Van der Does W, Penninx BWJH. Effect of variation in BDNF Val(66)Met polymorphism, smoking, and nicotine dependence on symptom severity of depressive and anxiety disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015; 148:150–157.
72. Minichino A, Bersani F, Calò W, Spagnoli F, Francesconi M, Vicinanza R, Biondi M. Smoking behaviour and mental health disorders mutual influences and implications for therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013; 10(10):4790–4811.
73. Morissette SB, Tull MT, Gulliver SB, Kamholz BW, Zimering RT. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: A critical review of interrelationships. *Psychological Bulletin*. 2007; 133(2): 245–272.
74. Grover KW, Goodwin RD, Zvolensky MJ. Does current versus former smoking play a role in the relationship between anxiety and mood disorders and nicotine dependence? *Addictive Behaviors*. 2012; 37(5):682–685.
75. Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, Valença AM, Mezzasalma MA, Figueira I, Nardi AE. Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 2002; 35:961-967.
76. Hammett PJ, Lando HA, Taylor BC, Widome R, Erickson DJ, Joseph AM, Fu SS. The relationship between smoking cessation and binge drinking, depression, and anxiety symptoms among smokers with serious mental illness. *Drug and Alcohol Dependence*. 2019;194:128–135.
77. Dell’Osso B, Nicolini H, Lanzagorta N, Benatti B, Spagnolin G, Palazzo MC, Marazziti D, Hollander E, Fineberg N, Stein DJ, Pallanti S, Ameringen MV, Lochner C, Hranov G, Karamustafalioglu O, Hranov L, Zohar J, Denys D, Altamura AC, Menchon JM. Cigarette smoking in patients with obsessive compulsive disorder: A report from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *CNS Spectrums*. 2015; 20:469–473.

78. Tan O, Sayar GH, Ünsalver BÖ, Arat MM, Karamustafalıoğlu O. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında nikotin bağımlılığı ile dürtüsellik, depresyon ve anksiyete düzeyi ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*. 2014; 15(3):124-133.
79. Tan O, Taş C. Symptom dimensions, smoking and impulsiveness in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatria Danubina*. 2015; 27(4):397-405.
80. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Patricia Chou S, Jung J, Zhang H, Pickering RP, Ruan WJ, Smith SM, Huang B, Hasin DS. Epidemiology of DSM-5 drug use disorder. *JAMA Psychiatri*. 2016; 73(1):39-47.
81. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223–2233.
82. Rehm J, Anderson P, Barry J, Dimitrov P, Elekes Z, Feijao J, Frick U, Gual A, Gmel Jr G, Kraus K, Marmet S, Raninen J, Rehm XM, Scafato E, Shield KD, Trapencieris M, Gmel G. Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *Eur Addict Res*. 2015; 21(1):6–18.
83. Cargiulo T. Understanding the health impact of alcohol dependence. *Am J Health Syst Pharm*. 2007; 64 Suppl 3:5–11.
84. World Health Organization. Alcohol global status report on alcohol and health 2014. WHO; 2014.
85. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2011.
86. Crum RM, Mojtabai R, Lazareck S, Bolton JM, Robinson J, Sareen J, Storr CL. A prospective assessment of reports of drinking to self-medicate mood symptoms with the incidence and persistence of alcohol dependence. *Jama Psychiatry*. 2013; 70(7):718.
87. Krystal JH, D’Souza DC, Gallinat JÜ, Driesen N, Abi-Dargham A, Petrakis I, Pearlson G. The vulnerability to alcohol and substance abuse in individuals diagnosed with schizophrenia. *Neurotoxicity Research*. 2006; 10(3-4): 235–252.
88. Archibald L, Brunette MF, Wallin DJ, Green AI. Alcohol use disorder and schizophrenia or schizoaffective disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2019; 40(1).
89. Lev-Ran S, Balchand K, Lefebvre L, Araki KF, Fol BL. Pharmacotherapy of alcohol use disorders and concurrent psychiatric disorders: A review. *Can J Psychiatry*. 2012; 57(6):342-349.
90. Goswami S, Mattoo SK, Basu D, Singh G. Substance-abusing schizophrenics: Do they self-medicate? *American Journal on Addictions*. 2004; 13(2):139–150.

91. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*. 1990; 264(19):2511-2518.
92. Jones RM, Lichtenstein P, Grann M, Langström N, Fazel S. Alcohol use disorders in schizophrenia: A national cohort study of 12,653 patients. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72(6):775-779.
93. Tretyak V, Kirsch DE, Radpour S, Weber EB, Kimden K, Strakowski SM, Lippard ETC. Subjective response to alcohol: Associated alcohol use and orbitofrontal gray matter volume in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2021; 279(15):671-679.
94. Brousse G, Garay RP, Benyamina A. Prise en charge de la comorbidite du trouble bipolaire avec l'alcoolodependance. *La Presse Medicale*. 2008; 37:1132–1137.
95. Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HMX, Sitharthan T. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990–2015: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 206:331–349.
96. Azorin JM, Perret LC, Fakra E, Tassy S, Simon N, Adida M, Belzeaux R. Alcohol use and bipolar disorders: Risk factors associated with their co-occurrence and sequence of onsets. *Drug and Alcohol Dependence*. 2017; 179:205–212.
97. Prisciandaro JJ, DeSantis SM, Chiuaz C, Brown DG, Brady KT, Tolliver BK. Impact of depressive symptoms on future alcohol use in patients with co-occurring bipolar disorder and alcohol dependence: A prospective analysis in an 8-week randomized controlled trial of acamprosate. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2011; 36(3):490–496.
98. Arıkan Z, Çepik Kuruoğlu A, Eltutan H, Işık, E. Alkol bağımlılığı ve depresyon. *Düşünen Adam*; 1999; 12(3):22-26.
99. Öner H, Tamam L, Levent, BA, Öner, S. Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II eştanılarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2002; 12(1).
100. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction*. 2011;106(5):906–914.
101. Bozkurt O, Pektaş Ö, Kalyoncu A, Mırsal H, Beyazyürek M. Anksiyete ve alkol kullanım bozukluğu ilişkisi: Bir olgu sunumu. *Bağımlılık Dergisi*. 2003; 4(3).
102. Evren C. Sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(4):473-515.
103. Merikangas KR, Stevens D, Fenton B. Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders. *Alcohol Health Research World*. 1996; 20(2).

104. Figee M, Pattij T, Willuhn I, Luigjes J, Van Den Brink W, Goudriaan A, Denys D. Compulsivity in obsessive-compulsive disorder and addictions. *European Neuropsychopharmacology*. 2016; 26(5):856–868.
105. Güngör BB, Aşkın R, Taymur İ, Sarı S. Alkol bağımlılığında obsesif kompulsif bozukluk ve dürtü kontrol bozukluğu ek tanısı ile dürtüsellik, kompulsivitenin değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*. 2014; 27(3).
106. Duman MZ. Van'da Madde Kullanımı ve Bağımlılığı Etkileyen Ailesel Faktörler. *SEFAD*, 2021; (45): 313-336.
107. World Drug Report 2018. Nalysis of drug markets opiates, cocaine, cannabis, synthetic drugs.
https://www.unodc.org/pdf/opioidscrisis/WDR18_Booklet_3_DRUG_MARKETS.PF
Erişim Tarihi: 01.04.2021
108. Jané-Llopis E, Matytsina I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: A review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*. 2006; 25(6):515–536.
109. Drake RE, Wallach MA. Substance abuse among the chronic mentally ill. *Psychiatric Services*. 1989; 40(10):1041–1046.
110. Tekin Uludağ Y, Güleç G. Şizofreni tanısı almış hastalarda madde kullanım yaygınlığı. *Arch Neuropsychiatr*. 2016; 53:4-11.
111. Smith J, Hucker S. Schizophrenia and substance abuse. *British Journal Of Psychiatry*. 1994; 165(01), 13–21.
112. Aldemir E, Baklacı U, Gönül AS. Bir psikiyatri kliniği yataklı birimi hastalarında psikotik bozukluk ve madde kullanım bozukluğu birlikteliği. Retrospektif bir çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2018; 21(2):148-153.
113. Strakowski SM, Tohen M, Stoll AL, Faedda GL, Mayer PV, Kolbrener ML, Goodwin DC. Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *The American Journal of Psychiatry*. 1993; 150(5):752–757.
114. Vornik LA, Brown ES. Management of comorbid bipolar disorder and substance abuse. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(7):24-30.
115. Coles AS, Sasiadek J, George TP. Pharmacotherapies for co-occurring substance use and bipolar disorders: A systematic review. *Bipolar Disorder*. 2019; 21(7):595-610.
116. Salloum IM, Brown ES. Management of comorbid bipolar disorder and substance use disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2017; 43(4):366–376.

117. Botsford SL, Yang S, George TP. Cannabis and cannabinoids in mood and anxiety disorders: impact on illness onset and course, and assessment of therapeutic potential. *The American Journal on Addictions*. 2020; 29(1):9-26.
118. Gold AK, Otto MW, Deckersbach T, Sylvia LG, Nierenberg AA, Kinrys G. Substance use comorbidity in bipolar disorder: A qualitative review of treatment strategies and outcomes. *The American Journal on Addictions*. 2018; 27(3):188–201.
119. Goldstein BI, Bukstein OG. Comorbid substance use disorders among youth with bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2009; 71(03): 348–358.
120. Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2008; 21(1):14–18.
121. Davis LL, Rush JA, Wisniewski SR, Rice K, Cassano P, Jewell ME, McGrath PJ. Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: An exploratory analysis of the sequenced treatment alternatives to relieve depression cohort. *Comprehensive Psychiatry*. 2005; 46(2), 81–89.
122. Ermağan Çağlar E, Türk T. Ergenlik döneminde madde kullanım deneyimi ve depresyon arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi*. 2018; 19(4):99-106.
123. Abraham HD, Fava M. Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients. *Comprehensive Psychiatry*. 1999; 40(1):44–50.
124. Brady KT, Verduin M L. Pharmacotherapy of comorbid mood, anxiety, and substance use disorders. *Substance Use Misuse*. 2005; 40(13-14):2021–2041.
125. McHugh, RK. Treatment of co-occurring anxiety disorders and substance use disorders. *Harvard Review of Psychiatry*. 2015;23(2):99–111.
126. Mustafaoğlu R, Kaya Mutlu E, Mutlu C, Çiftçi A, Razak Özdiñçler A. Madde kullanım bozukluğunun ergenlerde anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine etkisi. *Bağımlılık Dergisi*. 2020; 21(4):308-316.
127. Hser YI, Mooney LJ, Huang D, Zhu Y, Tomko RL, McClure E, Gray KM. Reductions in cannabis use are associated with improvements in anxiety, depression, and sleep quality, but not quality of life. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2017; 81:53–58.
128. Stapinski LA, Montgomery AA, Araya R. Anxiety, depression and risk of cannabis use: Examining the internalising pathway to use among chilean adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*. 2016; 166:109–115.
129. McHugh RK, Votaw VR, Barlow DH, Fitzmaurice GM, Greenfield SF, Weiss RD. Development of an integrated cognitive behavioral therapy for anxiety and opioid use disorder: Study protocol and methods. *Contemporary Clinical Trials*. 2017; 60:105–112.

130. Ecker AH, Stanley MA, Smith TL, Teng EJ, Fletcher TL, Kirk NV, Amspoker AB, Walder A, McIngvale E, Lindsay JA. Occurrence of obsessive-compulsive disorder and substance use disorders among u.s. veterans: Prevalence and mental health utilization. *J Cogn Psychother.* 2019;33(1):23-32.
131. Blom RM, Koeter M, Van Den Brink W, De Graaf R, Ten Have M, Denys D. Co-occurrence of obsessive-compulsive disorder and substance use disorder in the general population. *Addiction.* 2011; 106(12):2178–2185.
132. Özbaş Gençaslan D. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. Farklı Yönleriyle Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Tanrıverdi D (Editör). Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 2021: p.2.
133. Fırıncık S. Madde ve Bağımlılık. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Gürhan N (Editör). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2016: p. 655.
134. Hisar T. 15-25 Yaş Arası Bireylerde Madde Kullanım Bozukluğu, Zorbalık ve Öfke Arasındaki İlişkide Aile İletişiminin Etkisinin İncelenmesi. 2018. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 109 Sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Nesrin Dilbaz).
135. Sancar E. Madde Kullanım Bozukluğunun Kişilerin Yaşamları Üzerine Olumsuz Etkileri İle Hastaların İşlevsellikleri ve Evlilik Uyumlarının Belirlenmesi. 2017. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 73 Sayfa, Gaziantep, (Doç. Dr. Derya Tanrıverdi).
136. İrevül G. 22-30 Yaş Arası Genç Yetişkinlerde Çocukluk Çağı İstismarının Madde Kullanımına Etkisi. 2016. İstanbul Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 128 Sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Bayram Mert Savrun).
137. Aksu MH. Alkol Bağımlılığı Ve Opiat(Eroin) Bağımlılığı Tanısı Alan Ayaktan Takip Edilen Erkek Hastalarda Depresyon, Anksiyete, Aleksitimi Ve Bedensel Belirtilerin İncelenmesi. 2017. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 144 Sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Zehra Arıkan).
138. Türkiye İstatistik Kurumu (2020). Türkiye Sağlık Araştırması 2010, 2012, 2014, 2016. <http://www.tuik.gov.tr>
139. Öntaş E, Aslan D. (2018/2019-63) Küresel Yetişkin Tütün Araştırması; Türkiye 2016 Verileri. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Toplum için Bilgilendirme Dizisi. <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr>.
140. TUİK, Bireylerin alkol kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı, 2010-2019, Erişim Tarihi: 12.05.2022

141. TUBİM. T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Türkiye Uyuşturucu Raporu 2019. 2019. Ankara. sayfa 92.
142. Nikotin (sigara) Bağımlılığı. Türkiye Psikiyatri Derneği. <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimlilik> Erişim Tarihi: 12.05.2022
143. Sagud M, Vuksan-Cusa B, Jakšić N, Mihaljević-Peleš A, Rojnić Kuzman M, Pivac N. Smoking in Schizophrenia: An Updated Review. *Psychiatr Danub*. 2018; 30 Suppl 4:216-223.
144. Coustals N, Martelli C, Brunet-Lecomte M, Petillion A, Romeo B, Benyamina A. Chronic smoking and cognition in patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2020; 8(222):113-121.
145. Sagud M, Mihaljević-Peles A, Mück-Seler D, Pivac N, Vuksan-Cusa B, Brataljenović T, Jakovljević M. Smoking and schizophrenia. *Psychiatr Danub*. 2009; 21(3):371-5.
146. Kuloğlu M, Atmaca M, Polat A, Ünal A, Tezcan E. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda nikotin bağımlılığı. *Kriz Dergisi*. 2001;9(1):33-38.
147. Akvardar Y, Tumuklu M, Akdede BB. Substance use among patients with schizophrenia in a university hospital. *Bull Clin Psychopharmacol*. 2004; 14:191-197.
148. Diaz FJ, James D, Botts S, Maw L, Susce MT, De Leon J. Tobacco smoking behaviors in bipolar disorder: a comparison of the general population, schizophrenia and major depression. *Bipolar Disorders* 2009; 11(2):154–65.
149. Moggi F. Epidemiology, etiology and treatment of patients with psychosis and comorbid substance use disorder. *Ther Umsch*. 2018; 75(1):37-43.
150. Verma SK, Subramaniam M, Chong S, Kua EH. Substance abuse in schizophrenia: A Singapore perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37:326-328.
151. Sayar K, Şenkal Z. Alkol ve madde kullanımının sosyokültürel boyutlar. <https://kemalsayar.com/insana-dair/alkol-ve-madde-kullaniminin-sosyokulturel-boyutlar>. Erişim Tarihi: 29.01.2022
152. Erbay E, Oğuz N, Yıldırım B, Fırat E. Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin başa çıkma tutumları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2016; 598-609.
153. Durat G, Atmaca GD, Açıl HC, Oksal HA. Şizofreni Hastası Olan Hasta Yakınlarının Şizofreniye İlişkin Tutumları. *Osmangazi Journal of Medicine*. 2017; 39 (43-50).
154. Fleischman A, Werbeloff N, Yoffe R, Davidson M, Weiser M. Schizophrenia and violent crime: A population-based study. *Psychological Medicine*. 2014; 44(14):3051–3057.

155. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *Plos Med* 2009; 6:100-120.
156. Richard-Devantoy S, Bouyer-Richard AI, Jollant F, Mondoloni A, Voyer M, Senon JL. Homicide, schizophrenia and substance abuse: A complex interaction. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013; 61(4):339-50.
157. Çam O, Ayakdaş Dağlı D. Alkol bağımlılarında içselleştirilmiş damgalama, suçluluk ve utanç duyguları. *Bağımlılık Dergisi*. 2017; 18(4):145-151.
158. Keyes KM, Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Link B, Olfson M, Grant BF, Hasin D. Stigma and treatment for alcohol disorders in the united states. *Am J Epidemiol*. 2010; 172(12):1364–72.
159. Zeng LN, Zong QQ, Zhang L, Feng Y, Ng CH, Ungvari CH, Chen LG, Xiang YT. Worldwide prevalence of smoking cessation in schizophrenia patients: A meta-analysis of comparative and observational studies. *Asian J Psychiatr*. 2020; (54):102-190.
160. Hagman BT, Delnevo CD, Hrywna M, Williams JM. Tobacco use among those with serious psychological distress: results from the national survey of drug use and health, 2002. *Addict Behav*. 2007; 33(4):582–92.
161. Çolak M, Aslaner MA. Sigara bırakma polikliniğine başvuran psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların tedavi devamlılıkları ve sonuçlarının değerlendirilmesi. *Ankara Med J*. 2019; (3):498-504.
162. Tekin Uludağ Y, Güleç G. Bir psikiyatri kliniğine başvuran bipolar bozukluk tanılı hastaların alkol-madde kullanımının değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*. 2015; 16(3):134-143.
163. Akkaya C, Altın M, Kora K. Türkiye’de bipolar I bozukluğu hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bull Clin Psychopharmacol*. 2012; 22:31-41.
164. Kesebir S, Şimşek Y, Kalyoncu A. İki uçlu bozukluk ve madde kullanım bozukluğu: Siklotimik mizaç yatkınlık belirleyici midir? *Bağımlılık Dergisi*. 2007; 8:127-132.
165. Jaimee L, Heffner JL, Strawn JR, DelBello MP, Strakowski SM, Anthenelli RM. The cooccurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: Phenomenology and treatment considerations. *Bipolar Disorders*. 2011; 13(5- 6):439–453.
166. Brousse G, Garay RP, Benyamina A. Prise en charge de la comorbidité du trouble bipolaire avec l’alcoolodépendance. *La Presse Médicale*. 2008; 37(7-8):1132–1137.
167. Frye MA, Salloum IM. Bipolar disorder and comorbid alcoholism: prevalence rate and treatment considerations. *Bipolar Disorders*. 2006; 8(6):677–685.

168. Starzer MSK, Nordentoft M, Hjorthoj C. Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis. *American Journal of Psychiatry*. 2018; 175(4): 343–350.
169. Goldstein BI, Bukstein, OG. Comorbid substance use disorders among youth with bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2009; 71(03):348–358.
170. Miller JN, Black DW. Bipolar disorder and suicide: A review. *Current Psychiatry Reports*. 2020; 22(2).
171. Schaffer A, Isometsa ET, Tondo L, Moreno DH, Sinyor M, Kessing LV, Yatham L. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015; 49(9):785–802.
172. Volavka J. Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatria Danubina*. 2013; 25(1):24-33.
173. Hunt GE, Malhi GS, Lai HMX, Cleary M. Prevalence of comorbid substance use in major depressive disorder in community and clinical settings, 1990-2019: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders. J Affect Disord*. 2020; 1:26
174. Tirado Munoz J, Farre A, Mestre-Pinto J, Szerman N, Torrens M. Dual diagnosis in depression: treatment recommendations. *Adicciones*. 2018; 1;30(1):66-76.
175. Pu S, Setoyama S, Noda T. Association between cognitive deficits and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Scientific Reports*. 2017; 7(1).
176. Üzel T. Depresyon hastalarında çocukluk çağı travmaları, başa çıkma tutumları, intihar düşüncesinin düzeyi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi. 2020, Nevşehir Hacı Bektaşoğlu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir, (Doç. Dr. Figen Arı İnci).
177. Ateşçi FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M. İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları. *Klinik Psikiyatri*. 2002; 5:22-27.
178. Eşsizoglu A, Yaşan A, Bülbül İ, Akkoç H, Akgün Yıldırım E, Özkan M. Depresyon hastalarında, nöbet geçirme süresi ve uygulanan elektriksel dozun, elektrokonvülsif tedaviye verilecek klinik yanıt hızı ile ilişkisi: Retrospektif bir çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2009; 10:286-292.
179. Deniz D. Suç davranışına etki eden psikopatolojik süreçler. *Aydın Toplum ve İnsan Dergisi*. 2017; 3(2):1-8.
180. Yüksel N. İntiharın nörobiyolojisi. *Klinik psikiyatri*. 2001; 2:5-15.

181. Kuloğlu M, Atmaca M, Polat A, Ünal A, Tezcan E. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda nikotin bağımlılığı. *Kriz Dergisi*. 2001; 9(1):33-38.
182. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafı MR. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: A systematic review. *Nicotine and Tobacco Research*. 2016; 19(1), 3–13.
183. Rudenstine S, Espinosa A, Kumar A. Depression and Anxiety Subgroups Across Alcohol Use Disorder and Substance Use in a National Epidemiologic Study. *J Dual Diagn* 2020; 16(3): 299–311.
184. Paulus DJ, Zvolensky MJ. The prevalence and impact of elevated anxiety sensitivity among hazardous drinking college students. *Drug Alcohol Depend* 2020; 209: 107922.
185. Karakuş G, Evlice Y, Tamam L. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012; 37(1):37-48.
186. Çuvaş Ö, Aslanargun P, Aslan E, Yücel F, Dikmen B, Ceyhan A. (2010). Türk Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi. 2010;38(5): 348-355.
187. Çaykara B, Tuna R, Sağlam ZA, Pençe HH. Sigara Bağımlılarında Depresyon, Umutsuzluk ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 2019; (1): 15-23.
188. Bomyea J, Lang AJ, Craske MG, Chavira D, Sherbourne CD, Rose RD, Golinelli D, Campbell-Sills L, Welch SS, Sullivan G, Bystritsky A, Roy-Byrne P, Stein MB. Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders. *Psychiatry Res*. 2013.
189. Bejerot S, Von Knorring L, Ekselius L. Personality traits and smoking in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*. 2000; 15(7):395–401.
190. Pallanti S, Grassi G. Pharmacologic treatment of obsessive-compulsive disorder comorbidity. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2014; 15(17):2543–2552.
191. Fernandez de la Cruz L, Rydell M, Runeson B, D’Onofrio BM, Brander G, Rück C, Lichtenstein P, Larsson H, Mataix-Cols D. Suicide in obsessive-compulsive disorder: a population-based study of 36788 Swedish patients. *Mol Psychiatry*. 2017; 22:1626-1632.

8.EKLER

EK I: Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz

- a. Erkek
- b. Kadın

3. Medeni Durumunuz:

- a. Bekar
- b. Evli

4. Eğitim Durumunuz?

- a. Okur yazar
- b. İlkokul
- c. Ortaokul
- d. Lise ve dengi
- e. Üniversite ve üstü

5. Şuanki iş durumunuz:

- a. Memur
- b. Esnaf
- c. İşçi
- d. Serbest
- e. Emekli
- f. İşsiz
- g. Öğrenci
- h. Diğer...

6.Gelir düzeyiniz nedir?

- a) İyi
- b) Orta
- c) Kötü

7.Sağlık güvenceniz?

- a) Var
- b) Yok

8.Kimlerle aynı evde yaşıyorsunuz?

- a.Annem, Babam ve kardeşlerim ile
- b.Annem ile
- c.Babam ile
- d. Sadece kardeşlerim ile
- e. Eşim ile
- h. Arkadaşlarım ile
- ı. Yalnız
- i.Diğer (belirtiniz)

9.Hayatta olsun olmasın anne ve babanızın öğrenim durumları nedir?

	Anne	Baba
Okur-yazar değil		
Sadece okur-yazar		
İlkokul mezunu		
Ortaokul mezunu		
Lise/dengi okul mezunu		
Üniversite/Yüksek okul		

10.Hangi tanı ile burada izleniyorsunuz?

- a. Şizofreni ve Diğer psikotik bozukluk,
- b.Majör depresyon,
- c.İki Uçlu Bozukluk,
- d.Anksiyete Bozukluğu,
- e.Obsesif Kompulsif Bozukluk,
- f. Somatoform Bozukluk,
- g.Travma sonrası Stres Bozukluğu
- h.Diğer...

11.Ruhsal hastalığınız nedeniyle hastane yatışınız oldu mu?

- a.Evet
- b. Hayır

12.Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

13.Herhangi bir bulaşıcı hastalığınız var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

EK II: Madde Kullanım Özellikleri Formu

1.Sigara kullanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

cevabınız **Evet** ise;

Günde kaç tane sigara kullanıyorsunuz?

- a.1-10 adet/gün

b.11-20 adet/gün

c. >20 adet/gün

d. diğer

Sigara içmeye ne zaman başladınız?

a.hastalık öncesi

b.hastalıktan sonra

cevabınız **hastalık öncesi** ise; hastalıkla birlikte sigara kullanımınızda artış oldu mu?

a)Evet

b)Hayır

2.Alkol kullanıyor musunuz?

a.Evet

b.Hayır

cevabınız **Evet** ise;

Alkolü ne zaman kullanmaya başladınız?

a.hastalık öncesi

b.hastalıktan sonra

cevabınız **hastalık öncesi** ise; hastalıkla birlikte alkol kullanımınızda artış oldu mu?

a)Evet

b)Hayır

3. Bağımlılık yapan madde kullanıyor musunuz?

a.Evet

b.Hayır

4.Kullandığınız Sigara/Alkol/Maddeyi kaç yıldan beri kullanıyorsunuz?

	Bir yıl altı	1-3 yıl	3-5 yıl	5 yıl ve üzeri
Sigara				

Alkol				
Madde				

5.Tercih ettiğiniz maddeyi ne zaman kullanmaya başladınız?

a.hastalık öncesi

b.hastalıktan sonra

cevabınız **hastalık** öncesi ise; hastalıkla birlikte alkol\madde kullanımınızda artış oldu mu?

a)Evet

b)Hayır

6.Madde kullanmaya başlamanızda hastalığınız etken midir?

a.Evet

b.Hayır

7.Sigara/alkol/maddeyi kullandığınız dönemleri düşünerek soruları cevaplayınız

	Hastalık belirtilerinde artma	Hastalık belirtilerinde azalma	Değişme olmadı
Sigara			
Alkol			
Madde			

8. Sigara/alkol/madde kullanımına başlamanızda aşağıdakilerden hangisinin etkisi daha fazla olmuştur? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a.Arkadaş grupları tarafından Reddedilme – Dışlanma endişesi

b.Aile içi olumsuz yaşantılar – Boşanma / Ayrılık / Kavgalar / Huzursuzluk

c.Eğitim hayatı ya da iş, mesleki yaşamdaki başarısızlık

d. Çocukluk dönemlerinde yaşanan travmatik olaylar (deprem, işkence, kaçırılma, istismar)

e. Olumsuz maddi – ekonomik durum

f. Davranışların uzun süreli sonuçlarını görememe

g.Gençlik dönemi heyecanı

h.Adli sorunlar (tutuklanma, cezaevine girme, yargılanma, karakola düşme vs)

ı.Yaşadığımız yerleşim yerinin olumsuz etkisi (mahallede herkesin kullanıyor olması gibi)

i.Psikolojik nedenler (duygusal problemler, aşırı kaygılı olma, öfke sorunları, dikkat eksikliği gibi)

j.Diğer.....

9. Sigara/alkol/maddeyi kullanmadığınız dönemlerde kendinizi huzursuz ve sıkıntılı hissedersiniz mi?

a.Evet

b.Hayır

10. Sigara/alkol/maddeyi kullanmadığınız dönemlerde sıkıntınızı azaltmak için sigara/alkol/maddeyi kullandığınız oldu mu?

a.Evet

b.Hayır

11. İlk kullandığınız madde hangisidir?

a.Sigara

b.Alkol

c.Esrar

d.Uçucu madde

e.Eroin

f.Kokain

g.Uyarıcı/sakinleştirici ilaç

h. Diğer...

12. Sigara/alkol/maddeyi ilk denediğinizde kaç yaşındaydınız?

	Hiç denemedim	10 yaş altı	10-13 yaş	14-17 yaş	18-21 yaş	21-24 yaş	24-30 yaş	30 yaş üstü
Sigara								

Alkol								
Madde								

13.Hiç sigara için bağımlılık tedavisi aldınız mı?

- a.Hiç tedavi almadım.
- b.Evet tedavi aldım

14.Hiç alkol için bağımlılık tedavisi aldınız mı?

- a.Hiç tedavi almadım.
- b.Ayaktan
- c.Yatarak

15.Hiç madde için bağımlılık tedavisi aldınız mı?

- a.Hiç tedavi almadım.
- b.Ayaktan
- c.Yatarak

16.Sigara, alkol ve madde kullanımına bağlı işinizde , ev yaşamınızda ya da sosyal hayatınızda sorunlar yaşadınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

17. Sigara, Alkol, Madde kullandığınız için hiç suçluluk duydunuz mu?

- a.Evet
- b.Hayır

18.Alkol\madde kullandığınız zamanlarda kendinize ve ya çevrenize saldırgan davranışlarınızda artma oldu mu?

- a.Evet
- b.Hayır

19.Alkol \madde kullandığınızda neler hissediyorsunuz?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a.Sakinleşme ve gevşeme durumu
- b. Uyku hali, uyuşukluk ve dengesizlik

- c.Gerginlik ve heyecan
- d.Neşeli ve aktif olma
- e. Korku
- f.Saldırganlık
- g. Cesaret
- h. Toplumdan uzaklaşma ve içe kapanma
- ı.İlham ve tatlı hayaller
- i.Diğer....

20.Alkol \madde etkisi geçtikten sonra neler hissediyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a.Suçluluk ve utanma duygusu
- b.Üzüntü, gelecek endişesi
- c.Dini kaygılar ve korku
- d.Yeni madde bulma arzusu
- e.Pişmanlık
- f. Aile ve çevremden dışlanma korkusu
- g.Diğer...

21.İntihar girişiminiz oldu mu?

- a.Evet
- b.Hayır

Cevabınız **Evet** ise intihar girişimi alkol\madde etkisinde mi gerçekleşti?

- a.Evet
- b.Hayır

Cevabınız **Evet** ise intihar girişimi hangi yöntemle gerçekleşti?

- a. Ası
- b. Kesici aletle yaralama
- c. Yüksekten atlama
- d. Ateşli silahla yaralama
- e. Diğer (..... açıklayınız)

22.Homisid girişiminiz oldu mu?

- a.Evet
- b.Hayır

Cevabınız **Evet** ise intihar girişimi alkol\madde etkisinde mi gerçekleşti?

- a.Evet

b.Hayır

23.Herhangi bir suçtan dolayı denetimli Serbestlik aldınız mı?

a-Evet

b-Hayır

cevabınız **evet** ise niteliği:

a.Gasp ve hırsızlık

b.Dolandırıcılık

c.Ahlak Suçu

d.Kavga-yaralama

f. Siyasi

g. Diğer (.....)

cevabınız **Evet** ise suçlar madde/alkol etkisi ile mi işlendi ?

a.Evet

b.Hayır

24.Bugüne kadar intihar niyetiniz olmadan, bedeninizde hasar oluşturacak şekilde kendinize zarar verdiniz mi?

a-Evet

b-Hayır

Cevabınız **Evet** ise bu zarar verici davranışlar madde/alkol etkisi ile mi işlendi ?

a.Evet

b.Hayır

25.Alkol/Madde kullanımı nedeni ile hangi problemleri yaşadınız mı?

a.Adli

b. Mesleki

c. Ailevi

d. Sağlıkla ilgili

e. Arkadaşlarla ilgili

f. Finansal

g. Eğitim ile ilgili

h. Diğer

1. Hiçbiri

26. Aile üyelerinizin sigara alkol ve madde kullanım durumlarını ilişkin aşağıdaki soruları cevaplayınız

	Yok	Anne	Baba	Kardeş	Eş	Diğer
Sigara kullanımı						
Alkol kullanımı						
Madde kullanımı						

27. Sigara kullanmayı bırakmak istiyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

28. Alkol kullanmayı bırakmak istiyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

29. Madde kullanmayı bırakmak istiyor musunuz?

a. Evet

b. Hayı

Ek III: Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaların madde kullanımının ve ilişkili değişkenlerin belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	401

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Hayvan Deneyleri Araştırma Merkezi Binası (GAÜNDAM) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 27310 Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 12 00-Dahili 4800
	FAKS	-
	E-POSTA	etikkurul@gantep.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
DİĞER İSE BELİRTİNİZ :					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					

Etik Kurul Başkanı'nın
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Aysun BARANSEL ISIR

başkanı, imzasının yer almadı

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaların madde kullanımlarının ve ilişkili değişkenlerin belirlenmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	401		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/401	Tarih: 27.01.2021	
	Sorumlu Araştırmacı Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ olan "Ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaların madde kullanımlarının ve ilişkili değişkenlerin belirlenmesi" başlıklı proje öneri dosyası ile ilgili belgeler incelenmiş olup, etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına etik kurul üye çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan etik kurul onayı alındıktan sonra şahsen başvuru yoluyla izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr.Aysun BARANSEL ISIR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr.Aysun BARANSEL ISIR	ADLI TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Muradiye NACAĞ	TIBBİ FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Özlem ALTINDAĞ	FİZİKSEL TIP ve REHABİLİTASYON	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Birgöl ÖZÇIRPICI	HALK SAĞLIĞI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sinan AKBAYRAM	ÇOCUK HEMATOLOJİ ve ONKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şükriye İlkay GÜNER	CERRAHI HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Umut ELBOĞA	NÜKLEER TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Fatih SARI	PROTETİK DIŞ TEDAVİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Serkan GÜRGÜL	BIYOFİZİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Gönül KARATAŞ DURUSOY	GÖZ HASTALIKLARI	Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eg. Arş. Hast.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Emine Aybiken YILDIRIM	AVUKAT (Hukukçu)	Gaziantep Barosu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hasan KİCİKOĞLU	OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENİ	Gaziantep Anaokulu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Aysun BARANSEL ISIR

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek IV: Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli İzin Yazıları



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Özel Kalem

Sayı : E-26130895-300-22780
Konu : Kurum İzni (Tuba KOCA)

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 03.03.2021 tarihli ve 20183 sayılı yazı,

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi Tuba KOCA' nın "Ciddi Ruhsal Bozukluğu Olan Hastaların Madde Kullanımlarının ve İlişkili Değişkenlerin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasına ilişkin izin talep yazısı değerlendirilmiş olup,söz konusu talep Rektörlüğümüzce uygun görülmektedir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Mehmet Sabri ÇELİK
Rektör

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BF6E5BA71 Pin Kodu :34771

Belge Takip Adresi :
https://ebys.harran.edu.tr/envision/Validate_Doc.aspx?V=BF6E5BA71



T.C.
ŞANLIURFA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-49781372-773.99
Konu : Anket Çalışma İzni (Tuğba KOCA)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 15.03.2021 tarihli ve E.97910496-000-5512 sayılı yazı.

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi Tuğba KOCA tarafından, Prof.Dr. Derya TANRIVERDİ 'nin gözetiminde "Ciddi Ruhsal Bozukluğu olan Hastaların Madde Kullanımlarının ve İlişkili Değişkenlerin Belirlenmesi" konulu anket çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması tarafımızca uygun görülmüş olup, yapılan anket çalışması kapsamında elde edilen sonuçların tarafımıza paylaşılması hususunda;

Gereğini arz/rica ederim.

Doç.Dr. M. Emre ERKUŞ
İl Sağlık Müdürü

Ek: Anket Çalışma İzni (3 Sayfa)

Dağıtım:
Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği
Gaziantep Üniversitesi Rektörlüğü

Ek V: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteviniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaların madde kullanımlarının ve ilişkili değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için;

1. Çalışmaya katılım için gönüllü olmak
2. 18-65 yaş aralığında olmak
3. DSM-V ölçütlerine göre belirlenen ruhsal bozukluklardan herhangi birini karşılamak.
4. Okur- yazar olmak

NEREDE-NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışma sırasında araştırmacı tarafından hastalara; hastaların sosyodemografik özelliklerine, madde kullanımlarına ilişkin bilgileri içeren Sosyodemografik Veri Formu ve Madde Kullanım Özellikleri Formu uygulanacaktır. Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Harran Üniversitesi Hastanesinde yüz yüze görüşme yöntemi ile formlar hastalara uygulanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorumluluğumuz bulunmamaktadır.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı **350** 'dir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre anketleri doldurma süresince (15-30 dakika) bulunmanız yeterli olacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamanın söz konusu olmadığı ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçların başka insanların yararına kullanılabilir olması, yalnızca araştırma amaçlı olduğu ve doğrudan yarar görmesi ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesinin beklenmeyeceğidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu çalışma herhangi bir risk taşımamaktadır. Sadece anket formları uygulanacaktır.

GEBELİK

Bu çalışma gebelik durumunda herhangi bir risk taşımamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

İLACIN SAKLAMA KOŞULLARI

İlaç uygulaması bulunmamaktadır.

HANGİ KOŐULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırmaya gönüllü olmadığınızda araştırma dışı bırakılabileceksiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Tüm araştırma boyunca size hiçbir tedavi uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırma boyunca gönüllülere ilaç, invaziv herhangi bir girişim, fiziksel temas söz konusu değildir bu sebeple herhangi bir zarar söz konusu değildir.

YENİ BULGULAR

Tüm araştırma boyunca size hiçbir tedavi uygulanmayacaktır

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile doldurulacaktır. Anket doldurma süresi ortalama 20 dakika sürecektir. **Herhangi bir sorun olması durumunda 0553 telefon numarasından Tuğba KOCA ile iletişime geçilebilir.**

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

ÖZGEÇMİŞ

İlk, orta ve lise öğrenimini Adana'da tamamladı. 2012 yılında Niğde Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunu kazandı. 2016'da öğrenimini tamamladıktan sonra 2020'de Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisans başladı. 2016 yılından itibaren Şanlıurfa'da hemşire olarak çalışmaktadır.

Tuğba KOCA