

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**MADDE BAĞIMLILIĞI NEDENİYLE HASTANEDE YATARAK
TEDAVİ GÖREN BİREYLERDE DÜRTÜSELLİK VE YIKICI
DAVRANIŞ BOZUKLUKLARININ İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
İlhan Yağmur İLERİ

İstanbul, 2019

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**MADDE BAĞIMLILIĞI NEDENİYLE HASTANEDE YATARAK
TEDAVİ GÖREN BİREYLERDE DÜRTÜSELLİK VE YIKICI
DAVRANIŞ BOZUKLUKLARININ İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
İlhan Yağmur İLERİ

Öğrenci No:

165590006

Danışman:

Dr. Öğr. Üyesi Samuray ÖZDEMİR

İstanbul, 2019

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Madde Bağımlılığı Nedeniyle Hastanede Yatarak Tedavi Gören Bireylerde Dürtüsellik ve Yıkıcı Davranış Bozukluklarının İncelenmesi**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldığı her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 21.06.2019

İlhan Yağmur İLERİ



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

21.06.2019

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 165590006 numaralı **İlhan Yağmur İLERİ'nin** "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Madde Bağımlılığı Nedeni İle Hastanede Yatarak Tedavi Gören Bireylerde Dürtüsellik ve Yıkıcı Davranış Bozukluklarının İncelenmesi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 28/05/2019 tarih ve 2019/22 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince (...) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

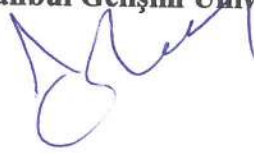
DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Samuray ÖZDEMİR
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE
Dr. Öğr. Üyesi Neslim GÜVENDEĞER DOKSAT
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE
Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN
(İstanbul Gelişim Üniversitesi)



Adı ve Soyadı : İlhan Yağmur İLERİ
Danışmanı : Dr. Öğretim Üyesi Samuray Özdemir
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2019
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Davranış Bozukluğu, Dürtüsellik, Madde Kullanım Bozukluğu, Yıkıcı Davranış

ÖZ

MADDE BAĞIMLILIĞI NEDENİYLE HASTANEDE YATARAK TEDAVİ GÖREN BİREYLERDE DÜRTÜSELLİK VE YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLUKLARININ İNCELENMESİ

Bu araştırmanın amacı, madde kullanım bozukluğu sebebiyle hastanede yatarak tedavi gören kişilerde dürtüsellik ile yıkıcı davranış bozuklukları ilişkisinin incelenmesidir.

Araştırma Balıklı Rum Hastanesi'nde yatarak tedavi gören 100 madde kullanım bozukluğu olan hasta üzerinde yapılmıştır. Anket yöntemi ile elde edilen veriler SPSS istatistik programında analiz edilerek yorumlanmıştır. Anket formu, Sosyodemografik Veri Formu, Dürtüsellik Ölçeği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama Değerlendirme Ölçeği'nden oluşmaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre, madde kullanım bozukluğu ile dürtüsellik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Fakat madde kullanım bozukluğu ile yıkıcı davranış bozukluğu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bunun yanı sıra bu bireylerin dürtüsellik düzeyleri ile gelir düzeyleri ve eğitim düzeyleri arasında da anlamlı ilişkiler olduğu gösterilmiştir ayakta yapılan tedavi ile anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Aynı şekilde bu bireylerin yıkıcı davranış bozukluğu düzeyleri ile eğitim durumları ve hakkında alınmış denetimde serbestlik kararı olup olmama durumları ile anlamlı sonuçlar elde edilmiştir.

Name and Surname : İlhan Yağmur İLERİ
Supervisor : Asst. Prof. Dr. Samuray Özdemir
Degree and Date : Master's Degree, 2019
Major : Clinical Psychology
Key Words : Behavioral Disorder, Impulsivity, Substance Addiction,
Disruptive Behavior

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE IMPULSIVITY AND DISRUPTIVE BEHAVIOR DISORDERS IN INDIVIDUALS TREATED IN THE HOSPITAL DUE TO DRUG ADDICTION

The aim of this study is to investigate the relationship between impulsivity and disruptive behavior disorders in patients who have undergone an inpatient treatment for substance abuse.

The study was performed on 100 substance abuser who is hospitalized in Balıklı Rum Hospital. The data obtained by the survey method is analyzed and interpreted in SPSS statistical package software. The survey form consists of Sociodemographic Data Form, Impulsivity Scale, and Screening Rating Scale for Disruptive Behavior Disorders.

According to the results of the study, a significant relationship was observed between substance-use disorder and impulsivity levels. However, there was no significant relationship between substance-use disorder and disruptive behavior disorder levels. In addition, it has been shown that there is a significant relationship between impulsivity levels, income levels and education levels of these individuals and significant results were obtained without patient treatment. Similarly, significant results were obtained about the relationship between disruptive behavior disorder levels of individuals and their education status and their status on whether or not there has been a probation decision.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ	i
ABSTRACT	ii
TABLolar LİSTESİ.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM GENEL BİLGİLER

1.1. Madde Kullanım Bozukluğu.....	4
1.1.1. Bağımlılığın Tanımı	4
1.1.2. Bağımlılığın Türleri.....	5
1.1.2.1. Psikolojik Bağımlılık.....	5
1.1.2.2. Fiziksel Bağımlılık	6
1.1.3. Madde Kullanım Bozukluğunun Tanımı ve Tarihçesi	7
1.1.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi.....	11
1.1.5. Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi.....	12
1.1.6. Madde Kullanım Bozukluğu Kuramları.....	13
1.1.6.1. Psikodinamik Kuramlar	14
1.1.6.2. Davranışçı Kuramlar	14
1.1.6.3. Biyolojik Kuramlar	15
1.1.7. DSM-V’te Madde Kullanım Bozuklukları.....	15
1.1.8. Bağımlılık Yapan Maddeler	17
1.1.8.1. Tütün.....	18
1.1.8.2. Alkol	18
1.1.8.3. Opiyatlar	18
1.1.8.4. Uyarıcılar	19
1.1.8.5. Sedatifler.....	19
1.1.8.6. Halüsinojenler.....	20
1.1.8.7. Uçucu Maddeler	20
1.1.8.8. Esrar.....	21

1.1.8.9. Fensiklidin	21
1.1.9. Madde Kullanım Bozukluğunun Evreleri	22
1.1.10. Madde Kullanım Bozukluğunda Risk Faktörleri ve Önlenmesi	23
1.1.11. Madde Kullanım Bozukluğunun Olumsuz Sonuçları	24
1.1.12. Madde Kullanım Bozukluğunda Komorbidite	25
1.1.13. Madde Kullanım Bozukluğunda Tedavi	26
1.2. Dürtüsellik Kavramı.....	28
1.2.1.Dürtünün Tanımı	28
1.2.2. Dürtüsellğin Tanımı	28
1.2.3. Dürtüsellğin Süreçleri	30
1.2.4. Psikodinamik Yaklaşım.....	31
1.2.5. Boyutsal Yaklaşım	32
1.2.6. Nörolojik Yaklaşım	33
1.3. Yıkıcı Davranış Bozukluğu.....	34
1.3.1. Davranış Bozukluğunun Tanımı ve Tarihçesi.....	34
1.3.2. Öfke ve Öfke Kontrolü.....	35
1.3.3. Davranış Bozukluğunun Epidemiyolojisi	37
1.3.4. Davranış Bozukluğunda Risk Faktörleri	38
1.3.4.1. Biyolojik Faktörler	38
1.3.4.2. Sosyolojik ve Çevresel Faktörler.....	38
1.3.5. Davranış Bozukluğunda Klinik Görünüm ve Değerlendirme	39
1.3.6. Prognoz.....	40
1.3.7. Tedavi.....	42
1.4. İlgili Araştırmalar.....	43

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	46
2.2. Veri Toplama Araçları	46
2.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	46
2.2.2. Barratt Dürtüsellik Ölçeği.....	47
2.2.3. Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama Değerlendirme Ölçeği	47
2.3. Verilerin Analizi	47

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Tutarlılık Analizi.....	48
3.2. Sosyodemografik Bilgilere Yönelik Bulgular	49
3.3. Araştırma Değişkenlerine Yönelik Bulgular	55
3.4. Sosyodemografik Bilgiler ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular.....	75
TARTIŞMA.....	85
SONUÇ	90
KAYNAKÇA.....	91
EKLER.....	107
Ek 1. Anket Formu	107
Ek 2. Anket Formu	109
Ek 3. Anket Formu	111

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No:

Sayfa No:

Tablo 1. Barrat Dürtüsellik Ölçeği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama Değerlendirme Ölçeklerine Ait İç Tutarlılık Analizi	49
Tablo 2. Sosyodemografik Bilgilere İlişkin Frekans Analizi Sonuçları.....	50
Tablo 3. Madde Kullanım Bozukluğu ile İlgili Bilgilere İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	51
Tablo 4. Ölçek ve Alt Boyutlara İlişkin Frekans Analizi Sonuçları	55
Tablo 5. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları	56
Tablo 6. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Spearman's rho Korelasyon Analizi Sonuçları.....	74
Tablo 7. Medeni Durum Düzeyleri ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları	75
Tablo 8. Eğitim Düzeyi ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları	76
Tablo 9. Meslek Düzeyleri ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları	77
Tablo 10. Gelir Düzeyi ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları	78
Tablo 11. Ayakta Yapılan Tedavi ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları	79
Tablo 12. Yatarak Yapılan Tedavi ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları	80
Tablo 13. Hakkında Alınmış Denetimli Serbestlik Durumu ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Mann Whitney U-Testi Sonuçları.....	81
Tablo 14. Cezaevi Yatış Durumu ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Mann Whitney U-Testi Sonuçları.....	82
Tablo 15. Ailede Uyuşturucu /Uyarıcı Madde Kullanan Kişi Olma Durumu ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Mann Whitney U-Testi Sonuçları	83
Tablo 16. Barratt Dürtüsellik ve Alt Boyutlarının Belirtilerinin Yıkıcı Davranış Bozukluğu Belirtilerini Etkileme Düzeyi	84

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADHD	: Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AMG	: Amigdala
APA	: American Psychology Association
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DET	: Dietiltriptalmin
DMT	: Dimetiltriptamin
DOM	: Dimetoksimetil Amfetamin
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HC	: Hipokampus
LSD	: Liserjik Asid Dietilamid
MDA	: Metilendioksi Amfetamin
MECA Disorders	: Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental
RIFG	: Sağ İnferior Frontal Girus
THC	: Tetrahidrokanabinol
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
UNODC	: Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi

GİRİŞ

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, DSM 5 kriterlerine göre madde kullanım bozukluğu tanısı almış, Balıklı Rum Hastanesi bağımlı servislerinde madde kullanım bozukluğu nedeniyle yatarak tedavi gören ya da görmekte olan hastalara ait tıbbi kayıtların rastlantısal ve gönüllülük esasına dayalı olarak döküm ve analizinin yapılmasıdır. Bu araştırma, madde kullanım bozukluğu ile yatarak tedavi görmekte olan hastalardaki dürtüsellik ve yıkıcı davranış bozukluklarının elde edilen gözlem ve verilere göre incelenmesini karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Bununla birlikte araştırmanın amaçları şu şekilde listelenmektedir.

- 1) Madde kullanım bozukluğu ile kişilerin dürtüsellik düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi
- 2) Madde kullanım bozukluğu ile kişilerin yıkıcı davranış bozukluğu arasındaki ilişkilerin incelenmesi
- 3) Kişilerin dürtüsellik düzeyleri ile yıkıcı davranış bozukluğu arasındaki ilişkinin incelenmesi
- 4) Kişilerin dürtüsellik ve yıkıcı davranış bozukluğu puanlarının sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin ortaya koyulması

Araştırmanın Önemi

Memiş (2013)'e göre dürtüsellik, kişinin davranışlarına, hareketlerine belirli ve istemli olarak bir sınır koyamaması durumunda davranışlarını kontrol etmesinde problem yaşamasıdır. Kısa tabir ile, kişinin düşünmeden sonuçlarını kendi bilincinde hesaplamadan hareket etmesi denilmektedir. Dürtüsel kişiler davranışlarının sonucunda karşılaşacakları zararları çoğunlukla hesaplamazlar. O an içlerinden nasıl geliyorsa öyle davranma eğilimindedirler. Ayrıca dürtüsellik davranışsal durumların dışında hem bilişsel hem de nöro-fizyolojik olarak oldukça önemli bir kavramdır.

Fulwiler ve Diğerleri (2005)'e göre özellikle madde kullanım bozukluğu tanısı konmuş bireylerde yapılmış olan araştırmalara ve literatür taramalarına göre oldukça

bağlantılı bir kavramdır. Bunun yanı sıra, dürtüselliğin de beraberinde getirmiş olduğu öfke ve öfke kontrol sorunu bağımlı kişilerin sorunları arasında en başta yer almaktadır. Son zamanlarda madde kullanım bozukluğu sorunu gitgide arttıkça bu tanıyı almış kişi dürtüsel eylemler sonucu öfkesini hem kontrol edemez hem de yıkıcı davranış bozukluğu geliştirmiş olabilir. Günümüzde araştırmalardan alınan son verilere göre madde kullanım bozukluğu tanısı almış olan kişiler üzerinde yapılan ölçümlerde yıkıcı davranış bozukluğu incelendiğinde etkisi önemsenecek derecede ciddi bulunmuştur.

Bu çalışma da böylesine önemli bir konuyu ele aldığından ve literatürde daha önce incelenmemiş bir ilişkiyi araştırdığından önem taşımaktadır.

Problem

Fulwiler ve Diğerleri (2005)'e göre madde kullanım bozukluğu, vücudun fizyolojik, psikolojik, nörolojik ve davranışsal işlevlerini negatif yönde etkileyen maddelerin kullanılması, bundan dolayı zarar görüldüğü hâlde bu maddelerin kullanımının bırakılamamasıdır. Bu durumda bağımlılığın doğal gidişatını belirleyen iki ana süreç bulunmaktadır. Madde kullanım bozukluğu; bilimsel olarak ortaya konmuş psikolojik ve farmakolojik tedavi yöntemlerine rağmen remisyon dönemleri kısa olabilirken, relaps olma durumu yani, madde kullanım bırakıldıktan sonra yeniden aynı şiddetle madde kullanımına başlanma durumu oldukça yüksek ihtimal olarak görülen bir hastalıktır. Bunun akabinde kullanıma ara verildiği durumlarda yoksunluk semptomları dediğimiz uzun süreli madde kullanımından sonra madde kullanım miktarının düşürülmesinin sonucunda çıkan bir durumdur. Bu bağımlılık bireyi olduğu kadar aynı zamanda hem ailesini hem de bireyin sosyal yaşantısına oldukça ciddi oranda zarar verir. Bu sorun son zamanlarda çağımızın ciddi toplumsal sorunlarından biri haline gelmiştir. Çünkü sorun hem bireyin kendi özel yaşantısını hem de içinde yaşamış olduğu sosyolojik yapıdaki birçok etkeni büyük oranda etkilemektedir. Bununla birlikte madde bağımlısı olan kişilerde, madde kullanımının beraberinde getirmiş olduğu birçok negatif kişilik özelliği ve davranışsal bozukluklar geliştirirler. Bu negatif özelliklerin en başında madde kullanan kişinin öfke durumu ve öfke kontrolü gelir. Madde kullanan kişi kullanmış olduğu maddenin etkisi ile öfkesini kontrol etmesi oldukça güç hale gelir. Bunu önce kendi içsel yaşamına daha sonra da sosyal hayatına yansıtmaya başlar. Kontrol edilemeyen öfke dışavurum olarak yansıtmaya başlar. Kişi bu öfkenin sonucunda belirli

yıkıcı davranışlar sergileyebilir. Öfkesini kontrol edememe, öfkesini dürtüsel ve saldırgan bir şekilde dışa vurabilir. Bütün bunların sonucunda bağımlı olan kişi, dürtüsel davranışlar sergileyip yıkıcı davranış bozukluğu seviyesine ulaşmış olabilir. Hem öfke ve yıkıcı davranış bozukluğuna bağlı dürtüsellik hem de dürtüsel eğilim ve davranışlar sonucunda saldırganlık ve yıkıcı davranış bozukluğu gözlenebilir.

Araştırmanın problem cümlesi “Madde kullanım bozukluğu nedeniyle hastane yatarak tedavi gören bireylerde dürtüsellik belirtileri ve yıkıcı davranış bozukluğu belirtileri arasında nasıl ilişkiler, benzerlikler ya da farklılıklar vardır?” olarak belirlenmiştir.

Hipotezler

H1: Madde kullanım bozukluğu tanısı almış yatarak tedavi gören bireylerde dürtüsellik düzeyleri yüksektir.

H2: Madde kullanım bozukluğu tanısı almış yatarak tedavi gören bireylerde yıkıcı davranış bozukluğu görülme oranı yüksektir.

H3: Madde kullanım bozukluğu tanısı almış yatarak tedavi gören bireylerde dürtüsellik düzeyleri ile yıkıcı davranış bozukluğu arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H4: Madde kullanım bozukluğu nedeniyle yatarak tedavi gören bireylerin dürtüsellik ve yıkıcı davranış bozukluğu puanlarının sosyodemografik özellikleri ile arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Sınırlılıklar

- Bu araştırma ketitsel bir çalışma olduğundan neden-sonuç ilişkisine varılamamış, sadece değişkenler arasındaki ilişkiler hakkında sonuç elde edilmiştir.
- Araştırmada kontrol grubunun olmaması nedeniyle madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında bir karşılaştırma yapılamamıştır
- Araştırmada katılımcılar sadece anket sorularına verdikleri cevap ile sınırlı kalmışlardır.
- Araştırmanın örneklemi sadece erkek hastalar içermektedir.
- Araştırmanın evreni sadece özel bir hastane olmasıyla sınırlı kalmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. Madde Kullanım Bozukluğu

1.1.1. Bağımlılığın Tanımı

Tarihin ilk dönemlerinde itibaren kullanma ve başlama amacı çeşitli şekilde farklılık gösterse dahi insanın ölümüne kadar sebebiyet veren bağımlılık oluşturan maddelerin tür ve etkilerine göre birçok sınıflandırılma yapılmış olup, herhangi bir maddeye bağımlı olan bireylerin önemli kısmında psikolojik ve fiziksel anlamda olumsuz durumların meydana geldiği bilinmektedir. Bağımlı bireyler içerisinde bulundukları olumsuz psikoloji nedeniyle mutlu olma isteği içerisinde olmaktadır. Bu noktada alınan maddelerin kimi zaman kurtarıcı rolü üstlendiği görülmektedir. Bağımlılık yapan maddeler acı ve kederli durumlarda teselli, mutlu durumlarda ise kutlama aracı olarak ön plana çıkarak kullanan bireylerin bağımlılık düzeylerinin artmasına neden olmaktadır (Dinç, 2010, s. 32).

Bağlı ve bağımlı olma durumları, farkında olmadan gerçekleşen ve aralarında uyum olan tamamlayıcı duygular olarak nitelendirilmektedir (Ögel, 2002, s. 51). Sevgi ve yakın olma duygularını bünyesinde barındıran bağımlılık durumunun içerisinde bağımlılığın neden olduğu alışkanlıklar yer almaktadır. Bireyin yaşamında devamlı olan ve aynı durumların tekrar edilmesi sonucu ortaya çıkan güven ve değişmeme hissi, zaman içerisinde alışkanlık ve bağımlılık haline gelmektedir (Navaro, 2007, s. 24). Bağımlılık durumunun olduğu ilişkilerde bağımlı olma süreci de kısa sürede meydana çıkacaktır. Bağımlılık ve bağımlılık kavramlarını ayırt eden temel nokta, bireyin özgürlüğünün olması veya olmamasıdır. Bireyin kendisini bağlı hissettiği madde, nesne veya birey bulunmadığında kişinin yaşamının sürmesinde herhangi bir sorun olmuyorsa bu noktada bağımlılığın var olduğundan bahsedilebilir. Fakat bağlı olarak hissedilen madde, nesne ya

da kişi bağı olan bireyin yanında olduğı takdirde onun günlük yaşamını engelliyorsa, onun kontrolsüzce mutsuz ve çaresiz hissetmesine neden oluyorsa burada bağılilik kavramının içerisinde bağımlılık da yerleşmiştir (Navaro, 2007, s. 25).

Bağımlılık durumunun temelinde bireyin duygusal dünyası bulunmaktadır. İnsanın yaşamı boyunca günlük alışkanlıklarından bazıları daha fazla ön planda yer alır ve bu alışkanlıkların yerine getirilebilmesi için diğer alışkanlıklar ertelenir veya görmezden gelinir. Birey alışkanlığını yerine getirdiğinde mutlu olur, haz alır. Alışkanlığın engellenmesi durumunda ise hoşnutsuzluk ve karamsarlık duyguları ortaya çıkar. Engelleme durumunun bireyin çevresiyle olan ilişkileri zedelemesinden dolayı iş hayatındaki verimliliğı azalırken korku, karamsarlık ve fiziksel olumsuzluklarda ise artış meydana gelir (Güleç ve diğerleri, 2007, s. 73). Bağımlılık kavramına yönelik yapılan tanımlamalar zaman içerisinde önemli değışiklikler yaşamıştır. Bağımlılık kavramı ilk ele alındığı dönemlerde fizyolojik bağımlılıkla aynı şekilde değılendirilmiştir. Geleneksel düşünce yapısına göre bağımlılık, bireyin kullandığı maddeye karşı olarak verdiği tepki yani fizyolojik adaptasyon süreci olarak kabul edilmiştir. Aynı zamanda bireyin bağımlısı olduğu maddeyi almadığında olası krizlerin meydana geleceğı öne sürülmüştür. Bağımlılık durumunun madde kullanımı nedeniyle meydana geldiğı düşüncesi günümüzde de geçerliliğini korumaktadır. Bu açıdan bağımlılık, bir maddenin kullanımı sonucu oluşan alışkanlık durumu ile fiziksel bağımlılık hali olarak açıklanmaktadır. Bağımlılık kavramının günümüzdeki tanımı ise bir objeye karşı olan istek ile kompulsif davranış gibi birçok belirtisi bulunan bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre bağımlılık, haz içeren birçok eyleme yönelik meydana gelebilirken internet, seks, kumar veya yiyecek bağımlılığından da bahsedilebilir (Preyde ve Adams, 2008, s. 7).

1.1.2. Bağımlılığın Türleri

1.1.2.1. Psikolojik Bağımlılık

Psikolojik bağımlılığın temel yapıtaşlarından biri, doyuma ulaşmaktır. Doyuma ulaşmak, bireyin duygusal durumu ya da kişisel özellikleri kapsamında kendisini tatmin etmek için maddeye karşı olan zaafıdır. Huzursuzluk ve sıkıntıdan kurtulmak için sürekli ve belirli aralıklarla maddenin aranması, psikolojik bağımlılık olarak ifade edilir. Bu bağımlılık türünde madde alındığında haz, rahatlama ve doyum meydana gelir (Ziyalar,

1999, s. 17; Köknel, 1998, s. 41). Bireyin psikolojik olarak bağımlı olduğu maddeleri aldığı kaygı giderici ve güçlü hissettirici etkilerin meydana geldiği görülmektedir. Bu duruma neden olan şey, insan beynindeki ödül sisteminin uyarıcı etkisidir. Psikolojik bağımlılığın oluşmasıyla birlikte bireyde maddeye karşı üst düzey bir istek gerçekleşir. Psikolojik bağımlılık sürecinde bireyin madde alma isteği giderek “aşırma” isteğine dönüşür. Bu noktada maddeye karşı fiziksel bağımlılık gerçekleştiği söylenebilir (Uzbay ve diğerleri, 2000, s. 259; Uzbay, 2009a, s. 102). Psikolojik bağımlılık, bütün bağımlılık türlerinin temelinde yer alan bir ögedir. Bireyin maddeye olan bağımlılığı yalnızca psikolojikse ve fiziksel bağımlılık söz konusu değilse bu maddenin kesilmesi bağımlı kişide yoksunluk sendromunun gerçekleşmesine neden olmaz (Kayaalp, 2009, s. 92).

Psikolojik bağımlılığın başlıca özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Köknel, 1998, s. 53):

1. Bireyde maddenin tekrar alınmasına yönelik güçlü istek
2. Madde miktarı arttırılmadan kullanıma devam etmesi
3. Kullanılan maddenin zararlı etkilerinin genellikle kişisel sınırlar içerisinde gerçekleşmesi

1.1.2.2. Fiziksel Bağımlılık

Bağımlılık yapan maddenin uzun veya kısa süreli olarak düzenli şekilde kullanımı sonucu bedenin alışkanlık göstermesi, bu maddenin azaltılması veya alınmaması durumunda ise vücutta bazı belirtilerin meydana gelmesi fiziksel bağımlılık olarak adlandırılır. Maddenin belirli aralıklarla kullanılması sonucu beyinde ters adaptasyon oluşması, fiziksel bağımlılığın oluşmasına neden olur. Fiziksel bağımlılığın söz konusu olduğu durumların belirlenmesindeki en temel gösterge, yoksunluk krizleridir (Uzbay ve diğerleri, 2000, s. 260; Uzbay, 2009a, s. 104). Fiziksel bağımlılığın derecesi, bireyin maddeden uzak kaldığı durumlarda meydana gelen yoksunluk sendromunun şiddet seviyesiyle ölçülür (Kayaalp, 2009, s. 97). Madde alımının tamamen bırakılması veya azaltılması durumlarında meydana gelen yoksunluk krizinin belirtileri, terleme, baş ağrısı, iştahsızlık, kusma, kasılma, ishal bulantı, uykusuzluk, sara nöbeti ve taşkınlıktır. Madde alımının azaltılması veya bırakılması sonucu bireyde herhangi bir kriz meydana gelmiyorsa burada fiziksel bağımlılığın söz konusu olmadığı söylenebilir. Yoksunluk belirtileriyle fiziksel bağımlılık doğru orantılıdır (Köknel, 1998, s. 59).

İnsan gençken riskleri daha kolay biçimde alır. Kendini kanıtlama ve çevresini etkileme çabası üst düzey olduğundan dolayı gerçekleşmesi muhtemel kötü sonuçlar göz ardı edilir. Gençlik döneminde gelmesi muhtemel riskler çok uzak olarak değerlendirilir. Bireyler bu dönemde o anki durumlara odaklanmaktadır. Bu nedenle bağımlılık yapan maddenin kişiye o an vereceği haz, birey için daha önemli konumdayken maddenin ilerleyen dönemlerde getireceği olumsuzluklar birey tarafından dikkate alınmaz. Çocuklarda ve gençlerde, madde kullanım bozukluğunun meydana gelmeye başladığını gösteren herhangi bir belirti bulunmamaktadır. Ergenlikte meydana gelebilecek olağan duygusal sorunların da çeşitli belirtilere neden olabileceği de göz önünde bulundurulmalı fakat madde kullanımını akla getirebilecek olan belirtiler de ihmal edilmemelidir (Sağtürk ve Büyükakın, 1997, s. 89).

Ögel insanların, gelişimsel ve bireysel tarih sürecinde gün geçtikçe yalnızlık ve ayrılma dönemine yaklaştığını belirterek, kendisini topluma dahil edemeyen insanların kaygılarını azaltmak için farklı savunma mekanizmaları geliştirdiğini öne sürmektedir. Bireyin ailesinden ayrılması, toplum içinde kendisini yalnız hissetmesi gibi faktörler madde kullanımını kolaylaştırıcı unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Ögel, 2001, s. 73).

1.1.3 Madde Kullanım Bozukluğunun Tanımı ve Tarihçesi

Bağımlılık kelimesi çeşitli alanlarda farklı biçimlerde kullanılsa da genel bir anlama da sahiptir. Bireyin yaşamını istediği gibi sürdürebilmesi için madde, insan, seks ve internet gibi çeşitli unsurlara ihtiyaç duyması bağımlılık olarak tanımlanır (Taşkent, 2010, s. 3).

Bağımlılık kavramının bir süreç ve ilişki türü olduğunu söylemek mümkündür. Bu ilişkinin başlaması veya sürmesi, bireyin alacağı ve uygulayacağı kararlarla alakalıdır. Kimi kaynaklarda bağımlılık, bireyin bir kişi veya nesneyle kurduğu ilişkinin ardından meydana gelen durum olarak tanımlanmıştır (Sayıl, 2000, s. 155). Bireyin nesne veya başka bireylerle arasında yaşanan bu ilişki durumu, tercihlerle gerçekleşmekte ve sürekli olmaktadır. Bağımlılık kavramı bireyin tercihi sonucu meydana gelse dahi gün geçtikçe benliğini yok etmektedir. Bağımlılığın gelişmeye başlamasıyla birlikte benlik kavramı kaybolmaya başlar ve benliğin yerini çeşitli tutum ve davranışlar alır. Bağımlı bireylerin kullandıkları maddeler, merkezi sinir sistemini etkisi altına alarak bağımlılık durumunun

gelişmesine neden olur. Sentetik ya da doğal yollarla kullanılan maddenin bireyin isteği dışında almaya mecbur kalması tıp literatüründe madde kullanım bozukluğu olarak adlandırılır (Çöplü, 1994, s. 93). Madde kullanımı ve madde kullanımı sonucunda meydana gelen bağımlılık kavramının geçmişi, medeniyetlerin kurulmasına kadar uzanmaktadır. 1960-1970'lerden itibaren uyuşturucu olarak nitelendirilen maddelerin yayılmaya başlamasıyla sigara ve alkolün neden olduğu sorunlara yenileri de eklenmiştir (Tamar ve diğerleri, 1997, s. 83). Madde kullanım bozukluğunun ilk ortaya çıktığı dönemlerde bu maddelerin ağrı kesici, iyileştirici ve keyiflendirici gibi özelliklerinden dolayı kullanıldığı belirlenmiştir. İlkel toplulukların kendilerine özgü törenlerinde ve ayinlerinde bilinç düzeyini aşabilmek adına koka yaprakları, esrar, halüsinojen bitkiler ve afyon türevlerinin kullanıldığı görülmektedir (Ögel, 2001, s. 75).

Bağımlılık kavramı son derece geniş bir yelpazeye sahiptir. Günlük hayatta bağımlılık kelimesi akla ilk olarak bireyin bitkisel ve kimyasal maddelere duyduğu isteği getirmektedir. Madde kullanımının kötü sonuçlarının açıklanabilmesi için insanlık tarihinin ilk zamanlarını ele almak ve bu kullanımın ortaya nasıl çıktığını, nasıl geliştiğini, ne gibi süreçlerden geçtiğini kavramak gerekir. Tarih öncesi dönemlere yönelik yapılan araştırmalar meskalin, esrar ve kokain gibi maddelerin ruhsal durumu etkilemek amacıyla dinî törenlerde kullanıldığını ortaya çıkarmıştır. Bu bilgiler incelendiğinde maddenin kötüye kullanıma neden olan ortak bir bilincin varlığından söz edilebilir (Uzbay, 2009b, s. 12).

Madde kullanım bozukluğunun yarattığı sorunlar yalnızca bireysel değil, sosyal nitelik de taşımaktadır. Bu nedenle madde kullanım bozukluğu toplum sağlığını ciddi şekilde tehdit eden unsurların arasında yer almaktadır. Madde kullanım bozukluğu sonucu bağımlı kişide işgücü kaybı yaşanması, yasadışı eylemlere yönelmesi gibi birçok neden ekonomik anlamda problemleri de beraberinde getirmektedir. Madde kullanımı sonucu suç işlenmesi, iş hayatında yer alınmaması gibi durumlar da madde kullanım bozukluğunun sosyal sonuçları olarak değerlendirilir (Tamar ve diğerleri, 1997, s. 85).

Madde kullanım bozukluğu, çeşitli faktörler tarafından etkilenen çok yönlü bir beyin hastalığı olarak açıklanabilir. Maddelerin aranması için bireyin gösterdiği çaba, kendini tercih ettirici ve pozitif pekiştirici gibi özelliklerden kaynaklanmaktadır. Kullanılan maddenin dozu, pozitif pekiştiriciyi direkt olarak etkilemektedir (Koob ve

Bloom, 1988, s. 718; Uzbay ve Yüksel, 2003, s. 489). Bağımlılık nedeniyle meydana gelen kayıplar özerkliğin kaybolması, özdenetim kaybı, özgür olamama ve özgüllüğün kalkmasıdır. Bu kayıplar incelendiğinde ilişki bir kişi veya nesne ile kurulsa bile bağımlılığın meydana geldiği dile getirilebilir (Sayıl, 2000, s. 157). Tarihsel anlamdaki gelişimi incelendiğinde bağımlılık, kişilik bozukluğunun bir belirtisi olarak kabul edildiği görülmektedir. DSM'nin gelişmesiyle birlikte 1980'lerde madde kullanım bozuklukları ile kişilik bozuklukları farklı sendromlar olarak nitelendirilerek kişilik patolojisinden ayrı şekilde değerlendirilmeye başlanmıştır. Bağımlılık ile kişilik bozuklukları arasındaki bağlantı, bağımlılık kavramının komorbidite olarak nitelendirilmesine neden olmuştur (Verheul ve diğerleri, 2000, s. 113).

3000 yıllık dayanağı bulunan Hindu metinleri incelendiğinde, esrarın kutsal bir yere konumlandırıldığı görülmektedir. Eski Roma ve Yunanlara ait eserlerde de afyondan pek çok hastalığın tedavisinde kullanıldığı görülmektedir. Eski uygarlıklara ait metinler incelendiğinde çok ağlayan çocuklara da afyon verildiği görülmektedir (Ögel, 2001, s. 81). İlk zamanlarda tedavi amacıyla kullanılan afyon ve türevi maddelerin tüketimi, keyif verici özelliğiyle gün geçtikçe artmıştır (Davison ve Neale, 2004, s. 193). Araştırmalara göre Sümerler günümüzden 7000 yıl önce afyonun öforize etkisini belirleyerek bu maddenin neşelendirici yapıya sahip olduğunu belirlemiştir (Tansel, 2006, s. 29). Ayrıca bu döneme ait taş tabletler incelendiğinde esrar ve afyonun çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanıldığı görülmektedir. Esrar ve afyonun uyuşturucu özelliğini belirleyen ilk toplum Sümerler olarak kabul edilir. Sümerlerin yanı sıra Yunanlılar ve Mısırlılar da afyon ve esrarı keyif almak amacıyla kullanmıştır. Bu maddelerin zararlı olduğunu ve sürekli kullanımda çeşitli tehlikelere yol açabileceğini belirten isim ise Diagoras'tır. Asurlara ait heykelerde de haşhaş motiflerinin bulunduğu görülmektedir. Eski Yunanlılara ait uyku tanrısı Hypnos ve Romalıların uyku tanrısı Samnus'un yer aldığı heykelerde de haşhaş motiflerine rastlanmaktadır. Uyuşturucu niteliği taşıyan maddelerle ilgili ilk örneklerin M.Ö. 4000'lerde olduğu belirlenmiştir (Tansel, 2006, s. 28).

Alman Kimyager olan Nieman Geotingen 1859 yılında yaptığı incelemede Güney Amerikalı yerlilerin dinlenmek amacıyla koka yapraklarını çiğnediği sonucuna ulaşmıştır. Peru ve civar ülkelerde koka olarak adlandırılan bu bitki, İnkalarda ise yaraların tedavisinde kullanılmıştır (Kurt ve Kurt, 2007, s. 42). Afyon kullanımının olduğu bir diğer toplum da Çinlilerdir. Yapılan araştırmalar Çinlilerin 18. yüzyılda ağrı

kesici ve uyku ilacı olarak afyonu kullandığını ortaya çıkarmıştır. Özellikle Hindistan’da birçok İngiliz şirketin kurulmaya başlaması, Çin genelindeki afyon kullanımını arttırmıştır. Ülke genelinde afyon kullanan bireylerin oranı %25’e yaklaştığında ise binlerce Çinli hayatını kaybetmiştir. Bu gelişmelerin ardından Çin hükümeti, afyon ithalatının yapılmasının yasaklamıştır. Bu karardan memnun olmayan İngiltere, tüccarlarını savunmak amacıyla Çin’in sahil kesimlerini bombalamış, bu gelişme tarihte “Afyon Savaşı” olarak yer edinmiştir. Savaşın ardından Çin’deki afyon kullanımına yönelik kısıtlama kalkmış, afyon alışkanlığı ise her geçen gün daha da yaygınlaşmıştır (Tansel, 2006, s. 30). Ünlü Farmakolog Friedrich Helm Sertusner afyon üzerinde yaptığı çalışmalar sonucunda 1806’da morfini elde etmiştir. Felix Hoffman ise morfin bağımlılığını ortadan kaldırmak amacıyla 1897’de morfinden daha güçlü bir madde keşfetmiştir. Bu madde Bayer firmasının heroin (eroïn) olarak adlandırılmıştır. 1898-1910 yılları arasında eroïn, bağımlılık yapmayan morfinle satışı sunulmuştur. Çocuklar için öksürüğü gidermek amacıyla üretilen bu maddenin karaciğerde parçalandıktan sonra morfin haline geldiği belirlenmiştir. Ardından yapılan gözlemler sonucunda da eroïnin bağımlılık ve ölüme zemin hazırladığı sonucunu ortaya çıkarmıştır. Bu gelişmeler eroïn satışının durdurulmasına neden olmuştur (Booth, 1997, s. 21).

Afyon ile ilgili çeşitli bilgilere Osmanlı İmparatorluğu döneminde de rastlanmaktadır. Osmanlı döneminde Anadolu’da üretimi yapılan afyon, bu bölgede sıkça kullanılmayan madde konumundaydı. 1500-1600’lü yıllarda ise bazı tekke ve dergâhlarda afyon kullanıldığı bilinmektedir. Osmanlı Devleti’nde afyon kullanımını engelleyen isim ise IV. Murat’tır. Anadolu’da üretilen afyon Venedikli tüccarlar aracılığıyla Avrupa, İran ve Hindistan’a taşınmaya başlamıştır. Köylüler tarafından üretilen afyonlar ise Yahudi, Rum ve Ermeni tüccarlar tarafından toplanarak Venediklilere satılmıştır. Günümüzde toplumun önemli sorunlarından biri olarak kabul edilen psikoaktif drog dalgası Kuzey Amerika, İskandinavya, Güney Avrupa ve İngiltere’yi etkisi altına almıştır. Afyon türevi maddelerin kullananların yanı sıra bu maddelerin kullanımına çeşitli sebeplerden dolayı karşı çıkan gruplar arasında yaşanan gerilimlerin en yoğun yaşandığı dönem 1970’lerin sonlarına denk gelmektedir. Bağımlılığa neden olan psikoaktif maddelerin kullanımı Türkiye genelinde de artış göstermektedir fakat bu artış Avrupa ve Kuzey Amerika ülkeleri ile kıyaslanacak düzeyde değildir. Anadolu coğrafyasında haşhaş ekilen alanlarda kapsüllerin çizilmesiyle elde edilen afyon üretimi günümüzde gerçekleştirmektedir. Haşhaş kapsülleri alkaloid fabrikasında işlenerek morfin elde edilir. II. Dünya Savaşı

ardından toplumsal alanda yaşanan değişiklikler psikoaktif maddelerin kullanımını da yaygınlaştırmıştır. Savaşın ardından geleneksel değerlerin ihmal edilmesi, bu maddelerin kullanımına katkıda bulunmuştur (Gençtan, 2000, s. 83).

Yayılmacı sanayi politikanın benimsenmesiyle birlikte gelişmiş ülkelerin başlıca amacı yaşam standartlarının en üst düzeye en kolay şekilde ulaşması olmuştur. Yayılmacı sanayi politikasının başlıca ilkesi, tüketimin maksimum seviyeye çıkarılmasıdır. Psikoaktif maddeler bir tüketim biçimi olarak değerlendirildiğinde bu maddelerin hem modern yaşamın getirdiğı bir tepki, hem de yan ürün olarak nitelendirildiğı görölmektedir. Psikoaktif madde kullanımına neden olan faktörlerle ilgili olan kuramlar çeşitlilik alanı son derece geniştir. Bu kuramlar sosyoekonomik, biyokimyasal, genetik ve psiko-dinamik gibi birçok alanda ele alınabilir. Konuyla ilgili araştırmacıların önemli kısmı bazı fikir ayrılıklarına rağmen bağımlılığın yalnızca bir neden dayandırılmayacağını belirtmektedir (Platt ve Labate, 1976, s. 98).

1.1.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi'ne (UNODC) ait 2014 verileri 2012 yılında Dünya genelinde 15-64 yaş aralığındaki bireylerden yaklaşık 243 milyonunun en az bir defa esrar ve benzeri yasadışı maddeleri kullandığını ortaya çıkarmıştır. Bu veriler ülkeden ülkeye önemli farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklara rağmen erkeklerin kadınlara oranla yasa dışı maddelere bağımlı olma ihtimalleri 4 kat daha fazladır. 2012 yılı dikkate alındığında esrar kullanımının 177.63, amfetamin uyarıcısının 34.40, opioit kullanımının 33.04, ekstazi kullanımının 18.75, kokain kullanımının 17.24, opiyat kullanımının ise 16.37 milyon düzeyinde olduğu görölmektedir (UNODC, 2014, s. 2). 2003'te Türkiye'de UNODC desteğı aracılığıyla öğrencilerin, hane halkının ve mahkûm bireylerin yer aldığı bir araştırma gerçekleştirilmiştir (UNODC, 2003). Araştırma verilerine göre 15-64 yaş aralığındaki bireylerin afyon ve türevi maddeleri deneme oranı %0.05, Solvent ve yatıştırıcı maddelerin deneme oranı ise %0.06 olarak belirlenmiştir. Madde kullanım yaygınlığı kapsamında Türkiye'de yapılan en detaylı araştırmaya Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) imza atmıştır. 2011 yılında yapılan bu araştırmaya göre 15-64 yaş aralığındaki bireylerin yasadışı nitelik taşıyan bağımlılık yapıcı maddelerin deneme oranı %2,7 düzeyindedir (EGM-KOMDB, 2012, s. 19). 2002 yılında Türkiye'nin 72 şehrinde yapılan yüz yüze görüşme yöntemiyle

gerçekleştirilen çalışmada ise hayatı boyunca en az bir defa madde kullandığı dile getiren bireylerin oranı %1,3'tür. Madde kullanımını erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek olduğu belirlenirken elde edilen bir diğer veri de 15-24 yaş aralığındaki bireylerin 25 yaş üstüne göre madde kullanım yaygınlığının daha yüksek olduğudur (Vatandaş ve diğerleri, 2016, s. 103).

Lise ikinci sınıfta öğrenim gören 3483 öğrencinin katılımıyla 2004'te gerçekleştirilen bir araştırmada ise en az bir defa uçucu madde kullanım oranı %5,9, esrar kullanım oranı %5,8, flunitrazepam kullanım oranı %4,4, benzodiazepin kullanım oranı %3,7, ekstazi kullanım oranı %3,1 ve eroin kullanım oranı ise %1,6 olarak belirlenmiştir (Ögel ve diğerleri, 2004, s. 113). Boğaziçi Üniversitesi öğrencilerine yönelik 2005 yılında yapılan araştırmada ise 735 öğrenciden hayatı boyunca en az bir kere esrar kullanan kişi oranı %9,2, benzodiazepin oranı %3,4, ekstazi oranı %2,7, uçucu madde oranı %1,2, flunitrazepam oranı %0,6, kokain oranı %0,4, eroin oranı ise %0,3 olarak saptanmıştır (Taner, 2005, s. 50). Türkiye'de 1983 yılından sonra alkol ve psikoaktif madde kullanımıyla ilgili başvurular en fazla Alkol ve Madde kullanım bozukluğu Tedavi ve Araştırma Merkezi'ne (AMATEM) yapılmıştır. Bu kuruma yapılan başvuru sayısı 1983'te 78 iken 1996'da ise 2917'ye ulaşmıştır. AMATEM'e başvuru yapan bireylerin %51'inin evli, %25'inin bekâr, %20'sinin veya boşanmış olduğu belirlenirken bu bireylerin %38'inin işsiz, %29'unun ise lise ve yüksek okul mezunu olduğu belirlenmiştir. Bu bireylerden %61'i eroin, %23'ü çoğul madde, %10'u ilaç, %3'ü uçucu madde ve %2,5'i esrar kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (Çakmak ve Evren, 2006, s. 74).

1.1.5. Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi

Yapılan araştırmalar madde kullanım bozukluğunun yalnızca ahlaki bir problemden dolayı gerçekleştiği düşüncesini reddeder niteliktedir. Alkol ve madde kullanım bozukluklarının nedeni tam olarak belirlenememiş olsa da hangi faktörlerin bu duruma neden olduğu konusunda bazı bulgular söz konusudur (Evren ve diğerleri, 2012, s. 93). Alkol ve madde kullanım bozukluklarına neden olan faktörleri şu şekilde sıralamak mümkündür:

Psikolojik nedenler: Yapılan incelemeler madde kullanımına önemli ölçüde duygu durumu değiştirme isteğinin neden olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bağımlı bireylerin

bir kısmı gerilim azaltma amacı güderken bir diğer kısmı da sıkıldıklarından dolayı olumlu duygularını arttırabilmek amacıyla madde kullanmaktadır. Her iki durumda da madde ve alkol kullanımı, bireyin duygusal durumlarla başa çıkma konusundaki başarısızlığını gözler önüne serer (Davison ve Neale, 2004, s. 136).

Kalıtımsal nedenler: Alkol bağımlılığının tek yumurta ikizlerinde gerçekleşme oranı çift yumurta ikizlerine göre daha fazladır. Aynı zamanda alkol bağımlısı bireylerin çocuklarındaki alkolizm oranı da diğer çocuklara oranlar 4 kat yüksek olduğu belirlenmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2011, s. 287).

Çevresel nedenler: Uzmanlara göre maddeyle ilk tanışıldığı durumlarda çevresel faktörlerin önemi son derece fazladır. Bireyin içerisinde yer aldığı sosyal çevre, arkadaş çevresiyle olan iletişimleri ve akran grubuyla olan durumu bağımlılık yapan maddelere erişimi kolaylaştırabilmektedir (Tekalan, 2012, s. 31). Erken yaşta madde kullanımına başlayan bireylerde çevresel faktörlerin rolü daha fazlayken ilerleyen yaşlarda gerçekleşen madde kullanım bozukluğunda ise genetik faktörlerin rolü daha fazladır (Evren ve diğerleri, 2012, s. 96).

Madde kullanımına zemin hazırlayan diğer etkenleri ise şu şekilde sıralamak mümkündür (Ögel, 2010b, s. 107):

- Bireyin ailesi tarafından yanlış yetiştirilmesi
- Ebeveyn çocuk arasındaki bağlılığın zayıf olması
- Okul başarısında düşüş
- Bireyin sınıf ortamında şiddet veya utangaçlık eğiliminde olması
- Sosyal becerilerinin düşük olması
- Arkadaş, iş ve aile ortamında uyuşturucu kullanımının normal karşılanması

1.1.6. Madde Kullanım Bozukluğu Kuramları

Madde bağımlılığa sebebiyet veren bireysel, psikolojik ve sosyal faktörleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmalar birçok kuramın gelişmesine neden olmuştur. Bu kuramların başında psikodinamik, davranışçı ve biyolojik kuramlar gelir:

1.1.6.1. Psikodinamik Kuramlar

Psikodinamik kurama göre madde ve alkol bağımlılığının temel nedeni bireyin kendisini güçlü ve iyi hissetme isteğidir. Bu bireyler yaşadıkları ruhsal acının şiddetini bir nebze de olsun azaltabilmek amacıyla madde ve alkol kullanmaktadır. Yapılan araştırmalar sosyal ortamda iyi hissetme ve bireylerarası etkileşimlerde madde ve alkol kullanımının rahatlatıcı özellik gösterdiğini ortaya çıkarmaktadır (Güleç ve diğerleri, 2007, s. 115). Psikanalitik kuramda bağımlılık yapısı ele alınırken kullanılan maddelerin keyif verici özelliklerine odaklanılmıştır. Maddeler depresyon, gerginlik ve strese neden olsa da bağımlı bireyler bu maddelerin daha çok keyif verici özelliklerini dikkate almaktadır. Bağımlı bireylerin aynı zamanda saldırganlıklarıyla mücadele konusunda da zorluklar yaşadıkları, maddenin keyif verici etkisinin yanı sıra saldırganlık durumlarının yatıştırılmasını da sağladığı belirtilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011, s. 291).

1.1.6.2. Davranışçı Kuramlar

Davranışçı kuramda bağımlılık belirtilerinin yanı sıra bireyi madde aramaya sevk eden tutumlar irdelenmektedir. Bu kuramda sürekli olarak alkol alma isteği, öğrenilmiş bir hatalı davranış olarak nitelendirilir. Alkol tüketimi sonrası stresin azalması ve rahatlama hissi pozitif güçlendirici işlevi gerçekleştirerek kullanımın tekrarını sağlamaktadır. Davranışçı kurama göre ailedeki alışkanlıklar bireyin madde kullanım bozukluğunu direkt olarak etkilemektedir (Güleç ve diğerleri, 2007, s. 117). Davranışçı kuram kapsamında araştırma yapan uzmanlar, madde kullanımı konusunda sosyal çevrenin önemli bir payı olduğunu savunmaktadır. Bireyin madde kullanmasındaki temel etkenler sosyal çöküş, değişiklikler ve düzensizliklerin neden olduğu olumsuz durumlar bireyleri madde kullanımına yöneltmektedir (Temel ve Aksoy, 2014, s. 93). Çevresindeki kişileri kendisine model olarak kabul eden bir birey, bu kişilerin madde kullanmalarını keyif verici bir durum olarak nitelendiriliyorsa kendisinin de bağımlı olmaya başlaması şaşırtıcı bir durum değildir. Fakat bireyin içerisinde yer aldığı toplum maddenin olumsuz yanlarına ağırlık veriyorsa bu kişilerin madde kullanma ihtimalleri son derece azdır. Bağımlı bireylerde var olan panik atak, güven eksikliği ve benlik zayıflığı gibi durumların bastırılması amacıyla otoriteye karşı gelme eğiliminde oldukları kabul edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011, s. 295).

1.1.6.3. Biyolojik Kuramlar

Psikiyatrik bozuklukların temelinde genetik unsurların etkisinin olduğu da bilinmekle birlikte bu noktada üzerinde durulan başlıca konulardan biri de bağımlılıktır. Bağımlılık ve genetik arasındaki ilişkinin incelenmesine ilk olarak ikiz ve ailelere yönelik yapılan çalışmalar önayak olmuştur. Bu çalışmalar sonucunda genetiğin de bağımlılık üzerinde etkili olduğu saptanmış, bağımlıların aile bireylerinde de bağımlılık oranının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yüncü ve Savaş, 2007, s. 148). Gerçekleştirilen moleküler genetik çalışmaları sonucunda alkol ve madde kullanım bozukluğunda genetiğin de önemli bir etken olduğu belirlenmiştir. İki kardeşin birbirlerinden farklı kişilik özelliklerine sahip olmaları, kalıtsal faktörlerin kişilik özelliklerine olan etkisinin bir sonucu olarak kabul edilmektedir. Bu farklılığın açıklanmasında “çevresel etki dinamiği” kavramından yararlanılmaya çalışılmıştır. Aile bireylerinde madde veya alkol bağımlılığı olan bireylerin de bağımlı olmalarında en önemli pay genetik faktörlere aittir. Yapılan araştırmalar genetik faktörlerin bireye olan etkisini, genetik faktörlerle çevresel faktörler arasındaki ilişkiyi ve bağımlılığın birden fazla nedenden kaynaklanabileceğini gözler önüne sermiştir. İkizlere yönelik yapılan çalışmalar, genetik faktörlerin erkeklerde kadınlara oranla kendisini daha fazla hissettirdiğini göstermektedir. Bu durum erkeklerin alkol ve maddeyle tanışma yaşlarının erken olmasına da zemin hazırlamaktadır. Elde edilen veriler aynı zamanda alkolik bireylerin akrabaları arasında özellikle erkeklerin alkol ve madde bağımlısı ortaya çıkarırken bu ailelerde yetişen erkek çocuklarının alkolizm sıklığının diğer erkek çocuklarına oranla dört kat daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2011, s. 302).

1.1.7. DSM-V’te Madde Kullanım Bozuklukları

Madde kullanım bozukluğu kavramı DSM-5’te boyutsal şekilde, kullanımın şiddetine yönelik tanımlanan tek bir bozukluk olarak ele alınarak aynı zamanda aşırma (craving) ile ilgili ölçüt eklenmiştir. Önemli noktalardan biri, DSM-IV’de “madde kullanım bozukluğu” olarak ele alınırken DSM-V’te konunun “madde kullanım bozuklukları” olarak açıklanmasıdır (APA, 2013, s. XXV).

Bu noktada madde kullanım bozuklukları yerine madde kullanım ve alışkanlık bozuklukları ifadesine yer verilmiştir. DSM-5 Madde kullanım bozukluğunun Amerikan

Psikiyatri Birliği tarafından düzenlenen bir sınıflandırma olup kullanılan ölçütler aşağıda açıklanmıştır (Köroğlu, 2013, s. 248):

• *Kenevir (Kannabis) Kullanım Bozukluğu;*

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir kenevir kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak kenevir alınır.

2. Kenevir kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Kenevir elde etmek, kenevir kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Kenevir kullanmaya içinin gitmesi ya da kenevir kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlölüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici kenevir kullanımı.

6. Kenevirin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın kenevir kullanımını sürdürme. önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda kenevir kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla kenevirin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın kenevir kullanımı sürdürölür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde kenevir kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde kenevir kullanımının sürdürölmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. yoksunluk sendromu (kenevir yoksunluğu için A ve B tanı ölçütlerine başvurun, s. 247-248).

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

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

Sürekli yatışma ile giden: Daha önce kenevir kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, kenevir kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, “Kenevir kullanmaya içinin gitmesi ya da kenevir kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme”), 12 ay ya da daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır. Varsa belirtiniz:

Denetimli çevrede: Kişi, kenevire ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır. O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

- Ağır olmayan: İki-üç belirtinin olması.

- Orta derecede: Dört-beş belirtinin olması.
- Ağır: Altı ya da daha çok belirtinin olması.

1.1.8. Bağımlılık Yapan Maddeler

Bağımlılığa neden olan maddelere yönelik literatür taraması yapıldığında bu maddelerin çeşitli sınıflandırmalara göre ayırt edildiği görülmüştür. Bağımlılık yapan maddeler elde edilen kaynağa göre doğal bağımlılık yapıcı maddeler, ilaçlar ve sentetik bağımlılık yapıcı maddeler; hukuki niteliklerine göre yasal olanlar ve yasal olmayanlar; tıp alanında ise merkezi sinir sistemine olan etkileri dikkate alınarak sınıflandırılmaktadır (Çetin, 2013, s. 31). Halk arasında bağımlılık yapan maddeler genellikle yasadışı ya da yasaklı olarak adlandırılrsa da bu maddeler arasından tedavilerde kullanılanlar da olduğu için yasal ve yasadışı gibi ayrımların yapılması doğru değildir (Tosun, 2008, s. 206). Bağımlılık yapan maddelerin çeşitleri her geçen gün arttığı için bu maddelerin kategorilere ayrılması son derece zordur. Fakat bağımlılık yapan maddeler genellikle şu şekilde sınıflandırılır (Ögel, 2010a, s. 53):

- Sigara (Tütün)
- Alkol
- Esrar ve benzerleri
- Opiyatlar: Eroin, Morfin, Kodein, Metadon, Meperidin
- Uyarıcılar: Amfetamin, Kokain, Ekstazi, Kafein
- Merkezi Sinir Sistemini Baskılayanlar: Barbitüratlar, Meprobomat, Benzodiazepinler (diazem, xanax, ativan, riyotril, rohypnol vb.) Alkol, Akineton
- Uçucu maddeler (Volatilehydrocarbons): Tiner, Benzen, Gazolin, Glue (Bali gibi yapıştırıcılar)
- Halüsinojenler: LSD (Liserjik Asid Dietilamid), DOM (dimetoksimetil amfetamin), MDA (metilendioksi amfetamin), Fensiklidin, Meskalin, Psilocybin, DMT (dimetiltriptamin), DET (dietiltriptalmin).

Bu maddeler arasında en yaygın şekilde kullanılan fakat dilimizde uyuşturucu madde olarak nitelendirilmeyenleri sigara ve alkoldür. Bağımlılık yapan maddelerden esrar ve kokain gibi doğal olarak elde edilenler olduğu gibi ekstazi türevi maddeler ise laboratuvarlarda elde edilmektedir (Ögel, 2010a, s. 53).

1.1.8.1. Tütün

Yanmakta olan tütünün en zararlı bileşenleri karbonmonoksit, katran, nikotin ve kanserojen olarak nitelendirilen bağımlılığa neden olan etkindir. Tütün, beynin haz merkezinde yer alan reseptörleri uyaran bir maddedir (Davison ve Neale, 2004, s. 117).

Sigara kullanımı, insan beynine nikotinin ulaşmasını sağlayan en kısa yoldur. Tütünde bulunan nikotinin yaklaşık %25'i solumayla birlikte kana karışır ve maksimum 10 saniyede beyne ulaşır. Akciğer kanseri, gırtlak ve yemek borusu kanseri, kalp damar hastalıkları ve anfizem, sigara kullanımı sonucunda karşılaşılan başlıca hastalıklardandır. Tıbbi yönünün yanı sıra sigaranın sosyoekonomik zararı da son derece üst düzeydedir. Sigara içen bireylerden kaynaklanan kayıplar birlikte değerlendirildiğinde ortaya 145 milyon verimsiz gün çıkmaktadır (Davison ve Neale, 2004, s. 123).

1.1.8.2. Alkol

Kimyasal anlamda alkoller, alifatik hidroksil grubu içerisinde yer alır. Etil alkol, cilt antiseptiği dışında ilaç olarak çok da önemli bir madde değildir. Vücuda etil alkol girmesi durumunda koma ve ölüme kadar giden sonuçlar meydana gelebilir. Bu durumun meydana gelmemesi için kandaki konsantrasyon ve etil alkolün alındığı miktar son derece önemlidir. Alkol bağımlılığı ile alkolizm aynı anlamları taşımaktadır. Alkolik olarak nitelendirilen bireyler sağlık sorunu, suça kıyım, trafik kazası, iş hayatında yer alamama, ekonomik sorunlar ve aile parçalanması gibi birçok psikososyal problemle karşı karşıya kalabilmektedir. Bu nedenle alkol, günümüzdeki önemli halk sağlığı sorunlarından birisi olarak kabul edilir. Psikiyatrik alanda ise alkolizm, alkolün bilişsel, davranışsal ve duygusal alanlara kalıcı veya geçici etkileri nedeniyle son derece önemli bir konu olarak değerlendirilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011, s. 301).

1.1.8.3. Opiyatlar

Az miktarda kullanıldığında rahatlatıcı, öksürüğü azaltıcı, ishal önleyici ve ağrı kesici gibi etkileri olan yatıştırıcı maddeler opiyat olarak adlandırılır. Opiyatlar kapsamında doğal opiyatlar, semisentetikler ve morfin türevi etkisi bulunan sentetikler yer alır. Doğal opiyatlara morfin, semisentetiklere eroin, morfin benzeri etkilere neden olan opiyatlara ise oksodon ve kodein gibi örnekler verilebilir. Opiyatlar arasında kötüye

kullanım oranı en fazla olan madde eroin dir. Enjeksiyon veya burun yoluyla vücuda girebilen eroin, saf haldeyken de kullanılabilir. Diğer opiyatlar ise ağız yoluyla ve enjeksiyonla vücuda karışmaktadır (Coşkun, 2008, s. 28).

Vücudun opioid sisteminde yer alan sinir hücresi reseptörlerini uyaran opiyatlar, fizyolojik bağımlılığa neden olur. Opiyat kullanan bireylerin karşı karşıya kaldıkları birçok problem bulunmaktadır. Maddenin temin edilmesi bağımlı bireyin varlığının merkezinde yer alarak kişinin bütün sosyal ilişkilerine yön verir. Bağımlı bireyler maddeyi alabilmek için günde yaklaşık 200 doları gözden çıkarmalıdır. Bağımlının maddi durumu iyi değilse bu parayı genellikle uyuşturucu satıcılığı ve fuhuş gibi illegal yollardan elde eder (Davison ve Neale, 2004, s. 120). Eroin bağımlılarına yönelik yapılan 500 kişinin gözlemlendiği ve 24 yıl süren bir araştırmada bu bağımlıların %28'i, ortalama olarak 40 yaşında hayatını kaybetmektedir. Bağımlıların ölmelerine neden olan faktörlerin yarısı kaza, intihar ve öldürülme iken ölüme neden olan faktörlerin üçte biri ise aşırı dozda madde kullanımıdır (Hser ve diğerleri, 1993, s. 579).

1.1.8.4. Uyarıcılar

Başlıca etkileri arasında merkezi sinir sistemini uyarmanın yer aldığı uyarıcılar arasında en yaygın olarak bilinen ve kullanılanlar kokain ile amfetamindir. Bu maddeleri kullanan bireyler kendilerini enerjik hisseder. Uykunun dağılmasına da neden olan uyarıcıları genellikle gece çalışanlar, şoförler ve öğrenciler kullanmaktadır. İlk kullanıldığı anda bireyin enerjik hissetmesine neden olan uyarıcılar daha sonra ise bitkinlik durumunun oluşmasına neden olur. Sürekli kullanımında davranış ve kişilik bozukluğuna neden olan uyarıcılar bireyin şüphe ve kaygı içerisinde yer almasına da zemin hazırlamaktadır (Ögel, 2010a, s. 10).

1.1.8.5. Sedatifler

Sedatif maddeler merkezi sinir sistemini baskılayıcı özelliğe sahip olduğu için Türkiye'de kullanımı yasaktır fakat yalnızca özel reçeteler aracılığıyla temin edilebilir. Sentetik uyuşturucu olarak nitelendirilen ve sakinleştirici etkisi de bulunan bu ilaçlardan uyuşturucu olanları yeşil reçete, uyarıcı olanları ise kırmızı reçeteyle satılmaktadır. Meprobamat, metakulon, benzodiazepinler, barbiturat ve benzeri hipnotikler gibi

maddeler birer sedatif örneğidir ve bağımlılığa neden olur. Sedatif maddelere olan bağımlılık sonucunda hafıza zayıflığı, dikkat eksikliği, düşünme ve konuşmada yavaşlama, kişilik belirtilerde abartılma ve duygusal dengesizlik meydana gelir (Öztürk ve Uluşahin, 2011, s. 210; Babuna ve Bayhan, 2009, s. 52).

1.1.8.6. Halüsinojenler

Halüsinojen maddeler algılama, bilinç, düşünce ve duyguları net bir şekilde etkisi altına alır. Halüsinojen maddeler bireyin algısını arttırarak normal durumlarda algılanamayan uyarıların algılanmasına neden olur. Yer, beden ve zaman algılamasının değişmesiyle birlikte görme ile işitme algısının değişmesi gibi durumlar da söz konusu olabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011, s. 210). Halüsinojenik maddeler vücuda girdiği zaman hayal görmeye neden olarak kişinin gerçekle olan bağlantısının kesilmesine neden olur. Bilincin dağılmasına da zemin hazırlayan halüsinojenik maddelerin kullanımı kesilse bile belirti ve etkileri tekrar oraya çıkabilir. Bu maddeler kaktüs çeşitleri, mantarlar ve sentetik maddelerden oluşmaktadır. Türkiye genelinde kullanım oranı oldukça az olan bu maddelerin bağımlılık oluşturma potansiyeli son derece yüksektir (Tarhan ve Nurmedov, 2011, s. 62).

Benzotropin, biperiden, meskalin, triheksifenidril, fensiklidin ve skopolamin gibi ilaçların halüsinojen benzeri belirtilerin yaşanmasına neden olabilir. Bu ilaçların kullanım düzeyi, olası bağımlılıkları meydana çıkartabilir. Bu ilaçlar arasında en fazla kötü amaçla kullanılanı fensiklidindir. Fensiklidin belirli süreden fazla kullanıldığında şizofreni benzeri bir duruma ve şiddetli düşünce bozukluğuna sebebiyet vermektedir (Uzbay, 2009b, s. 9).

1.1.8.7. Uçucu Maddeler

Uçucu maddelerin kullanım yaşları dikkate alındığında en fazla kullanım oranının genç bireylerde yoğunlaştığı görülmektedir. Uçucu maddeler arasında tiner, yapıştırıcılar, leke ve yağ çıkarıcılar, asetonlu ürünler, çakmak gazı, kumaş boyası, benzin, boya tineri ve temizleyici sıvılar yer almaktadır. Uçucu maddeler naylon bir poşetin içerisine konarak inhalasyon yoluyla burundan vücuda giriş yapar (Ögel, ve diğerleri 1998, s. 34). Uçucu maddelerin kullanımı, halüsinasyonlara, saldırganlığa, görmede bulanıklığa, kas

zayıflığına, uyuşukluğa ve sersemliğe neden olmaktadır. Bu etkilere ek olarak uçucu maddelerin uzun süreli kullanılması durumunda bağımlı bireylerin beyinde yapısal değişiklikler meydana gelir ve bu değişiklikler de davranışsal ve nörolojik sorunları beraberinde getirir (Sanal, 2009, s. 15).

1.1.8.8. Esrar

Esrar maddesi, Cannabis Sativa olarak adlandırılan bitkinin ufalanan ve kurutulan yaprak, çiçek uçları ve tohumlarından oluşur. Esrarın bağımlılık yaratma ihtimali az olsa da bu bağımlılığa neden olan madde tetrahidrokanabinol'dür (THC). Beynin kannabinoid reseptörüyle etkileşime giren esrar, dopamin salınımının artmasına neden olur. Esrar sigara olarak vücuda karıştığında etkisi 2-4 saat sürmektedir. Vücuda esrar girdiğinde duyarlılık artar, renkler daha parlak ve zengin olarak algılanır (Öztürk ve Uluşahin, 2011, s. 219). Esrarın kısa süreli etkileri arasında ağızda ve boğazda kuruluk, iştahta artma, göz basıncında yükselme, gözde kaşınma ve gözde kanlanma bulunmaktadır. Esrarın yüksek dozda kullanıldığında ise duygularda ani değişimlere neden olarak belleği bozar ve düşünciyi dağıtır. Esrar aynı zamanda akciğere, bağışıklık sistemine ve üreme fonksiyonlarına da önemli derecede hasar verir (Davison ve Neale, 2004, s. 126).

1.1.8.9. Fensiklidin

PCP şeklinde kısaltılan ve halk dilinde melek tozu olarak adlandırılan fensiklidin eski dönemlerde anestezi olarak kullanılmıştır. Daha sonra nörotoksik ve halüsinojenik etkileri nedeniyle kullanımı yasaklanan fensiklidin, 1963 yılında cerrahi alanda anestezi olarak nitelendirilmiştir. Fensiklidinin kullanımı hastaların anestezinin ardından ajitasyon, delirium ve oryantasyon bozukluğuna maruz kalması nedeniyle kullanımı durdurulmuştur. 1967'de yasadışı olarak kullanıma başlayan fensiklidinin yaygınlaşması ise 1970'lerde gerçekleşmiştir. Fensiklidin maddesinin imal edilmesi son derece ucuz ve basittir. Buna rağmen fensiklidin çok pahalı ücretlere alıcı bulmaktadır. Genellikle beyaz kristal toz şekline sahip olan fensiklidin birçok zaman ise renkli tozlar, kapsüller ve tabletler halinde kullanılmaktadır. Fensiklidin maddesi sigara kullanımı şeklinde, damardan ve ağız yoluyla vücuda girebilmektedir. Bu maddenin en yaygın şekilde kullanımı ise sigara ile kullanılmasıdır. Sigara gibi kullanıldığında 2-3 mg'lık fensiklidinin etkisi 5 dakikada kendisini gösterir. 5 mg'dan az maddeler düşük, 10 mg'dan

fazla madde ise yüksek doz olarak adlandırılır. Fensiklidin etkisinin 2 ila 6 saat arasında sürdüğü bilinmektedir. Fensiklidin başlıca koma, psikoz, zihinsel sendromlar, ajitasyon, korku ve sıkıntıya neden olurken hipertansiyon ve adale rijiditesinin meydana gelmesine de zemin hazırladığı söylenebilir (Ögel, 2010a, s. 11).

1.1.9. Madde Kullanım Bozukluğunun Evreleri

Madde kullanım bozukluğunun meydana gelmesi için üç aşama bulunmaktadır. Bu aşamalardan ilki Bağımlılığa Bağlanma Devresi, ikincisi Bağımlılığın Davranış Devresi, üçüncüsü ise Kullanımın Esaret Devresi'dir (Babuna ve Bayhan, 2009, s. 60):

Bağımlılığa Bağlanma (Dependence) Devresi: Bu devrede vücut, kullanılan madde ile tanışır. Bağımlılığa bağlanma devresi kimi kaynaklarda ilk bağlanma safhası kimi kaynaklarda ise dependence olarak adlandırılır. Bireylerin dış yapıları birbirleriyle benzerlik göstermesine karşın iç yapıları ise birbirlerinden tamamen farklı olabilir. Bazı kullanıcıların sigara, madde veya alkol bağımlısı olabilmeleri için bu maddeleri birkaç defa kullanmaları yeterlidir. Bazı kullanıcıların ise bağımlı olabilmeleri için aylarca o maddeyi kullanmaları gerekir. Fakat her iki insan yapısında da vücut bağımlısı olduğu maddeye her geçen gün daha fazla alışmakta, maddeye olan isteği her geçen gün artmaktadır. Belirli süre bu şekilde devam eden bu durum, maddenin kullanılmasıyla etkisini daha da fazla hissettirir. Madde kullanımının seyrek olduğu durumlarda ise bağlanma süresi uzayabilir. Süre sonunda alışkanlık haline gelindiğinde ise bağımlılığın ikinci devresi oluşmaya başlar.

Bağımlılığın Davranış (Habitüel) Devresi: Bağımlılığın ikinci aşaması habitüel yani davranış devresi olarak adlandırılır. Bu aşamada yer alan bireyler sigara, madde veya alkolü bir alışkanlık, bir dostluk olarak görmektedir. Bağımlısı olduğu maddeyi sürekli arayan birey, neşeli, sinirli ve kederli anlarında o maddeye ihtiyaç duyar. Bağımlılığın ikinci aşaması olan bu devrede tam bağımlılığa giden zemin sağlamlaşarak maddenin kullanım sıklığı artar. Birey kendisini çeşitli hislerin içinde bulunduğu anlarda bağımlısı olduğu maddeyi elde etmeye çalışır.

Kullanımın Esaret (Addiction) Devresi: Sigara, madde veya maddeye karşı olan alışkanlığın üçüncü aşaması olan bu devrede, tiryakilik ve bağımlılık durumları tamamen gerçekleşmektedir. Bu devrede yer alan bireylerin esaret altında olduklarını söylemek mümkündür. Bağımlısı olduğu madde olmadan duramayan bireyler maddeyi artık su, oksijen ve yemek gibi olmazsa olmaz olarak nitelendirmektedir. Bağımlısı oldukları maddeyi her şeyin üzerinde kabul eden bağımlı bireyler, artık maddenin esiri konumundadır.

Yukarıda açıklanan devreler bilimsel yaklaşımın dışında farklı bağımlılık süreçleri olarak incelendiğinde bireyin madde kullanabileceğine dair düşüncesinin oluşması hazırlık evresi olarak kabul edilebilir. İkinci evrede yer alan bireylerde ise merak ve korku duygusu ön plandayken arkadaş ve sosyal çevre madde kullanımına olanak sağlamaktadır. Kişinin daha önceden merak nedeniyle aldığı maddenin daha sonra ise yan etkileri gidermek amacıyla kullanımı, madde alımının sürdürülmesi olarak adlandırılır. Maddeye olan bağımlılığın meydana gelmesiyle birlikte bireyin hayatında olumsuzluklar gerçekleşir. Kişi bu noktada hayatını değiştirmek istese de maddeden vazgeçecek gücü kendisinde bulamaz ve maddenin hayatında olmadığını düşünmek bile istemez. Bu aşamada bireyin maddeden vazgeçebilmesi için ona ciddi şekilde umut ve destek verilmesi gerekmektedir. Kişinin maddeye bırakmaya zorlanması başarısızlıkla sonuçlanabilir. Madde kullanımının bırakılması da vücudun maddeden arındığı anlamını taşımadığı göz ardı edilmemelidir. Madde kullanımının bırakılması aşamasında bireye yeterli destek verilmediği takdirde madde kullanımı tekrar gerçekleşebilir (Babuna ve Bayhan, 2009, s. 64).

1.1.10. Madde Kullanım Bozukluğunda Risk Faktörleri ve Önlenmesi

Bireylerde madde kullanım bozukluğunun oluşması yalnızca bir faktörle açıklanamaz. Madde kullanım bozukluğunun gerçekleşmesine sebep olan birden fazla etken bulunmaktadır. Bağımlılığa yol açan nedenler kesin olarak belirlenemese de sıklıkla karşılaşılan belirli nedenler, olası riskli durumlar ve koruyucu etkenlerin varlığı bilinmektedir (Ögel, 2010a, ss. 3-16). Madde kullanım bozukluğunun oluşmasına neden olan riskli durumlar arasında aile içi ilişkilerin olumsuz olması, hiperaktivite, sosyal becerilerin düşük olması, okulda başarısızlık, çevresi tarafından madde kullanımının

onaylanması, arkadaş çevresinin kötü bireylerden oluşması ve ebeveynlerin olumsuz tutumları sayılabilir (Ögel, 2010a, ss. 3-16; Dilbaz, 2013, ss. 19-45). Sosyalleşme konusunda sorunlar yaşayan kişiler, bu durumun üstesinden gelebilmek için madde kullanımına başlayabilir. Aynı zamanda toplumun madde kullanımına son derece karşı olması da bireyi madde kullanımına sevk edebilir (Toker ve diğerleri, 2011, s. 86).

Madde kullanım bozukluğu sorunu, gelişmiş ülkelerde gelişmemiş ülkelere oranla daha yüksek düzeydedir. Ancak madde kullanım bozukluğu gelişmekte olan ülkelerde de her geçen gün artmaktadır (Albayrak ve Balcı, 2014, s. 33). Bu kapsamda devletlerin öncelikli olarak toplumsal korunmaya özen göstermesi gerekmektedir (Güleç ve diğerleri, 2007, s. 146; Öztürk ve Uluşahin, 2011, s. 275).

Madde kullanım bozukluğunun oluşması önündeki koruyucu faktörler ise aile ilişkilerinin güçlü olması, gelir düzeyinin yüksek olması, işsizlik oranının az olması, arkadaş çevresinin madde kullanımına karşı olması, bireyin çevresinin bilinçli olması, kişinin okul hayatında başarılı olması, olumlu benlik saygısına sahip olması, sosyal ilişkilerin güçlü olması, madde kullanımı sonucu karşılaşacağı olası durumları bireyin bilmesi ve stres düzeyinin düşük olması olarak sıralanabilir (Ögel, 2010a, s. 14; Dilbaz, 2013, s. 33).

1.1.11. Madde Kullanım Bozukluğunun Olumsuz Sonuçları

Madde kullanım bozukluğunun olumsuz sonuçları, bağımlı olunan maddenin türüne ve bağımlılık derecesine göre değişim göstermektedir. Yaşadığımız çağın en büyük sorunlarından biri olan madde kullanım bozukluğu, toplumun tüm kesimlerini etkilemekte; bireysel, ailesel ve toplumsal bir sorun olarak çok sayıda olumsuz sonucu beraberinde getirmektedir. Yalnızca madde kullanım bozukluğu sorunu yaşayan birey değil, bu bireyin ailesi ve dolayısıyla toplum da madde kullanım bozukluğunun olumsuz sonuçlarından etkilenmektedir (Balcıoğlu, 2001, ss. 78-80).

Madde kullanım bozukluğunun sonuçlarını bireysel, toplumsal ve çevresel olarak üç grupta ele almak gerekmektedir. Bilindiği üzere madde kullanım bozukluğunun en büyük olumsuz sonucu, madde kullanım bozukluğuna sahip olan kişidir. Kişinin dış görünümünde deformasyon ve organların işleyişinde fonksiyon kaybı bireysel sonuçların fiziksel kısmını oluşturmaktadır. Zihinsel kısmı ise en önemli sonuçları kapsamaktadır.

Madde kullanım bozukluğu saldırganlığın ve şiddetin en önemli tetikleyicilerindendir. Bu noktada dürtüsellik devreye girmektedir. Dürtülerden kaynaklı saldırgan davranışların bastırılmaması sonucunda denetim mekanizmasının zarar görmektedir. Yaşamın her alanında sapmalar, merkezi sinir sisteminde olumsuz etkilenmeler ve düşünme sisteminin bozulması sonucunda birey yanlış kararlar vermekte ve pişman olma mekanizması da zarar gördüğü için bu kararları devam ettirmektedir. Üçüncü bireysel sonuçlar, ruhsal bağlamdadır. Madde kullanım bozukluğu büyük bunalımları da beraberinde getirmekte ve yaşama isteğinin azalmasına yol açmaktadır (Balcıoğlu, 2001, ss. 78-80).

Madde kullanım bozukluğunun toplumsal sonuçları, iletişimsel sorunların ortaya çıkması neticesinde kendini göstermektedir. Madde kullanım bozukluğu sorunu olan kişilerin iletişim sorunlarının olması aileyi, ailedeki sorunlar da toplumu etkilemektedir. Madde bağımlıları yasadışı bir eylem gerçekleştirdiklerinden, toplum tarafından suçlu olarak değerlendirilirler ve dışlanırlar. Bu dışlanma bir cezalandırma mekanizmasıdır ve dışlanan madde bağımlısı bireyin bu suçuna yeni suçlar eklenir; böylece toplumsal düzen daha da fazla bozulur (Sevil, 1998, s. 76).

Madde kullanım bozukluğunun çevresel sonuçlarının en önemlisi bireyin ailesiyle ve sosyal çevresiyle yaşadığı problemlerdir. Madde bağımlısı kişinin çevresine ilişkin tüm algısı değişmektedir. Onun için aile, arkadaşlar, sosyal çevre eski önemini kaybetmektedir. Kendisine bağımlı olduğu madde çerçevesinde bir dünya kurmaktadır ve bu dünya onun için yeterlidir. Bu nedenle çevresiyle bağları kopar, eğitimini ya da çalışma yaşamını sürdüremez hale gelir (Sevil, 1998, s. 76).

1.1.12. Madde Kullanım Bozukluğunda Komorbidite

Madde kullanım bozukluğunun psikiyatrik bozukluklar üzerinde önemli etkilerinin olduğu çok eski zamanlardan beri bilinmektedir. Ancak uzun süre boyunca madde kullanım bozukluğunda komorbidite (eş tanı) araştırmacılar tarafından ele alınmamıştır. Ancak zaman içinde yapılan araştırmalar sonucunda madde kullanım bozukluğuna eşlik eden rahatsızlıkların görülme sıklığının arttığı tespit edilmiştir (Yancar, 2005, s. 12).

Sağlık Bakanlığı'nın Madde kullanım bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı'na (2012) göre madde kullanım bozukluğunda psikiyatrik komorbidite aşağıdaki gibi gruplandırılmaktadır:

- Alkol Bağımlılığı: Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, şizofreni, kişilik bozukluğu, diğer madde kullanım bozuklukları, ADHD (DEHB).
- Esrar Bağımlılığı: Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozukluğu, şizofreni, depresyon.
- Kokain Bağımlılığı: Antisosyal kişilik bozukluğu, şizofreni, duygudurum bozukluğu.
- Halüsinojen Bağımlılığı: Depresyon, kalıcı algı bozukluğu, şizofreni.
- Tütün Bağımlılığı: Sigara bağımlılığına özgü komorbid bir bozukluk yoktur ancak sigara bağımlılarının stres düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bunun yanında sigara ve depresyon ilişkisi de ortaya konulmuştur.

1.1.13. Madde Kullanım Bozukluğunda Tedavi

Madde kullanım bozukluğunun tedavisi, detoksifikasyon ile başlamaktadır. Detoksifikasyon terimi temel olarak maddenin vücuttan uzaklaştırılması olarak adlandırılır. Bu işlem madde kullanım bozukluğu için başvuruda bulunan herkese uygulanamamaktadır. Tedaviye başlamadan belirli bir süre önce madde kullanımını durduran bireylerde direkt olarak ilaç destekli tedavi gerçekleştirilebilir. Bu aşamada bireylere verilen ilaçlar aracılığıyla, karşılaşılabilecek muhtemel olan yoksunluk krizleri önlenmiş olur. Bağımlılığın sona ermesi noktasındaki tıbbi tedavinin yalnızca detoksifikasyondan ibaret olduğunu söylemek doğru değildir. İlaç destekli tedavi, tıbbi tedavinin yalnızca bir kısmıdır. İlaç destekli tedaviye özellikle ayaktan tedavilerde başarıya ulaşıldığı görülmektedir. İlaçla tedavi yaklaşımında antagonizm, yerine koyma ve antabuse olmak üzere üç temel başlık bulunmaktadır (Hart ve diğerleri, 2008, s. 164):

Antagonizm: Antagonizm yönteminde madde etkilerinin engellenmesi için maddenin antagonisti bireye verilir. Maddenin antagonisti beyindeki ilgili reseptöre maddeden önce ulaşarak tedavide önemli bir rol üstlenir.

Yerine Koyma (Substitution): Bu yöntem temelinde ise, maddeyle benzer özelliklere sahip bir ilacın uzman denetiminde kullanılması yer almaktadır. Örneğin

nikotin yerine nikotin bandı kullanımı bir yerine koyma örneğidir. Bu tedavi türü genellikle opiyat bağımlılarına yönelik gerçekleştirilir. Opiyat tedavilerinde kullanım oranı en fazla olan ilaçlar buprenorfil ile metadondur. Son dönemlerde metadon ilacının olumsuz etkileri, buprenorfin kullanımının artmasına neden olmuştur.

Antabuse tedavisi: Bu tedavi türünde ilacın etki mekanizması bireyin madde kullanımını son derece zorlaştırmaktadır. Antabuse tedavisi genellikle alkol bağımlılığında tercih edilmektedir.

Detoksifikasyon tedavisinin sonra ermesiyle birlikte bireydeki fiziksel yoksunluk belirtileri önemli düzeyde azalır. Bağımlı birey bu aşamada içinde bulunduğu şartları göz önünde bulundurarak bireysel veya gruplara yönelik düzenlenen tedavilere katılmaktadır. Bağımlılığın sona ermesi amacıyla verilen psiko-sosyal destek programlarının temel hedefi, bireyin madde kullanımı nedeniyle sergilediği davranışları sona erdirmektir. Psiko-sosyal destek programları, bireyin kendini tanımasına zemin hazırlar. Kendini tanıyan ve zayıf özelliklerini tespit eden birey, madde kullanımına neden olan faktörleri belirleyerek bu faktörlerle mücadele etmeye çalışır. Faktörlerin ortadan kaldırılması kimi zaman sosyal hayatla kimi zaman ise kliniksel yöntemlerle gerçekleşir. Bireyin madde kullanımına yeniden başlamaması için taburculuk sonrasında gerekli bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Bireylerin yaşam şartlarını değiştirebilmeleri ve bağımlılık risklerini ortadan gelebilmek için tasarlanan programlar, bireyi destekleyici nitelikte olmalıdır (Ertoğlu, 2013, s. 15).

Madde kullanım bozukluğu, zaman içerisinde pek çok farklı görüş tarafından incelenmiştir. Bağımlılığa neden olan etmenler ele alındığında bağımlılığın sadece destek programları ya da tıbbi yollarla giderilmeyeceği sonucuna varılmıştır. Bağımlılık tedavisinde öne çıkan ülkeler incelendiğinde genel olarak biyopsikososyal modele ağırlık verildiği görülmektedir. Biyopsikososyal modele göre kişi çevresel olgularla birlikte değerlendirilir ve çözüm önerileri bu doğrultuda gerçekleşir. Bu aşamada tedavi sürdüren ekipleri disiplinler arası bir bakış açısı edinmesi son derece kritik önem taşır. Hastalığın sosyal, tıbbi, ruhsal ve psikolojik boyutları uzmanlar tarafından ele alınmalıdır. Disiplinler arası çalışma madde kullanım bozukluğu tedavisinde son derece önemlidir. Tedavi ekibinin tedavi sürecinde bireyin aile ve çevresine de bilinçlendirici çalışmalar gerçekleştirmesi gerekir (Şimşek, 2010, s. 97).

Madde kullanım bozukluğu, bireyin sosyal işlevselliğine zarar vermektedir. Bu nedenle bağımlılığın toplumsal alanda yansımaları olduğu dile getirilebilir. Halk sağlığı sorunu olarak da kabul edilen bağımlılığın tıbbi boyutu ihmal edilmemelidir. Ancak bağımlılığın ekonomik ve sosyal boyutu da göz ardı edilemeyecek şekilde önemlidir. Bağımlılık tedavisinde bütüncül çözüm yolları geliştirilmediği zaman çözümlerin kısa vadeli olacağı unutulmamalıdır (Erbay ve diğerleri, 2016, s. 599).

1.2. Dürtüsellik Kavramı

1.2.1. Dürtünün Tanımı

Freud'a göre dürtü aralıklı, düzensiz ve dışsal uyarılmalar sonucu ortaya çıkan uyarılmanın aksine, bedende sürekli bulunan, kendine özgü enerji ifade eden, uyarılım kaynağının ruhsal anlamdaki temsilcisi, bedensel ve ruhsal kavramların arasındaki sınırda yer alan bir kavramdır. Organizma içerisinde yer alan uyarılım kaynaklarından gelen dürtü, kendini sürekli dışa vurma eğilimi göstermektedir. Dürtü kavramı ilk olarak Freud'a ait Cinsellik Üzerine Üç Deneme adlı çalışmada kullanılmıştır. Bu çalışmayla birlikte dürtünün yanı sıra meta psikolojinin de temelleri atılmıştır. Freud yaşamı boyunca dürtü ve dürtüyle bağlantılı konuları açıklayabilmek için çeşitli çalışmalara imza atmıştır. Terminolojik açıda dürtü, içgüdünün kavramının kullanımından kaçmak için Almancada yer alan trieb kelimesinin karşılığı olarak Freud tarafından Fransızca literatürüne kazandırılmıştır. Freud bu iki kavramı birbirlerinden farklı anlamları dile getirmek amacıyla kullanmıştır. Freud içgüdü kavramını, sadece kalıtım tarafından sabitlenen bir hayvansı davranışı belirtmek için kullanır. Dürtü ifadesi kullanıldığında ise biyolojik ya da mekanik enerji değil, bir hareketin yayılımı ifade edilmelidir.

1.2.2. Dürtüsellik Tanımı

Dürtüsellik terimi bilişsel anlamda hızlı karar verme, geleceğin aksine bugünü düşünme, hareketlerini düşünmeden sergileme ve konsantre olmada zorlanma olarak tanımlanabilir. Dürtüsellik bireyin hayatının bütün alanlarını etkileme potansiyeline sahiptir. Psikiyatrik alanda ise dürtüsellik, bir hastalık olarak kabul edilir. Dürtüsellik kişilik bozukluğu, alkol ve madde kullanımı, bipolar bozukluklar, davranış bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna oranla daha yaygın olduğu bilinmektedir (Kısa

ve diğerkleri, 2005, s. 50). Dürtüsellik madde kullanımına başlamada (Lane ve diğerkleri, 2003, s. 36), madde kullanım bozukluğunun tekrar gün yüzüne çıkmasında (Miller, 1991, s. 280) etkili olduğı kabul edilmektedir. Yüksek dürtüselliğe sahip bireylerde endişe, asabiyet ve disfori gibi olumsuz durumlarla karşı karşıya kalmaktadır (Murray ve diğerkleri, 2003, s. 115). İmpulsif davranışa neden olan faktör serotonin fonksiyonuyla alakalı olabilir (Markowitz ve Coccaro, 1995, s. 78).

Moeller ve arkadaşlarına göre (2001) impulsivite, maddenin kötüye kullanımında kalıtsal bir özellik değıl, sonuçları öngöremeyen bireylerde stres anında geliştirilen bir davranıştır. Moeller ve arkadaşlarına göre (2001) dürtüsellik kavramı tanımlanırken üç önemli nokta göz ardı edilmemelidir:

1. Olumsuz durumlara karşı duyarlılığın azalması
2. Bilgi işleme işlemi sona ermeden önce uyarana yönelik plansız ve hızlı tepki verilmesi
3. Uzun zaman gerektiren sonuçların dikkate alınmasındaki eksiklik

Dürtüsellik durumuyla klinik ve normal popülasyonda karşı karşıya kalınabilir. Patolojik alandaki dürtüsellik durumu ise bireylerin işlevselliklerini azaltarak yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilemektedir (Moeller ve diğerkleri, 2001, s. 1787).

Dürtüsellik, madde kullanımına başlanmasının ardından madde arama durumunun yaşanmasına zemin hazırlamaktadır (Jentsch ve Taylor, 1999, s. 376). Kimi çalışmalarda madde kullanımına impulsivitenin neden olduğı belirtilmektedir (Patton ve diğerkleri, 1995, s. 770) fakat Lejoyeux ve arkadaşlarına göre ise bu ilişkinin bulunmadığı alkoliklerde ise bağımlılığa heyecan aramanın neden olduğı belirtmektedir. Borderline hastalarda genellikle dürtü kontrol sorunu vardır ve madde kullanımına yatkın oldukları bilinmektedir (Dulit ve diğerkleri, 1990, s. 10003).

Madde kullanımı olan ergenlerin de saldırganlık risklerinin yüksek olduğı belirlenerek daha fazla kavgada yer aldıkları belirlenmiştir. Öfke sosyal hayatta haksızlığa uğrama, incinme, kötü davranışlara maruz kalma gibi dışsal faktörlerin yanı sıra bireyin iç dünyasına yaşanan çatışmalardan kaynaklanmaktadır (Schiraldi ve Kerr, 2002, s. 128). Birçok psikiyatrik hastalıkta bulunduğı belirlenen dürtüsellik durumunun, psikiyatrik alanda önemli bir klinik sorunu olduğı kabul edilmektedir (Evenden, 1999, s.

351). Dürtüselliğin kişilik bozukluğu, alkol ve madde kullanım bozukluğu, davranış bozukluğu, bipolar bozukluklar ve yeme bozuklukları olan bireylerde sağlıklı kontrol gruplarından daha yaygın olduğu saptanmıştır. Dürtüsellik birçok çalışmada madde ve alkol kullanımı sonucu meydana gelen problemlerle ilişkilendirilmektedir (Kısa ve diğerleri, 2005, s. 48). Acton (2003) ise dürtüselliğin madde kullanımı konusunda doğal bir risk faktörü olduğunu savunmaktadır. Yapılan araştırmalar alkol bağımlılarının kontrol gruplarına oranla (Petry, 2001, s. 31), çoklu madde bağımlılarının tek maddeye bağımlı olanlara oranla (McCown, 1988, s. 433), madde bağımlılarının ise alkol bağımlılarına göre daha dürtüsel olduğunu ortaya çıkarmıştır. Dürtüsellik madde kullanımının başlamasında (Lane ve diğerleri, 2003, s. 36) ve madde kullanım bozukluğunun tekrar ortaya çıkmasında son derece etkili bir faktördür (Miller, 1991, s. 283).

Dürtüsellik alkolün neden olduğu sorunlarda ve alkol kullanımında aracı rolü üstlenmektedir. Madde elde edilmesi ve kullanımı planlı bir amaca ihtiyaç duymaktadır. Dolayısıyla madde kullanımının dürtüsel davranışlar çerçevesinde ele alınması kolay değildir (Evenden, 1999, s. 351). Madde kullanımına başlanması ve sürdürülmesi dürtüselliğin çeşitli bileşenlerinden etkilenebilmektedir. Madde kullanım bozukluğu gelişimi ve sürdürülmesi ödül dürtüsünün de önemi son derece büyüktür. İnsanlara yönelik gerçekleştirilen anket ölçümleri ve laboratuvar incelemeleri madde bağımlılarındaki dürtüsellik düzeylerini ortaya çıkarmaktadır. Ancak dürtüselliğin maddenin kötüye kullanılmasının bir nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu konusunda henüz bir uzlaşıya varılamamıştır (Moeller ve diğerleri, 2001, s. 1785). Dürtüsellik kavramının maddeye başlama yaşıyla bağlantılı olduğu da bilinmektedir (Kısa ve diğerleri, 2005, s. 49).

1.2.3. Dürtüselliğin Süreçleri

Tepki Ketleme/Yanıt Engelleme: İnsanların uygunsuz durumlarda erken tepki göstermeleri ya da göstermeleri gereken davranışları ertelemeleri dürtüsellik kapsamında yanıt engelleme/tepki ketleme olarak ifade edilir. Davranış bilimleri içerisinde dürtüsellik kavramı, bir inhibitör mekanizması olarak ele alınmaktadır. İnsanların cinsellik, yiyecek ya da diğer kazançlar için dürtüleri içsel ve dışsal mekanizma ile aktif hale gelir. Refleks ve hızlı yanıtların bastırılması inhibitör mekanizması aracılığıyla gerçekleştirilir. Daha yavaş olan bilişsel mekanizmalar da davranışları şekillendirmektedir (Özver, 2010, s. 62).

İnhibisyon Denetimi: İnhibisyon denetimi örtük ve açık yanıt bastırmayla bağlantılı bir kavramdır. Bu kavramla bağlantılı olan yürütücü inhibisyon kavramı ise harekete geçme kontrolü, davranışsal ve bilişsel inhibisyonu kapsamaktadır (Özver, 2010, s. 62).

Risk Alma: İnsanoğlu yaşamı boyunca çeşitli durumlarda birçok riskli durumlarla karşı karşıya kalmaktadır. Yaşamını sürdürebilmesi için çeşitli riskler alması gereken bireyler bu riskli durumlardan olumsuz yönde etkilenebilir. Risk alma davranışlarının değerlendirilmesi özdenetim ve öz bildirim ölçekleri aracılığıyla gerçekleştirilir (Özver, 2010, s. 62).

Karar Verme: Bir durum ve olay karşısında bireyin tercih yapması karar verme süreci olarak ifade edilir. Karar verme süreci kapsamında eylem seçimi, eylemin düzenlenmesi, eylemin uygulanması ve eylemin sonuçlarının değerlendirilmesini de kapsamaktadır. Karar verme sürecine duyguların etkisi nöro görüntüleme faaliyetleriyle belirlenmeye çalışılmaktadır. Aynı zamanda karar verme süreci parietal, çoklu prefrontal ve limbik bileşenlerle de bağlantılıdır (Özver, 2010, s. 62).

1.2.4. Psikodinamik Yaklaşım

Dürtüsellik kavramı, kişiliğin bir parçası olarak id ve ego gibi çelişkili veya bilinçaltı psikolojik ihtiyaçların yerine getirilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Patton ve diğerleri, 1995, s. 772). Yapılan bazı davranışsal çalışmalar davranışın tepki olumsuzlukları temelli olduğunu ya da bireylerin güçlendirilen yollarla yaşamlarını sürdürdüğünü ortaya koymaktadır. İnsan davranışındaki yordayıcılar arasında algısız ve bilinçaltı kognitif kalıplar da bulunmaktadır. Kimi araştırmalar ise davranışları farklı demografik faktörler aracılığıyla açıklamaya çalışmaktadır. Dürtüsellik alanına yönelik yapılan genel ölçüm sonucunda elde edilen veriler, daha önceki verilerin yinelenmiş halidir. Bu sonuçlara göre psikopat ve narsistik olarak nitelendirilebilecek bireylerde dürtüsel olma eğilimi bulunmaktadır. Narsisizm dışa dönme ile bağlantılıyken psikopati ise düşük vicdansızlıkla bağlantılı olarak kabul edilir (Paulhus ve Williams, 2002, s. 558).

Narsisizm ve psikopati, işlevsel ve işlevsel olmayan dürtüsellikle bağlantılı olabilir. Dürtüsellik kavramının psikopati ve narsisizm ile ilgili farklı bir model olacağının tahmin edilebilmesi konusunda farklı sebepler bulunmaktadır. Narsisizm ve

psikopati, kişilikteki olumsuz davranışlar kapsamında yer alır (Paulhus ve Williams, 2002, s. 559). Narsisizm çerçevesinde davranışlar sergileyen bireyler etrafındaki bireylerle olumlu iletişim kurarak iyi izlenim oluştururlar (Friedman ve diğerleri, 2006, s. 397).

1.2.5. Boyutsal Yaklaşım

Dürtüsellik kavramı, çalışmalarını kişilik üzerine yapan araştırmacılar tarafından hem boyutsal hem de psikiyatrik bozuklukların belirlenmesinde bir ölçüt görevi görmektedir. Dürtüsel davranışlar madde bağımlılıkları, yeme bozuklukları ve asosyallik gibi birçok psikiyatrik koşulda kritik önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar dürtüsellik kavramının nörokimyasal ve nöroanatomik alanda çeşitli nörokognitif mekanizma temelli olduğunu ortaya çıkarmıştır. Araştırmalar sonucunda dürtüsellik kavramının dört boyutunu şu şekilde sıralamak mümkündür (Özdemir ve diğerleri, 2012, s. 294):

1. Karar vermeden önce yeterince bilgi sahibi olunmaması
2. Olası seçenekleri değerlendirirken mevcut bilgilerin iyi kullanılamayarak uygun risklerin alınmaması
3. Hazzın ertelenmesinde zorluk
4. Davranışların sergilenmesinde veya durdurulmasında karşılaşılabilecek olan zorluk

Dürtüsellik kavramı, boyutsal bakış açısıyla ele alınabilir. Tehlikeden uzak durmak isteyen bireyler bir uçta, diğer uçta ise çevredeki tehditleri önemsemeyen ve sürekli tehlikeli davranışlar sunan bireyler bulunmaktadır. Agresif dürtüsellik, haz elde etme ve ödüle ulaşma amacıyla gerçekleştirilir. Agresif dürtüsellik aynı zamanda egosintoniktir ve benlik kavramına uyumludur. Kompulsif dürtüsellik ise benlik kavramına uygun olduğunu söylemek doğru değildir. Bu iki dürtüsellik boyutu da kendilerini sürekli olarak tekrarlayan davranışların sergilenmesine neden olmaktadır. Agresif kompulsiyonda suç unsurları bulunurken kompulsif dürtüsellik ise obsesyonlar aracılığıyla gerçekleşir. Herhangi bir ruhsal bozukluk durumuna dürtüsellik etkisi incelendiğinde bu durumların tek bir boyutla ele alınmasının yeterli olmadığı kabul edilmektedir (Özdemir ve diğerleri, 2012, s. 295).

1.2.6. Nörolojik Yaklaşım

Ölçümler arasındaki ilişkinin karşılıklı olmaması sonucu beyinde bulunan yanıt kontrol mekanizmaları anlaşılabilir. Bu durum aynı zamanda dürtüsellik yönlerinin psikiyatrik bozukluklarda endpofenotip ve predikatif sağladığını kesinleştirmektedir. Dürtüsellik sinirsel substratların incelenmesini sağlamaktadır ve bunların birbirleriyle örtüşen sinirsel sistemleri arasında bir aracı konumundadır (Cardinal ve diğerleri, 2001, s. 2501; Basar ve diğerleri, 2010, s. 535). Akumbens çekirdeğindeki kabuk bölgesindeki benzer lezyonların da etkisiz olduğu saptanmıştır (Pothuizen ve diğerleri, 2005, s. 2609). Akumbens çekirdek bölümü prefrontal ve amigdala korteks barındıran geniş bir sinir ağının da parçası rolündedir (Groenewegen ve diğerleri, 1999, s. 53). Bu noktada bazolateral amigdala lezyonlarının akumbens çekirdeği lezyonları gibi dürtüsel seçim konusunda benzer etkilerinin bulunması normal bir durumdur (Winstanley ve diğerleri, 2004, s. 381). Orbitofrontal korteks için ise daha ciddi düzeyde indirgeme (Mobini ve diğerleri, 2002, s. 292; Rudebeck ve diğerleri, 2006, s. 1163) ile karşıt eğilimin, gecikmeli ödül için bir tercih olduğu konusunda somut bulgular bulunmaktadır (Wallis ve Kennerley, 2010, s. 193).

Serotonin ve dopamin Nucleus Accumbens'in işlevinde rol oynayan iki temel nörotransmitterdir. Bireyin yemek yemek gibi keyif verici faaliyette bulunması, ventral tegmental bölgede yer alan nöronların uyarılmasına neden olur. Uyarılmanın ardından bu nöronlar ise akumbens çekirdeğindeki dopamin miktarının artmasına zemin hazırlar. Nucleus Accumbens de tıpkı ventral tegmental alanda olduğu gibi beynin diğer bölümleriyle etkileşim halindedir. Ventral tegmental alan, dopamin üretimine neden olan birçok nöronu bünyesinde barındırmaktadır. Bu nöronlar ventral tegmental bölgeye doğru ilerleyerek bireyin iyi hisler yaşamasına neden olur (Apter ve diğerleri, 1990, s. 193).

Beynin dürtüsellik devresinde bulunan diğer bir kısım prefrontal kortektir. Prefrontal korteks gelecek hakkında plan yapılması ve sorunların çözümü gibi birçok durumda etkin roledir. Bu bölümde etkilenen ana nörotransmitter dopamindir. Prefrontal korteks aynı zamanda haz verici etkinin meydana gelmesinde de oldukça etkilidir. Dürtüsel devrede yer alan bir kısım da Lokus Ceruleus'tur fakat bu kısım vücut saati işlevini sürdürmektedir (Axelson ve Birmaher, 2001, s. 71). Sürece dahil olan ana nörotransmitter norepinefrindir. Beynin dürtüsel devresinde yer alan diğer bölümler ise

hipokampus, amigdala ve insular kortektir. İnsan cinsellik ve yemek gibi faaliyetler sergilediğinde ventral tegmental bölgede bulunan dopamin üretiminde artış meydana gelir. Dopaminin artması ödül hissine sebebiyet veren patikanın da etkinleşmesini sağlar (Winstanley ve diğerleri, 2004, s. 4719).

Dürtüsellik ile içselleştirici semptomlar arasındaki ilişkileri bazı temel sebeplerle açıklanabilir. Bu durumun açıklanmasında serotoninerjik fonksiyonun eksikliği dile getirilebilir. Aynı zamanda çocukların dürtüsel davranışların neden olduğu olumsuz sonuçların içselleştirilmesi durumunda ikincil duygusal bozukluk geliştirilebilir. Bu eksikliklerle bağlantılı olarak çeşitli patolojilerin altından bulunan serotoninerjik kümenin varlığı önerilmiştir. Bu öneri de anksiyete ve depresyon gibi durumların dürtüsellik ile arasındaki ilişkileri ortaya koymayı hedefleyen çalışmalar tarafından destek verilmiştir (Apter ve diğerleri, 1990, s. 193; Evenden, 1999, s. 348). Farklı yürütme işlev testleri üzerindeki performans, depresyon, anksiyete ya da dürtüsellik olan bireylerde dikkatin bozulduğu hipotezi de desteklenmektedir (Evenden, 1999, s. 349; Castaneda ve diğerleri, 2008, s. 13).

1.3. Yıkıcı Davranış Bozukluğu

1.3.1. Davranış Bozukluğunun Tanımı ve Tarihçesi

Davranış bozukluklarının başlıca özellikleri başkalarının temel haklarına saldırılması ve toplumsal değerlerin yok sayılması olarak açıklanabilir. Bu davranışları yineleyici yapıya sahip olup sürekli tekrarlayan bir örüntü niteliğindedir. Davranış bozuklukları meslek ve okul hayatında sorunların meydana gelmesine neden olarak toplumsal düzene zarar verir. Davranış bozukluğu tanısının konulabilmesi için minimum 12 ay sürecek davranış tekrarı gerekmektedir. Davranış bozukluğu kapsamında değerlendirilen davranışlar kimi zaman suç iddiasıyla sonuçlanmaktadır. Fakat davranış bozukluğunun kanuna aykırı davranış olarak nitelendirilmemesi gerekmektedir. Günümüzde davranış bozukluğu psikiyatri kurumlarınca %30-%50 arasında değişen oranla en sık tanısı konan bozukluklardandır (Robins ve diğerleri, 1999, s. 46). Davranış bozukluğu çocuk ve ergenlerde psikiyatrik değerlendirmenin yapılmasını sağlayan başlıca nedendir (Thomsen, 1990, s. 90). Davranış bozukluklarına kişisel özelliklerin mi yoksa çevresel koşulların mı neden olduğu üzerinde oldukça çalışma yapılan bir konudur.

Davranış bozukluklarının görülme oranını arttıran çok fazla kişisel ve çevresel faktör bulunmaktadır. Birçok çalışma sonucunda ortaya çıkan ortak düşünce, davranış bozukluklarının birey ile çevre arasındaki etkileşimin sonucu olduğudur. Çalışmalar aynı zamanda yıkıcı davranışların asosyal kişilik bozukluğu bulunan yetişkin bireylerde bu durumun değiştirilemeyecek olduğu sonucunu da ortaya çıkarmıştır. Fakat yıkıcı davranışlara sahip olan birçok genç ise bu davranışlarını yetişkinlik döneminde sergilemedikleri ise ulaşılan bir başka sonuçtur (Simonoff ve diğerleri, 2004, s. 120).

Ruh 1812 yılında ahlaki değerlerin sapkınlığını gözler önüne seren 3 olayla ilgili olarak şu ifadeleri kullanmıştır; “Doğuştan genel ve ahlaki bozuklukların tümünde zihnin ve vücudun bazı bölümlerinin organizasyon eksikliği söz konusudur” (Robins, 1999, s. 46). Morrison ise 1986’da “Birey hayatının ilk dönemlerinde suç alışkanlığı söz konusu değilse hayatının geri kalanın suçlu olması zordur. Ergenlik suçları ise sosyal ve bireysel koşullardan dolayı meydana gelebilmektedir” demiştir. Morrison davranış bozukluğuna sebebiyet veren bireysel faktörleri yaş, cinsiyet, zihinsel ve fiziksel faktörler olarak sıralarken sosyal faktörleri ise ekonomik ve aileyle ilgili olan faktörler olarak açıklamıştır. 1930’lu yıllarda ise yıkıcı davranışlar ilkel içgüdüsel tatminin bir ifadesi olarak kabul edilmiştir (Robins, 1999, s. 47).

1.3.2. Öfke ve Öfke Kontrolü

Öfke insanın yaşaması son derece doğal bir duygudur ve sonucunda haksızlığa uğrama, kaygı, suçluluk, çaresizlik, değersizlik, kıskançlık, engelleme, saldırıya uğrama, hayal kırıklığı, endişe, kıskanma, şüphe, tecavüze uğrama, tehdit edilme, tükenmişlik, taciz edilme, itilmişlik, terk edilme, aşağılanma, yoksun bırakılma ve ihmal edilme gibi davranışlar meydana gelebilir (Saygılı ve Çankırılı, 2014, s. 97). Öfke yapıcı bir şekilde ifade edildiğinde son derece sağlıklı olarak kabul edilmektedir (Cenkseven, 2003, s. 155). Öfke uygun koşulların haricinde sergilendiğinde ise bu durumdan bireyin kendisi ve çevresi olumsuz olarak etkilenebilir. Öfkenin birçok olumsuz sonucu bulunmasına rağmen bireyi harekete geçirici ve koruyucu özellikleri nedeniyle yaşamın sürdürülmesi için son derece önemlidir (Soykan, 2003, s. 21). İnsan psikolojisine yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde öfkenin kimi zaman “kısa süreli delilik” olarak nitelendirildiği görülmektedir. Bunun nedeni öfkenin had safhaya çıktığı anlarda akıl kontrolünün kısa süreliğine ortadan kalkmış olmasıdır. Öfke duygusu insan tarafından içte tutulan öfke

ve dışa vurulan öfkedir. İçte tutulan öfke bireyin çevresindekiler tarafından anlaşılamaması daha zararlı durumlara zemin hazırlayabilir. Bazen de bastırılan öfke, bireyin psikosomatik ya da depresyon gibi sorunlarla karşı karşıya kalmasına neden olabilir (Tarhan, 2006, s. 183). Öfkenin oluşmasına bazen de madde ve alkol bağımlılığı, depresyon ve bipolar bozukluk önemli rol oynayabilir ve bu faktörlerin neden olduğu öfke duygusu kronik olarak nitelendirilir (Soykan, 2003, s. 22).

Öfke kontrolü, her şeyi alttan almak, kendini savunmamak, öfkelenildiğini belli etmemek veya öfkelenmemek değildir. Öfke kontrolü kavramı en temel şekilde karşılaşılan durumlara insani çözümler üretmek olarak açıklanabilir. Öfke kontrolü, öfke anında bireyin zihninde meydana gelen ve saldırganlıkla sonuçlanabilecek davranışların kontrol edilmesidir. Öfke kontrolüne sahip olmayan kişiler öfkelendiklerinde ortamı terk edebilir, sesini yükseltebilir veya fiziksel bir tepki gösterebilir. Öfke kontrolü olan bireyler ise durumu anlamaya çalışır. Bu noktada öfke kontrolünün öfkeyi ortadan kaldırmayı değil öfkenin neden olduğu duygusal ve bedensel tepkilerin azaltılması olduğunu söylemek mümkündür (Kayaoğlu, 2015, ss. 130-131). Deffenbacher ve Stark (1992) öfke kontrolünde kullanılan fiziksel ve bilişsel rahatlama tekniklerini incelediği çalışmada bazı durumlarda bilişsel rahatlama tekniklerini fiziksel rahatlama tekniklerine oranla daha etkili olduğunu belirlemiştir ancak bu durum fiziksel rahatlama tekniklerinin geçersiz olduğu anlamına gelmez (Danışık, 2005, s. 16).

Wilde (2001) imzası taşıyan öfke sorunuyla karşı karşıya kalan çocuklara yönelik araştırmada ilk aşamada çocukların öfkelenmesine neden olan ipuçların tanınmasına yardım etme, ikinci aşama ilginin farklı yöne kaydırılması, son aşamada ise hayal oyunu bulunmaktadır. Wilde bu şekilde çocuğun sakinleştiren düşünceye ulaşmasını sağlamaktadır. Wilde'nin gerçekleştirdiği çalışmadaki başlıca amacı çocukları öfkeleniren durumu düşünmek yerine onlara farklı şeyler düşündürebilmeye sevk etmektedir. Wilde yaptığı gözlemler sonucunda yetişkin gözetiminde bu davranışları sergileyen çocukların daha sonra kendi başına da bu yöntemi uyguladıklarını belirlemiştir. Öfke kontrolünde kullanılan bilişsel teknikler, duygu, davranış ve düşüncelere direkt olarak müdahale etmektedir (Soykan, 2003, s. 25).

Karataş'ın (2008) yaptığı ve bilişsel davranışçı teknikler uygulanarak öfke yönetim programının ergenlerdeki etkisini ortaya koymayı amaçladığı çalışmaya göre bilişsel davranışçı teknikler bireylerin öfke düzeylerini doğrudan etkilemektedir. Bu etki

araştırmanın ardından 12 hafta sonra yapılan ölçümde de varlığını sürdürmüştür. Öfkenin ortaya çıkmasında sosyal hayatta problem çözme becerilerinin düşük olmasının da etkili olduğu bilindiğinde sosyal beceri eğitimi, sosyal destek kullanımı ve etkili iletişim becerileri gibi eğitimlerin önemi üst düzeye çıkmaktadır (Soykan, 2003, s. 25).

1.3.3. Davranış Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Davranış bozukluğu psikiyatri klinikleri tarafından en fazla tanı konulduğu bozukluklardan biridir. Davranış bozukluğu sonucunda kliniklere başvuru oranı özellikle son 10-20 yılda hızla artmaktadır (Kim-Cohen ve diğerleri, 2005, s. 175; Costello ve diğerleri, 2003, s. 838). Elde edilen verilere göre davranış bozukluğu prevalansı %1-16 arasında değişiklik göstermektedir (Esser ve diğerleri, 1990, s. 255). Davranış bozukluğu oranlarındaki farklılıklar ele alınan topluluğun özelliklere göre farklılık gösterebildiği gibi DSM'nin hangi basımının kullanıldığı da bu oranın belirlenmesinde önemlidir (Boyle ve diğerleri, 1996, s. 1442; Lewinsohn ve diğerleri, 1993, s. 135). Genel nüfus incelendiğinde ise davranış bozukluğu oranının %5 olduğu belirlenmiştir. Davranış bozukluğu oranı ergenlik öncesindeki erkeklerde %3 ile %5 oranları arasında, ergenlik dönemindeki erkeklerde ise %6 ile %8 oranları arasında değişebilmektedir (Loeber ve diğerleri, 2000, s. 1468). Davranış bozukluğunun ortaya çıktığı yaş aralığı erkeklerde kızlara oranla daha azdır. Erkeklerde bu bozuklukla genellikle 10-12'li yaşlarda, kızlarda ise 14-16'lı yaşlarda karşı karşıya kalınmaktadır. Yapılan araştırmalar kızlarda asosyalliğin her geçen gün arttığını ortaya çıkarmıştır ve bu nedenle erkekler ile kızlar arasındaki davranış bozukluğunun ortaya çıkma yaşının birbirine yaklaşacağı öngörülmektedir (Moffitt ve diğerleri, 2001, s. 54). Bazı araştırmacılara göre erkekler ve kızların davranış bozukluğu belirtileri birbirinden farklıdır fakat kızlardaki tanı kriterlerinin güncellenmesi gerekmektedir (Keenan ve diğerleri, 1999, s. 13). İsviçre'de elde edilen verilere göre çocuk psikiyatrisine yapılan başvuruların %28'i davranış bozukluğu kaynaklıdır (Ramklint ve diğerleri, 2002, s. 291). Davranış bozukluğu konusunda ergen yaş grubundaki dağılım hakkında elde edilen veriler net bir sonuç göstermemektedir. ABD'de gerçekleştirilen Çocuk ve Ergen Mental Bozukluklarının Epidemiyolojisi için Metodlar (Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders, MECA) adlı çalışmada erkeklerdeki davranış bozukluğu prevalansı 9-11 yaş grubunda %1,3, 12-14 yaş grubunda %6, 15-17 yaş grubunda ise %11 olarak

belirlenmiştir. Kızlardaki davranış bozukluğu prevalansının 9-11 yaş grubunda %0,5, 12-14 yaş grubunda %3, 15-17 yaş grubunda ise %4 olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre ergenlikle birlikte davranış bozukluğunun ortaya çıkmaya başladığı söylenebilir (Murray ve Farrington, 2010, s. 635). Aynı zamanda sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerin çocuklarında davranış bozukluğunun yaygın olduğu da elde edilen bir başka sonuçtur. Davranış bozukluğuyla kırsal bölgelere nazaran kentlerde daha fazla karşılaşılmaktadır (Maughan, 2001, s. 171).

1.3.4. Davranış Bozukluğunda Risk Faktörleri

1.3.4.1. Biyolojik Faktörler

Davranış bozukluğuna etkisi bulunan biyolojik faktörleri hormonlar, cinsiyet ve zekâ düzeyinin düşük olması şeklinde sıralamak mümkündür (Siyez, 2013, s. 132). Davranış bozukluğuna etkisi son derece yüksek olan cinsiyet faktörü, özellikle erkeklerdeki davranış bozukluklarının oluşmasında büyük rol oynar (Siyez, 2013, s. 130).

Psikolojik Faktörler

Davranış bozukluğuna neden olan birçok psikolojik faktör bulunmaktadır. Bunları erken doğum, travmalar, öğrenme güçlüğü, gelecek beklentisinin düşük seviyede olması, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, öz kontrol seviyesinin düşük olması, madde ve alkol bağımlılığı ile anksiyete bozuklukları olarak sıralamak mümkündür (Siyez, 2013, s. 132). Sağlıklı ergenler ile fiziksel hastalık veya sakatlıkla karşı karşıya kalan ergenler karşılaştırıldığında hasta ergenlerde davranış bozukluğu meydana gelme oranının üç kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Ölçek, 2010, s. 7). Taylor (1994) psikolojik anlamda sağlam olan ergenlerin yaşamlarını olumsuz koşullar altında sürdürse dahi çevresiyle olumlu ilişkiler geliştirdiğini savunmaktadır (Sipahioğlu, 2008, s. 21).

1.3.4.2. Sosyolojik ve Çevresel Faktörler

Sosyolojik ve çevresel faktörler arasında sosyo ekonomik düzeyin düşük olması, ailesel sorunlar ve işsizlik gibi durumlar yer almaktadır (Sipahioğlu, 2008, s. 11). Birey doğduğu andan itibaren sürekli olarak çevresiyle etkileşim halindedir. Bu nedenle bireyin

çevresi, davranışların şekillenmesinde önemli rol oynar. Ailesinde olumsuz durumlar olan çocuklar ebeveynlerinin yanlış tutumları nedeniyle bu davranışları içselleştirebilir (Esin ve Dursun, 2013, s. 2). Ailede cezalandırmanın fazla olduğu durumlarda davranış bozukluğuna, ebeveyn yakınlığının az olmasının ise depresyon gelişimine önayak olduğu belirlenmiştir (Ölçek, 2010, s. 15). Katı disiplin, cinsel problemler ve fiziksel şiddete maruz kalan ergenlerde davranış bozukluğu meydana gelme oranı diğer ergenlere oranla daha fazladır. Ebeveynlerin olumsuz davranışları ile ilgi eksikliği de davranış bozukluğu oluşumunda son derece etkilidir (Ölçek, 2010, s. 8). Davranış bozukluğuna neden olan sosyal ve çevresel faktörlerden öne çıkanları yoksulluk, aile içi şiddet, cinsel istismar, ebeveynlerin alkol veya madde bağımlısı olması, ebeveynlerin asosyal olması ve ailenin olumsuz yaşantılara onay vermesidir. Bireyin akranları tarafından reddedilmesi de davranış bozukluğuna yol açan bir diğer faktördür. Sosyal çevre kapsamında ise eğitim düzeyinin düşük olması, yasa dışı olayların yaygın olması ve toplumun şiddete meyilli olması davranış bozukluğuna zemin hazırlayan faktörlerdir (Siyez, 2013, ss. 132-133).

1.3.5. Davranış Bozukluğunda Klinik Görünüm ve Değerlendirme

DSM-5 Davranış Bozukluğunda yer alan tanı kriterleri ele alındığında bu kriterlerde büyük oranda bir değişimin söz konusu olmadığı görülmektedir. Var olan kriterlere bir de “Topluma yararlı duyguların sınırlı olmasıyla giden” ifadesi eklenmiştir (APA, 2013, s. 327).

Topluma yararlı duyguların sınırlı olmasıyla giden: Bu belirleyicinin uygulanabilmesi için birey minimum bir yıl boyunca çevresiyle olan ilişkilerinde aşağıda sıralanan davranışları sergilemesi gerekir. Bu davranışlar gözlemleyicinin birey hakkında bilgi sahibi olmasını sağlarken gözlem süresinin 12 ay gibi uzun bir süre olması davranışların geçici olmadığını gösterir. Bu aşamada bireyin söylediklerine ek olarak ebeveyn, arkadaşları ve öğretmenlerinin de bilgilerine başvurulmalıdır.

- **Pişmanlık ya da suçluluk duymama:** Bireyin yanlış bir davranış sergilemesi sonucu suçluluk hissetmemesi bu durumun meydana geldiğinin göstergesidir. Kişi yaptığı olayların sonucunda meydana gelen olumsuzluklar hakkında şüphe içerisinde değildir. Dolayısıyla suçluluk duymayan bireylerde kuralları çiğnemenin herhangi bir sakıncası olmadığı düşüncesi hâkimdir.

-

- Duygusuzluk-eş duyum yoksunluğu: Bu durum, bireyin çevresindekilerin duygularına aldırış etmemesine neden olur. Kişi çevresi tarafından aldırılmaz ve soğuk olarak tanınır.
- Yapabilirlik kaygısı taşımama: Birey günlük hayatında verimli işler yapamamasıyla ilgilenmemektedir. Bireye karşı beklentiler net olmasına rağmen kişi bu beklentileri yerine getirmek için herhangi bir çaba sarf etmez ve karşılaştığı olumsuzluklardan dolayı çevresini suçlar.
- Sığ ya da yetersiz duygulanım: Kişi içtenlikten yoksundur ve duygularını sosyal çevresine hissettirmez. Duygularını çevresine gösterdiğinde ise genellikle bir çıkar durumu söz konusudur.

Davranışların tipi ile inceleme koşulları davranış bozukluğunun değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Yapılan çalışmalar çeşitli bilgi kaynakları arasında düşük de olsa bir bağlantı olduğunu göstermektedir (Loeber ve diğerleri, 1991, s. 381; Steiner, 1997, s. 125S). Birey gözlem altına alındığında aynı zamanda ebeveynleri, öğretmenleri ve arkadaşlarıyla da görüşmeler yapılmalıdır. Gençlerin bu aşamada doğru bilgi vermedikleri de bilinmekle birlikte elde edilen verilerin örtük davranışlar ve asosyal davranışların saptanması konusunda gerekli belirtileri ortaya çıkarır (Steiner, 1997). Asosyal gençlerle yapılan görüşme teknikleri, gençlerin kendisini rahatça ifade edebilmesine olanak tanır. Sosyal kurumlar, mahkemeler ve okullar tarafından gerçekleştirilen değerlendirmeler sorunlu durumların meydana gelmesine neden olabilir. Emredilerek yapılan değerlendirmelerin büyük çoğunluğuna ailelerin destek vermediği ve bu değerlendirmeye şüpheyle yaklaştıkları da bilinmektedir. Sergilenen davranışların kötü muameleye maruz kalmamak için mi yapıldığı yoksa içsel faktörlerden mi kaynaklı olduğu da belirlenmelidir (Steiner, 1997, s. 123S).

1.3.6. Prognoz

Davranış bozukluğu bulunan bireylerin kaza yapma oranları, diğer bireylere oranla daha fazladır. Cinsel davranışın erken yaşlarda başlaması, sigara, alkol ve madde kullanım bozukluğunun bulunması düşüncesiz davranışlar aracılığıyla açığa çıkmaktadır. Yapılan incelemeler yasadışı ilaç kullanımının davranış bozukluğunun kalıcı olmasına neden olduğunu ortaya çıkarmıştır. Davranış bozukluğunun neden olduğu durumlar arasında okulda atılma, plansız gebelik, fiziksel yaralanma, yasal problemler, cinsel

hastalıklar ve iş hayatına uyum sorunu gibi birçok problem bulunmaktadır. Davranış bozukluğu bulunan bireylerde aynı zamanda intihar teşebbüsü de oldukça fazladır. Yapılan çalışmalara göre ergenlik döneminde meydana gelen davranış bozuklukları kişinin hayatının geri kalanını olumsuz etkilemektedir fakat bu yargının karşıt fikrine sahip olan çalışmalar da bulunmaktadır (Moffitt ve diğerleri, 2001, s. 63; Olsson ve diğerleri, 2006, s. 470; Bardone ve diğerleri, 1996, s. 812; Jaffe, 2002, s. 39; Zoccolillo ve diğerleri, 1992, s. 972).

Olsson ve arkadaşlarının (2006) 351 ergene yönelik gerçekleştirdikleri ve 6 yıl süren takip çalışması sonucunda erkeklerin üçte birinin kızların ise yarısının başarılı bir genç erişkinlik dönemi yaşadıklarını ortaya çıkarmıştır. Davranış bozukluğu bulunan ergenlerin erişkinliğe geçiş aşamasında çeşitli sorunlarla karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. Ergen bireylerin erişkin hayatta karşı karşıya kaldıkları durumlar arasında düşük eğitim başarısı (Olsson ve diğerleri, 2006, s. 477; Jaffe, 2002, s. 47), işsizlik (Olsson ve diğerleri, 2006, s. 473; Miech ve diğerleri, 1999, s. 1099), sosyal hizmetlerden çok fazla yararlanılması, yüksek ergen ebeveynlik prevalansı (Moffitt ve diğerleri, 2001, s. 64; Olsson ve diğerleri, 2006, s. 473; Bardone ve diğerleri, 1996, s. 813), alkol veya madde kullanım bozukluğu (Moffitt ve diğerleri, 2001, s. 64; Olsson ve diğerleri, 2006, s. 473; Bardone ve diğerleri, 1996, s. 814), suça eğilim, ruh ve akıl sağlığı sorunları (Moffitt ve diğerleri, 2001, s. 64; Olsson ve diğerleri, 2006, s. 473; Bardone ve diğerleri, 1996, s. 813) ve sosyal işlev bozukluğu (Olsson ve diğerleri, 2006, s. 473; Bardone ve diğerleri, 1996, s. 813; Zoccolillo ve diğerleri, 1992, s. 972) yer almaktadır.

Davranış bozukluğu gidişatı son derece değişken bir yapıya sahiptir. Davranış bozukluğu kimi zaman erişkinlikte tamamen yok olur kimi zamansa erişkinlikte son derece az oranda gerçekleşir. Davranış bozukluğu bulunan bireylerin yaşamlarının ileriki dönemlerinde madde kullanım bozukluğu, somatoform bozukluğu ve anksiyete bozukluğu ile karşı karşıya kalma ihtimalleri fazladır. Davranış bozukluğuna neden olan faktörler arasında annenin depresyon geçirmesi, babanın alkol bağımlısı olması gibi aileyle ilgili unsurları, biyolojik anlamda ise cinsiyeti, çevresel faktörler arasında ise bireyin sosyal sınıfının bulunduğunu söylemek mümkündür (Hinshaw ve diğerleri, 2000, s. 559; Kraemer ve diğerleri, 2002, s. 881).

Daha öncelerde komorbid davranış eksikliği hiperaktivite bozukluğu bulunan çocukların davranış sorunlarının giderilmesine yönelik yapılan tedavilerde başarıya ulaşma oranı düşük seviyede seyretmiştir. Yapılan takip çalışmaları sonucunda depresyon veya komorbid anksiyete davranış bozukluğu tanısı konan çocukların bu sorunlarla karşı karşıya kalmayan çocuklara oranla gidişatının daha iyi olduğu belirlenmiştir (Beauchaine ve diğerleri, 2000, s. 427). Birçok araştırmacı, ergenlerde davranış bozukluğuna yönelik yapılan müdahalelerin akademik başarısızlık, suça yönelim, agresiflik, sapkın akran ilişkileri ve okuldan atılma gibi unsurlar nedeniyle sınırlı şekilde etkileyebildiği görüşünde birleşmektedir (Dishion ve Patterson, 1992, s. 723; Ruma ve diğerleri, 1996, s. 161). Bireyin tedaviye başladığı yaş dönemi bir prediktör olabilir. Yapılan araştırmalara göre davranış bozukluğu gittikçe sabit bir tanı haline gelmektedir. Asosyal davranışlar gösteren bireylerin bu durumlarının meydana gelmesi rastgele değildir. Öngörülebilir bir gidişatı takip eden bu durum, zaman ilerledikçe yerini daha ciddi boyuttaki davranışlara bırakır (Frick, 1998, s. 114; Conner, 2002, s. 42).

Bireylerde açıktan açığa olan, otorite karşıtı ve sinsî davranışlar olmak üzere farklı özelliklere sahip davranış grupları meydana gelmektedir. Fiziksel olarak saldırganlık niteliği taşıyan davranışlar açıktan açığa davranışlar arasında yer alır. Otorite karşıtlığının temelinde ise inatçılık bulunmaktadır. İnatçılığı sırasıyla okuldan ve evden kaçma gibi davranışlar takip eder. Sinsî davranışlar arasından öne çıkanları ise yalancılık ve mağazalardan ürün çalmadır. Bu davranışlar gün geçtikçe soyguna doğru ilerler. Bu grupların gelişim sürecinin tanımlanmasına yönelik Loeber ve arkadaşları (2000) bir model ortaya koymuştur. Bu davranışlar arasında en yaygın olanı otorite karşıtlığıdır. Yapılan araştırmalara göre davranış bozukluğu teşhisi konan bireylerden %40'ı, asosyal davranışlar sergilemeye devam etmektedir ve iş hayatında önemli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (Simonoff ve diğerleri, 2004, s. 119).

1.3.7. Tedavi

Günümüz toplumlarında sıklıkla karşılaşılan ve topluma yönelik maliyeti son derece fazla olan davranış bozukluğuna yönelik birçok tedavi yöntemi geliştirilmiştir (Henggeller ve diğerleri, 1998, s. 74). Bu tedavilerden başarıya ulaşanları ise son derece azdır. Davranış bozukluğu tedavisindeki zorlukta, bozuklukların vücudun farklı yerlerini farklı şekillerde etkilemesinin etkisi son derece fazladır. Tedavinin zorlaşmasını etkileyen

bir diğerk unsur da çocukların korunumu gençlerin yargılanması ve ruh sağlığı gibi birçok hizmetin eş zamanlı olarak sunulması gerekliliğidir. Bu noktada tedavi, farklı sistem konuları ve bu konuların birbirleriyle olan koordinasyonları göz önünde bulundurularak ilgilenilmesi gerekir. Davranışsal beceri eğitimi ile aileyle de etkileşim halinde olan programların diğerk tedavi türlerine göre etkili olduğu kabul edilmektedir. Tedaviler arasında ebeveyn yönetim eğitimi ile problem çözme becerileri eğitiminin de başarıya ulaşma oranları oldukça yüksektir. Ebeveyn eğitimi genellikle çocuklara yönelik gerçekleştirilir ve bu davranış bozukluklarının ciddiyeti diğerk bozukluklara oranla daha azdır. Problem çözme becerileri eğitimi ise genellikle aşırı ailesel fonksiyon bozukluğu ve mental kapasite sorunu bulunan çocuklara yönelik sürdürülür. Başarıya ulaştığının kanıtı niteliğinde veriler bulunan diğerk tedaviler de fonksiyonel aile terapisi ile çok sistemli terapidir. Fonksiyonel aile terapisi genellikle aile bireyleri arasında bulunan sorunlu iletişimi anlamak ve bu iletişimi değiştirmek üzerine yoğunlaşmaktadır. Çok sistemli terapide ise asosyal davranışları, arkadaş, okul ve çevrenin ergenle olan etkileşiminin bir sonucu olarak kabul ederek bu davranışların düzeltilmesine yönelik çaba sarf edilir (Hengeller ve diğerkleri, 1998, s. 80).

Davranış bozukluğunun yalnızca ilaç tedavisiyle giderildiğini destekleyen kanıt bulunmamaktadır. DEHB tedavisinde kullanılan uyarıcı ilaçların ise saldırganlık gibi davranışları azalttığına yönelik bulgular elde edilmiştir. Eş tanıli koşulların tedavisinden farklı olarak davranış bozukluğunun tedavisinde kullanılan ilaçların genel amacı fiziksel saldırganlığın yatıştırılmasıdır. Bu ilaçlar arasında yaygın şekilde kullanılanları lityum, prooranolol, klonidin, anti kovülсанlar ve anti-psikotiklerdir (Hengeller ve diğerkleri, 1998, s. 82).

1.4. İlgili Araştırmalar

Literatürde madde kullanım bozukluğunda dürtüsellik ve yıkıcı davranış bozukluğu ilişkisini ya da madde kullanım bozukluğu ve yıkıcı davranış bozukluğu ilişkisini ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır ancak madde kullanım bozukluğu ve dürtüsellik ilişkisi yoğun biçimde incelenmiştir.

Kollins (2002) araştırmasında madde kullanım bozukluğu ve dürtüsellik ilişkisi ele almış; dürtüsellüğün yüksek olduğu bireylerde bağımlılık yapan maddelere başlama

yaşının düştüğünü tespit etmiştir. Bunun yanında araştırmada dürtüselliğin yüksek olduğu bireylerde uyuşturucu madde kullanım oranının diğer bireylere göre çok daha yüksek olduğu da ortaya konulmuştur.

Moreno ve arkadaşları (2012) üniversite öğrencilerinin alkol ve esrar kullanımları ile dürtüsellik düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırma sonuçlarına göre üniversite öğrencilerinde esrar ve aşırı alkol kullananların dürtüsellik düzeyleri diğer öğrencilere göre anlamlı şekilde yüksektir.

Vonmoos ve arkadaşları (2013) çalışmalarında eğlenmek amacıyla ara sıra kokain kullanan bireyler ile kokain bağımlısı bireylerin deney ve kontrol grubu yöntemiyle karşılaştırıldığı bir araştırma yapmışlardır. Araştırma sonucunda kokain bağımlısı bireylerin dürtüsellik düzeylerinin diğer gruba göre anlamlı biçimde yüksek olduğu ortaya konulmuştur.

Bozkurt (2012) araştırmasında alkol ve eroin bağımlılığı olan iki farklı grupta dürtüsellik düzeyini belirlemeyi amaçlamıştır. Araştırma sonuçlarına göre her iki grupta dikkat, motor, plansızlık ve toplam dürtüsellik puanları yüksek düzeydedir. Ancak dürtüsellik puanlarının alkol ve eroin bağımlılığına göre iki grubu ayıramadığı tespit edilmiştir.

Bozkurt ve arkadaşları (2013) yatarak tedavi gören alkol ve eroin bağımlılarında dürtüsellik düzeyini araştırmışlardır. Araştırma, bağımlılık sorunu olmayan bir gruba beraber deney-kontrol grubu yöntemiyle yapılmıştır. Sonuçlara göre alkol ve eroin bağımlılarında dürtüsellik düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı biçimde yüksektir. Dürtüsellik düzeyi deney ve kontrol grubunu anlamlı biçimde birbirinden ayırırken; alkol ve eroin bağımlıları grubunu ayıramamıştır.

Güngör ve arkadaşları (2013) çalışmalarında alkol bağımlılığına başlama yaşı ve dürtüsellik ilişkisini ele almışlardır. Araştırma sonuçlarına göre alkol bağımlılığı erken yaşta başlayan bireylerde dürtüsellik düzeyi geç başlayan bireylere göre anlamlı biçimde yüksektir.

Evren ve arkadaşları (2014) araştırmalarında yatarak tedavi gören eroin bağımlılarında dürtüsellik düzeyini belirlemeyi amaçlamışlardır. Sağıklı bireylerin kontrol grubu olarak değerlendirmeye alındığı araştırma sonucunda dürtüsellik düzeyi madde bağımlılarında anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. D rt selliği belirleyen durumların ise sebat etme, düşük kendini yönetme ve yüksek yenilik arayışı olduğu saptanmıştır.

Evren ve arkadaşları (2014) araştırmalarında yatarak tedavi görmeye devam eden bağımlılar ve yatarak tedavi görüp ve taburcu olmalarının üzerinden 12 ay geçen bireylerde dürtüsellik düzeyi belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre taburcu olmalarının üzerinden 12 ay geçen bireylerde dürtüsellik düzeyi motor ve plansızlık boyutunda daha düşüktür. Ancak tedaviye devam eden madde bağımlılarında dürtüsellik düzeyi özellikle dikkat ve plansızlık boyutunda daha şiddetli tespit edilmiştir.

Çalışkan (2015) araştırmasında denetimli serbestlik tedbiri ile tedavi kararı verilen esrar bağımlılarında dürtüsellik düzeyini ortaya koymayı amaçlamıştır. Araştırma sonucunda son üç idrar analizinde madde saptanan ve saptanmayan bireylerde dürtüsellik karşılaştırmasına göre, iki grup arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Köksal (2016)  alışmasında madde bağımlılarında d rt selliği ele almıştır. Araştırmada eroin bağımlılarının dürtüsellik düzeylerinin bonzai, jameika ve yabancı maddeleri kullananlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bunun yanında bir diğer bulgu aile desteğiyle yatış yapan hastaların dürtüsellik düzeyinin, kendi isteğiyle yatış yapanlara göre daha fazla olduğu şeklinde-dir.

Dünya Sağık  rg t  (2004), dürtüsellik ve alkolizm arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bunun yanında dürtüsellik düzeyinin yüksek olmasının madde kullanımını depreştirdiği, yüksek düzey dürtüselliğin madde kullanımı yaşının düşmesine neden saptanmıştır (Miller, 1991).

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini İstanbul ilinde ikamet eden ve yatarak tedavi gören madde bağımlıları oluşturmaktadır.

Araştırmanın amacına uygun olarak örneklemini, Eylül 2018 ve Mayıs 2019 arasında Balıklı Rum Hastanesi Amatem servislerinde madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatarak tedavi gören 100 hasta oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde bireylerin uyuşturucu maddeyi daha önce kullanmış veya halen kullanmakta olması koşulu aranmıştır. Yine bu örneklem içerisinde madde kullanım bozukluğu tedavisi görmüş ya da halen tedavi süreci devam etmekte olan bireyler üzerinde araştırma yapılmıştır. Böylelikle, örnekleme, hem aktif olarak uyuşturucu maddeyi kullanan bağımlılar hem de madde bağımlılığı tedavisi gören uyuşturucu madde kullananlar araştırmanın odağına alınmıştır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada DSM-V'ten faydalanılmıştır. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS) Gedikli'ye (2017) ait yüksek lisans ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama Değerlendirme Ölçeği Uyan'a (2008) ait uzmanlık tezlerinden alınmıştır. Bu ölçekler; katılımcılardan onaylama ve reddetme derecelerini bir dizi ifadeyle açıklamaları istenen, sırası ile 1'den 4'e kadar numaralandırılmış 71 tane likert tipi maddeden oluşmaktadır.

2.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu'nun amacı, araştırma değişkenleri ve katılımcıların demografik bilgileri arasındaki ilişkileri inceleyebilmektir. Bu kapsamda formda cinsiyet, yaş gibi temel bilgiler ve uyuşturucu kullanma sonucunda yaşanan olumsuzluklar gibi madde kullanım bozukluğuna yönelik kişisel sorular yer almaktadır.

2.2.2. Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Gedikli'nin (2017) tezinden alınan ölçek, 30 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Maddeler dörtlü likert tipte değerlendirilmekte olup 1=nadiren/hiçbir zaman, 4=her zaman/hemen her zaman ifadesine karşılık gelmektedir. Ölçeğin üç alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar, “dikkatlilik dikkatte dürtüsellik”, “motor dürtüsellik”, “plansızlık plan yapmama” şeklinde sıralanmaktadır. Yüksek puanlar, yüksek dürtüsellik göstermektedir.

2.2.3. Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama Değerlendirme Ölçeği

Uyan'ın (2008) tezinden elde edilen ölçek, toplamda 41 maddeden oluşmaktadır. Dikkat eksikliği için 9 soru, hiperaktivite için 9 soru, karşı gelme karşıt olma bozukluğu için 8 soru, davranış bozukluğu tarama ve değerlendirme için ise 15 soru bulunmaktadır. “Yok” ve “biraz” cevapları için 1, “fazla” ve “çok fazla” cevapları için 2 puan verilmektedir. Dikkat eksikliği için 9 sorudan 6 tanesinden 2 puan almak, hiperaktivite için 9 sorudan 6 tanesinden 2 puan almak, karşı gelme karşıt olma bozukluğu için olan 8 sorudan 4'ünden 2 puan almak, DB için olan 15 sorunun 3'ünden 2 puan almak yeterli olmaktadır.

2.3. Verilerin Analizi

Ölçekler için ilgili tezde, faktör analizi yapıldığı için bu çalışmada tekrara yer vermemek amacıyla yeniden faktör analizi yapılmayacaktır. Ölçekler için tutarlılık çalışması yapılmıştır. Sonrasında da tanımsal veri ve çıkarımsal ölçek analizlerine yer verilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Uygulanan anket neticesinde elde edilen verilerin analizi bu bölümde yapılmaktadır. Öncelikle, verilerin analizinin yapılabilmesi için katılımcıların doldurdukları anket formları uygun kodlamalar yapılarak IBM SPSS 24.0 programına aktarılmıştır.

3.1. Tutarlılık Analizi

Ankette kullanılan 30 maddelik Barrat Dürtüsellik Ölçeğinin 3 tane 2. sıra alt boyutu, 6 tane 1. sıra alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar sırasıyla; 2. sıra alt boyutlar “Dikkatlilik - Dikkatte Dürtüsellik”; “Motor Dürtüsellik” ve “Plansızlık- Plan Yapmama”, 1. sıra alt boyutlar “Dikkat”, “Bilişsel Düzensizlik”, “Motor”, “İnatlaşma”, “Öz Kontrol” ve “Bilişsel Karışıklık” tır.

Ankette kullanılan 41 maddelik Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama Değerlendirme Ölçeğinin 4 tane alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar sırasıyla; 9 madde “Dikkat Eksikliği” (1,2,3,4,5,6,7,8,9); 9 madde “Hiperaktivite (10,11,12,13,14,15,16,17,18)”; 8 madde “Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB)” (19,20,21,22,23,24,25,26) ve 15 madde “Davranış Bozukluğu” (27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41) dur.

Barrat Dürtüsellik Ölçeğine verilen cevapların iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s Alpha) **0,553**, Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama Değerlendirme Ölçeğine verilen cevapların iç tutarlılık katsayısı ise (Cronbach’s Alpha) **0,962** olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Cronbach Alpha katsayısının değerlendirme kriterleri aşağıdaki gibidir;

0.00 < Katsayı < 0.40 ise ölçek güvenilir değildir.

0.40 < Katsayı < 0.60 ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

0.60 < Katsayı < 0.80 ise ölçek oldukça güvenilirdir.

0.80 < Katsayı < 1.00 ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir. (Özdamar, 1999, s. 513).

Tablo 1. Barrat Dürtüsellik Ölçeği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama Değerlendirme Ölçeklerine Ait İç Tutarlılık Analizi

Ölçekler	Cronbach's Alpha	N
Barrat Dürtüsellik Ölçeği	,553	30
Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama Değerlendirme Ölçeği	,962	41

Ölçeklerin Cronbach Alpha değerine bakıldığında; elde edilen değerler barrat dürtüsellik ölçeğinin düşük güvenirlikte ve yıkıcı davranış bozuklukları için tarama değerlendirme ölçeğinin ise yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (Özdamar, 1999, s. 510). Ayrıca, ölçeğin yapısal geçerliliğe sahip olduğu da söylenebilir.

3.2. Sosyodemografik Bilgilere Yönelik Bulgular

Araştırmanın bu kısmında madde kullanım bozukluğu nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören bireylerin sosyodemografik bilgilerini ilişkin frekans değerleri ve ortalama değerler gösterilecektir.

Tablo 2. Sosyodemografik Bilgilere İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

	Frekans	Yüzde	Ortalama	Std. Sapma
Cinsiyet				
Kadın	-	-		
Erkek	100	100		
Yaş	100		29,65	8,745
Medeni Durumu				
Evli	33	33,0		
Bekar	58	58,0		
Dul	5	5,0		
Geçersiz	4	4,0		
Eğitim Düzeyi				
Okur-Yazar	1	1,0		
İlköğretim	33	33,0		
Lise	49	49,0		
Üniversite /Yüksek okul	15	15,0		
Yüksek Lisans ve üzeri	1	1,0		
Geçersiz	1	1,0		
Yaşadığı Yer				
Merkez	92	92,0		
Köy	2	2,0		
Geçersiz	6	6,0		
Mesleki Durum				
İşsiz	27	27,0		
İşçi	26	26,0		
Memur	2	2,0		
Esnaf /Serbest meslek	30	30,0		
Öğrenci	9	9,0		
Geçersiz	6	6,0		
Aylık Gelir Düzeyi				
1500 TL ve altı	22	22,0		
1500 – 2500 TL	9	9,0		
2500 TL üstü	55	55,0		
Geçersiz	14	14,0		

Tablo 2’de görüldüğü gibi, tedavi gören bireylerin tümünün erkek olduğu ve yaş ortalamasının $29,65 \pm 8,745$ olduğu, %33’ünün evli iken, %58 bekar olduğu sadece %5’inin dul olduğu ve %4’ünün medeni durumunu belirtmediği belirlenmiştir. Katılımcıların %1’inin eğitim düzeyi olmazken, %33’ü ilkokul mezunu, %49’ü lise mezunu, %15’i üniversite veya yüksekokul mezunu ve sadece %1’i yüksek lisans ve üzeri mezundur. Katılımcıların genelinin (%92) merkezlerde yaşadığı kanısına varılmıştır.

Katılımcıların %27'si işsiz iken, %26'sı işçi, %2'si memur, %30'u esnaf ve %9'u öğrencidir. Katılımcıların %22'sinin aylık geliri 1500 TL ve altında iken, %9'unun aylık geliri 1500-2500 TL arasında ve %55'inin aylık geliri 2500 TL ve üzerinde olduğu görülmüş olup %14'ü ise aylık gelirini beyan etmemiştir.

Tablo 3. Madde Kullanım Bozukluğu ile İlgili Bilgilere İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

	Frekans	Yüzde	Ortalama	Std. Sapma
Uyuşturucu /uyarıcı madde kullanımına başlama yaşı	100		18,85	5,918
Şimdiye kadar kullanılan uyuşturucu /uyarıcı maddeler				
Esrar	91	91,0		
Sentetik Kabanis	62	62,0		
Kokain	64	64,0		
Ekstazi	62	62,0		
Amfetamin	15	15,0		
Metamfetamin	30	30,0		
Halüsinojenler	9	9,0		
Opiyatlar	75	75,0		
Uçucu maddeler (Bali, Tiner, Uhu, Çakmak gazı, Soğutucu gazı)	22	22,0		
Kontrolde tâbi ilaçlar	31	31,0		
Maraş otu, G maddesi, GHB, Speed, Meskalin	13	13,0		
Tedavi başlangıcına rağmen hastaneye yatana kadar kullanmakta olunan uyuşturucu/uyarıcı madde				
bonzai	2	2,0		
diazem	1	1,0		
ekstazi, ot	1	1,0		
eroin	70	70,0		
eroin, kokain	1	1,0		
eroin,ot,şeker,amfetamin	1	1,0		
esrar	8	8,0		
kokain	5	5,0		
kokain,esrar	1	1,0		
kubar	1	1,0		
metamfetamin	2	2,0		
buprenorfin, metadon	1	1,0		
Ayakta yapılan tedavi sayısı				
Hiç	23	23,00		
Bir kere	28	28,0		
Birden fazla	49	49,0		

Yatarak yapılan tedavi sayısı				
Hiç	6	6,0		
Bir kere	11	11,0		
Birden fazla	81	81,0		
Hiçbir uyuşturucu /uyarıcı madde kullanmadan geçen gün sayısı		533,202	1453,28	
Uyuşturucu /uyarıcı madde kullanımı nedeniyle ortaya çıkan sorunlar				
Okuldan ayrılma	30	30,0		
İş kaybı	59	59,0		
Yüklü miktarda maddi kayıp	85	85,0		
Boşanma, eşten /partnerden ayrılma	32	32,0		
Kaza	24	24,0		
Yaralanma	21	21,0		
Sosyal izolasyon	56	56,0		
Suçta Karışma	31	31,0		
Diğer	5	5,0		
Hakkında Alınmış Denetimli Serbestlik Tedbiri				
Var	45	45,0		
Yok	55	55,0		
Cezaevi Yatışı				
Var	22	22,0		
Yok	74	74,0		
Ailede uyuşturucu /uyarıcı madde kullanan kişi				
Var	9	9,0		
Yok	89	89,0		
Varsa bu kişi				
Kadeş	7	7,0		
Baba	2	2,0		
Diğer	1	1,0		
Yok	90	90,0		
Yaşamının herhangi bir döneminde hiç alkol kullanımı olmuş mu?				
Var	84	84,0		
Yok	6	6,0		

Son bir yıl içerisindeki alkol kullanma sıklığı		
1 kere	1	1,0
10 kez	1	1,0
14 kez	1	1,0
2 kez	2	2,0
4 kez	2	2,0
5 kez	1	1,0
ara sıra	3	3,0
ayda 1	3	3,0
ayda 2	1	1,0
Az	27	27,0
çok sık	21	21,0
haftada 1	5	5,0
haftada 3	2	2,0
her gün	3	3,0
Hiç	27	27,0
Son bir ay içerisindeki alkol kullanma sıklığı		
2 kere	5	5,0
3 kez	1	1,0
ara sıra	2	2,0
ayda 1	3	3,0
ayda 2	2	2,0
az	23	23,0
çok sık	20	20,0
haftada 1	3	3,0
haftada 2	1	1,0
haftada 3	2	2,0
Hiç	38	38,0
Sigara ve tütün mamülleri kullanma durumu		
Hiç Kullanmamış	1	1,0
Halen Kullanıyor	99	99,0

Tablo 3'te görüldüğü gibi, bireylerin uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanımına başlama yaş ortalamasının $18,85 \pm 5,918$ olduğu, katılımcıların %91'inin esrar, %62'sinin sentetik kabanis, %64'ünün kokain, %62'sinin ekstazi, %15'inin amfetamin, %30'unun metamfetamin, %9'unun halüsinojenler, %75'inin opiyatlar, %22'sinin uçucu maddeler (bali, tiner, uhu, çakmak gazı, soğutucu gazı), %31'inin kontrole tâbi ilaçlar ve %13'ünün maraş otu, G maddesi, ghb, speed, meskalin gibi maddeleri kullandığı belirlenmiştir. Tedaviye başlanmasına rağmen hastane yatışından önce katılımcılar Bonzai (%2), Diazem (%1), Ekstazi ve Ot (%1), Eroin (%75), Eroin ve Kokain (%2),

Esrar (%8), Kokain (%5), Kokain ve Esrar (%1), Kubar (%1), Metamfetamin (%2) ve Buprenorfin, Metadon (%1) kullanmaya devam etmektedir.

Katılımcıların %23'ü daha önce hiç ayakta tedavi almadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %28'i bir kere, %49'u ise birden fazla kere ayaktan tedavi görmüş olduğunu beyan etmiştir. Katılımcıların %6'sı daha önce hiç yatarak tedavi görmediklerini, halen ilk kez yatarak tedavi aldıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların düzenli madde kullanmaya başladıktan sonraki dönemde en uzun temiz kaldıkları süre sorulduğunda; uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmadan ortalama $533,202 \pm 1453,28$ gün geçirmiş oldukları bulgulanmıştır. Uyuşturucu madde kullanımına bağlı olumsuz sonuçlar sorgulandığında; katılımcılar uyuşturucu veya uyarıcı madde kullandıkları için %30'u okuldan, %59'u işten, %32'si eşinden ayrılırken, %85'i maddi kayıpla, %24'ü kazayla, %21'i yaralanmayla, %56'sı sosyal izolasyonla ve %31'i suça karışmayla karşı karşıya kalmışlardır. Katılımcıların %45'inin denetimli serbestliği bulunurken, %55'inde bulunmamaktadır. Katılımcıların %22'si cezaevinde yatmışlardır. Katılımcıların %9'unun ailesinde uyuşturucu veya uyarıcı madde kullananın olduğu ve bunların %7'sinin kardeşi, %2'sinin babası ve %1'inin diğeri olduğu görülmüştür. Katılımcıların %84'ünün yaşamının herhangi bir döneminde alkol aldığı belirlenmiştir. Son bir yıl içerisinde alkol alan katılımların %27'si az ve %21'i çok sık kullanırken ve 27'sinin hiç kullanmadığı görülmüştür. Katılımcıların %99'inin sigara veya tütün mamulleri kullandıkları görülmüştür. Katılımcıların %92'sinin başka alışkanlıkları bulunmazken %8'i kumar, internet, cep telefonu vb. alışkanlıkları olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 4. Ölçek ve Alt Boyutlara İlişkin Frekans Analizi Sonuçları

	N	Ortalama	Std. Sapma
Barratt Dürtüsellik Ölçeği	100	2,0235	0,1958
2. Sıra Faktör	Dikkatlilik Dikkatte Dürtüsellik	100	2,066
	Motor Dürtüsellik	100	1,9424
	Plansızlık Plan Yapmama	100	2,0739
	Dikkat	100	2,112
1. Sıra Faktör	Bilişsel Düzensizlik	100	1,995
	Motor	100	2,005
	İnatlaşma	100	1,8375
	Öz Kontrol	100	2,2217
	Bilişsel Karışıklık	100	1,896
			0,3127
Yıkıcı Davranış Bozukluğu	100	1,1605	0,5301
	Dikkat Eksikliği	100	1,3199
	Hiperaktivite	100	2,0017
	Karşıt Olma Karşı Gelme	100	1,5145
	Bozukluğu		0,6949
	Davranış Bozukluğu	100	0,7304
			0,6313

Tablo 4’te ortalama skorlarına bakıldığında;

- Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt boyutlarının ortalamasının 2 civarında yoğunlaştığı ve bu durumun ölçekte “Bazen” e denk geldiği belirlenmiştir.
- Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının ortalamasının 1 ve 2 civarında yoğunlaştığı ve bu durumda ölçekte sırası ile “Biraz” ve “Fazla” ya denk geldiği belirlenmiştir.

3.3. Araştırma Değişkenlerine Yönelik Bulgular

Barratt Dürtüsellik Ölçeğine ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama Değerlendirme Ölçeğine yönelik yapılan One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testinde anlamlılık (assymp.Sig.) kısmındaki değerler incelendiğinde sonuçların $p < ,001$ değeri olması sebebiyle parametrik olmayan testler uygulanacaktır.

Araştırmada dürtüsellik alt boyutları ve yıkıcı davranış bozuklukları için tarama değerlendirme alt boyutları araştırmanın değişkenlerini oluşturmaktadır. Barratt dürtüsellik ve alt boyutları puanlamaları 1 = “Nadiren/hiçbir zaman”, 2 = “Bazen”, 3 = “Sıklıkla” ve 4 = “Her zaman” olarak yapılırken yıkıcı davranış bozuklukları için tarama

değerlendirme ve alt boyutları puanlamaları 0 = “Yok”, 1 = “Biraz”, 2 = “Fazla” ve 3 = “Çok fazla” olarak yapılmıştır. Bu durum yıkıcı davranış bozuklukları için tarama değerlendirme ölçeğinin ortalamaların daha düşük çıkmasını neden olmaktadır. Araştırmanın bu kısmında araştırma değişkenlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilecek ve araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenecektir.

Tablo 5. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları

		N	Min.	Maks.	Toplam	Ort.	Std. Sapma
	Barratt Dürtüsellik Ölçeği	100	1,45	2,74	202,35	2,0235	,19576
2.	Dikkatlilik Dikkatte	100	1,38	2,88	206,60	2,0660	,24904
Sıra	Dürtüsellik						
Faktör	Motor Dürtüsellik	100	1,36	2,80	194,24	1,9424	,26006
	Plansızlık Plan	100	1,40	3,27	207,39	2,0739	,28905
	Yapmama						
1.	Dikkat	100	1,40	3,00	211,20	2,1120	,31351
Sıra	Bilişsel Düzensizlik	100	1,00	3,67	199,50	1,9950	,40372
Faktör	Motor	100	1,29	2,86	200,50	2,0050	,32601
	İnatlaşma	100	1,00	3,25	183,75	1,8375	,37742
	Oz Kontrol	100	1,33	3,50	222,17	2,2217	,40897
	Bilişsel Karışıklık	100	1,20	3,00	189,60	1,8960	,31267
	Yıkıcı Davranış Bozukluğu	100	,10	2,68	116,05	1,1605	,53006
	Dikkat Eksikliği	100	,00	3,00	131,99	1,3199	,66354
	Hiperaktivite	100	1,33	3,33	200,17	2,0017	,28531
	Karşıt Olma Karşı	100	,00	2,88	151,45	1,5145	,69494
	Gelme Bozukluğu						
	Davranış Bozukluğu	100	,00	2,73	73,04	,7304	,63128

Tablo 5’e göre, katılımcıların Barratt dürtüsellik ölçeğinden aldıkları ortalama puan $2,02 \pm ,19$ olarak bulunurken, yıkıcı davranış bozuklukları için tarama değerlendirme ölçeğinden aldıkları ortalama puan $1,16 \pm ,53$ olarak bulunmuştur. Ayrıca katılımcılar Barratt dürtüsellik ölçeğinin 2. sıra faktörünün alt boyutlarından olan dikkatlilik dikkatte dürtüsellikten ortalama $2,06 \pm ,24$ puan alırken, motor dürtüsellikten ortalama $1,94 \pm ,26$ ve plansızlık-plan yapmamadan ortalama $2,07 \pm ,28$ puan almışlardır. Bu durum 1. sıra alt boyutlarından olan dikkatten ortalama $2,11 \pm ,31$, bilişsel düzensizlikten ortalama $1,99 \pm ,40$, motordan ortalama $2,00 \pm ,32$, inatlaşmadan ortalama $1,83 \pm ,37$, öz kontrolden ortalama $2,22 \pm ,40$ ve bilişsel karışıklıktan ortalama $1,89 \pm ,31$ puan olarak görülmüştür. Katılımcılar yıkıcı davranış bozuklukları için tarama değerlendirme alt boyutlarından

olan dikkat eksikliğinden ortalama $1,31 \pm ,66$ puan alırken, hiperaktiviteden ortalama $2,00 \pm ,28$, karşıt olma karşı gelme bozukluğundan ortalama $1,51 \pm ,69$ ve davranış bozukluğundan ortalama $,73 \pm ,63$ puan almışlardır.

Bağımsız değişkenler arası ilişkiler parametrik olmayan Spearman Rho korelasyon katsayısı testi ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık için tip 1 hata değeri 0,05'in altında olan ($p < 0,05$) durumlar anlamlı kabul edilmiştir.

Yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde (Tablo 6.); aralarında anlamlı ilişki çıkmayanlar:

Dürtüsellik düzeyi ölçeği ile dikkat eksikliği ($p = ,984$) arasında,

Dikkatlilik dikkatte dürtüsellik ile inatlaşma ($p = ,515$), öz kontrol ($p = ,072$), bilişsel karışıklık ($p = ,053$), yıkıcı davranış bozukluğu ($p = ,462$), dikkat eksikliği ($p = ,740$), karşıt olma karşı gelme bozukluğu ($p = ,321$) ve davranış bozukluğu ($p = ,920$), aralarında,

Motor dürtüsellik ile dikkat ($p = ,537$), öz kontrol ($p = ,882$), yıkıcı davranış bozukluğu ($p = ,490$), dikkat eksikliği ($p = ,557$), karşıt olma karşı gelme bozukluğu ($p = ,738$) ve davranış bozukluğu ($p = ,065$) aralarında,

Plansızlık plan yapmama ile bilişsel düzensizlik ($p = ,182$), motor ($p = ,264$) ve dikkat eksikliği ($p = ,368$) aralarında,

Dikkat ile bilişsel düzensizlik ($p = ,954$), motor ($p = ,697$), inatlaşma ($p = ,614$), öz kontrol ($p = ,051$), bilişsel karışıklık ($p = ,216$), yıkıcı davranış bozukluğu ($p = ,194$), dikkat eksikliği ($p = ,701$), karşıt olma karşı gelme bozukluğu ($p = ,080$), ve davranış bozukluğu ($p = ,726$) aralarında,

Bilişsel düzensizlik ile inatlaşma ($p = ,568$), öz kontrol ($p = ,655$), yıkıcı davranış bozukluğu ($p = ,710$), dikkat eksikliği ($p = ,634$), karşıt olma karşı gelme bozukluğu ($p = ,818$), ve davranış bozukluğu ($p = ,997$) aralarında,

Motor ile inatlaşma ($p = ,413$), öz kontrol ($p = ,168$), yıkıcı davranış bozukluğu ($p = ,520$), dikkat eksikliği ($p = ,426$), karşıt olma karşı gelme bozukluğu ($p = ,678$), ve davranış bozukluğu ($p = ,189$) aralarında,

İnatlaşma ile öz kontrol ($p = ,057$), bilişsel karışıklık ($p = ,176$), yıkıcı davranış bozukluğu ($p = ,492$), dikkat eksikliği ($p = ,880$), karşıt olma karşı gelme bozukluğu ($p = ,955$), ve davranış bozukluğu ($p = ,073$) aralarında,

Öz kontrol ile bilişsel karışıklık ($p = ,976$), dikkat eksikliği ($p = ,174$) ve davranış bozukluğu ($p = ,058$) aralarında,

Bilişsel karışıklık ile yıkıcı davranış bozukluğu ($p = ,078$), dikkat eksikliği ($p = ,923$), karşıt olma karşı gelme bozukluğu ($p = ,116$), ve davranış bozukluğu ($p = ,108$) aralarında,

Yıkıcı davranış bozukluğu ile hiperaktivite ($p = ,474$) arasında,

Dikkat eksikliği ile hiperaktivite ($p = ,450$) arasında,

Hiperaktivite ile karşıt olma karşı gelme bozukluğu ($p = ,391$), ve davranış bozukluğu ($p = ,923$) aralarında anlamlı ilişki çıkmamıştır.

Ayrıca;

Dürtüsellik düzeyi ile motor dürtüsellik arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r = ,571$) ilişki görülmüştür ($p < ,001$). Diğer bir ifade ile Barratt dürtüsellik ölçeği arttıkça motor dürtüsellik artmaktadır.

Dürtüsellik düzeyi ile motor dürtüsellik arasında yüksek düzeyde pozitif anlamda ($r = ,691$) ilişki görülmüştür ($p < ,001$). Diğer bir ifade ile Barratt dürtüsellik arttıkça motor dürtüsellik artmaktadır.

Dürtüsellik düzeyi ile plansızlık plan yapmama arasında yüksek düzeyde pozitif anlamda ($r = ,713$) ilişki görülmüştür ($p < ,001$). Diğer bir ifade ile Barratt dürtüsellik arttıkça plansızlık plan yapmama artmaktadır.

Dürtüsellik düzeyi ile dikkat arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r = ,415$) ilişki görülmüştür ($p < ,001$). Diğer bir ifade ile Barratt dürtüsellik arttıkça dikkat artmaktadır.

Dürtüsellik düzeyi ile bilişsel düzensizlik arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r = ,483$) ilişki görülmüştür ($p < ,001$). Diğer bir ifade ile Barratt dürtüsellik arttıkça bilişsel düzensizlik artmaktadır.

Dürtüsellik düzeyi ile motor arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r=,548$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile Barratt dürtüsellik arttıkça motor artmaktadır.

Dürtüsellik düzeyi ile inatlaşma arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r=,453$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile Barratt dürtüsellik arttıkça inatlaşma artmaktadır.

Dürtüsellik düzeyi ile öz kontrol arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r=,484$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile Barratt dürtüsellik arttıkça öz kontrol artmaktadır.

Dürtüsellik düzeyi ile bilişsel karışıklık arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r=,546$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile Barratt dürtüsellik arttıkça bilişsel karışıklık artmaktadır.

Dürtüsellik düzeyi ile yıkıcı davranış bozukluğu arasında düşük düzeyde negatif (ters yönlü) anlamda ($r=-,246$) ilişki görülmüştür ($p=,014$). Diğer bir ifade ile Barratt dürtüsellik arttıkça yıkıcı davranış bozukluğu azalmaktadır.

Dürtüsellik düzeyi ile hiperaktivite arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r=,540$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile Barratt dürtüsellik arttıkça hiperaktivite artmaktadır.

Dürtüsellik düzeyi ile karşıt olma karşı gelme bozukluğu arasında düşük düzeyde negatif (ters yönlü) anlamda ($r=-,238$) ilişki görülmüştür ($p=,017$). Diğer bir ifade ile Barratt dürtüsellik arttıkça karşıt olma karşı gelme bozukluğu azalmaktadır.

Dürtüsellik düzeyi ile davranış bozukluğu arasında düşük düzeyde negatif (ters yönlü) anlamda ($r=-,287$) ilişki görülmüştür ($p=,004$). Diğer bir ifade ile Barratt dürtüsellik arttıkça davranış bozukluğu azalmaktadır.

Dikkatlilik dikkatte dürtüsellik ile motor dürtüsellik arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,231$) ilişki görülmüştür ($p=,021$). Diğer bir ifade ile dikkatlilik dikkatte dürtüsellik arttıkça motor dürtüsellik artmaktadır.

Dikkatlilik dikkatte dürtüsellik ile plansızlık plan yapmama arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,241$) ilişki görülmüştür ($p=,016$). Diğer bir ifade ile dikkatlilik dikkatte dürtüsellik arttıkça plansızlık plan yapmama artmaktadır.

Dikkatlilik dikkatte dürtüsellik ile dikkat arasında yüksek düzeyde pozitif anlamda ($r=,547$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile dikkatlilik dikkatte dürtüsellik arttıkça dikkat artmaktadır.

Dikkatlilik dikkatte dürtüsellik ile bilişsel düzensizlik arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r=,422$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile dikkatlilik dikkatte dürtüsellik arttıkça bilişsel düzensizlik artmaktadır.

Dikkatlilik dikkatte dürtüsellik ile motor arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,220$) ilişki görülmüştür ($p=,028$). Diğer bir ifade ile dikkatlilik dikkatte dürtüsellik arttıkça motor artmaktadır.

Dikkatlilik dikkatte dürtüsellik ile hiperaktivite arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,361$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile dikkatlilik dikkatte dürtüsellik arttıkça hiperaktivite artmaktadır.

Motor dürtüsellik ile plansızlık plan yapmama arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,210$) ilişki görülmüştür ($p=,036$). Diğer bir ifade ile motor dürtüsellik arttıkça plansızlık plan yapmama artmaktadır.

Motor dürtüsellik ile bilişsel düzensizlik arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r=,407$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile motor dürtüsellik arttıkça bilişsel düzensizlik artmaktadır.

Motor dürtüsellik ile motor arasında yüksek düzeyde pozitif anlamda ($r=,827$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile motor dürtüsellik arttıkça motor artmaktadır.

Motor dürtüsellik ile inatlaşma arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r=,567$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile motor dürtüsellik arttıkça inatlaşma artmaktadır.

Motor dürtüsellik ile bilişsel karışıklık arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r=,414$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile motor dürtüsellik arttıkça bilişsel karışıklık artmaktadır.

Motor dürtüsellik ile hiperaktivite arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,336$) ilişki görülmüştür ($p=,001$). Diğer bir ifade ile motor dürtüsellik arttıkça hiperaktivite artmaktadır.

Plansızlık plan yapmama ile dikkat arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,230$) ilişki görülmüştür ($p=,021$). Diğer bir ifade ile plansızlık plan yapmama arttıkça dikkat artmaktadır.

Plansızlık plan yapmama ile inatlaşma arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,220$) ilişki görülmüştür ($p=,027$). Diğer bir ifade ile plansızlık plan yapmama arttıkça inatlaşma artmaktadır.

Plansızlık plan yapmama ile öz kontrol arasında yüksek düzeyde pozitif anlamda ($r=,845$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile plansızlık plan yapmama arttıkça öz kontrol artmaktadır.

Plansızlık plan yapmama ile bilişsel karışıklık arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r=,467$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile plansızlık plan yapmama arttıkça bilişsel karışıklık artmaktadır.

Plansızlık plan yapmama ile yıkıcı davranış bozukluğu arasında düşük düzeyde negatif (ters yönlü) anlamda ($r=-,300$) ilişki görülmüştür ($p=,002$). Diğer bir ifade ile plansızlık plan yapmama arttıkça yıkıcı davranış bozukluğu azalmaktadır.

Plansızlık plan yapmama ile hiperaktivite arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r=,507$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile plansızlık plan yapmama arttıkça hiperaktivite artmaktadır.

Plansızlık plan yapmama ile karşıt olma karşı gelme bozukluğu arasında düşük düzeyde negatif (ters yönlü) anlamda ($r=-,244$) ilişki görülmüştür ($p=,014$). Diğer bir ifade ile plansızlık plan yapmama arttıkça karşıt olma karşı gelme bozukluğu azalmaktadır.

Plansızlık plan yapmama ile davranış bozukluğu arasında düşük düzeyde negatif (ters yönlü) anlamda ($r=-,260$) ilişki görülmüştür ($p=,009$). Diğer bir ifade ile plansızlık plan yapmama arttıkça davranış bozukluğu azalmaktadır.

Dikkat ile hiperaktivite arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,293$) ilişki görülmüştür ($p=,003$). Diğer bir ifade ile dikkat arttıkça hiperaktivite artmaktadır.

Bilişsel düzensizlik ile motor arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r=,452$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile bilişsel düzensizlik arttıkça motor artmaktadır.

Bilişsel düzensizlik ile bilişsel karışıklık arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,241$) ilişki görülmüştür ($p=,016$). Diğer bir ifade ile bilişsel düzensizlik arttıkça bilişsel karışıklık artmaktadır.

Bilişsel düzensizlik ile hiperaktivite arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,239$) ilişki görülmüştür ($p=,017$). Diğer bir ifade ile bilişsel düzensizlik arttıkça hiperaktivite artmaktadır.

Motor ile bilişsel karışıklık arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r=,433$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile motor arttıkça bilişsel karışıklık artmaktadır.

Motor ile hiperaktivite arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,272$) ilişki görülmüştür ($p=,006$). Diğer bir ifade ile motor arttıkça hiperaktivite artmaktadır.

İnatlaşma ile hiperaktivite arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,217$) ilişki görülmüştür ($p=,030$). Diğer bir ifade ile inatlaşma arttıkça hiperaktivite artmaktadır.

Öz kontrol ile yıkıcı davranış bozukluğu arasında düşük düzeyde negatif (ters yönlü) anlamda ($r=-,243$) ilişki görülmüştür ($p=,015$). Diğer bir ifade ile öz kontrol arttıkça yıkıcı davranış bozukluğu azalmaktadır.

Öz kontrol ile hiperaktivite arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,385$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile öz kontrol arttıkça hiperaktivite artmaktadır.

Öz kontrol ile karşıt olma karşı gelme bozukluğu arasında düşük düzeyde negatif (ters yönlü) anlamda ($r=-,199$) ilişki görülmüştür ($p=,047$). Diğer bir ifade ile öz kontrol arttıkça karşıt olma karşı gelme bozukluğu azalmaktadır.

Bilişsel karışıklık ile hiperaktivite arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,348$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile bilişsel karışıklık arttıkça hiperaktivite artmaktadır.

Yıkıcı davranış bozukluğu ile dikkat eksikliği arasında yüksek düzeyde pozitif anlamda ($r=,658$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile yıkıcı davranış bozukluğu arttıkça dikkat eksikliği artmaktadır.

Yıkıcı davranış bozukluğu ile karşıt olma karşı gelme bozukluğu arasında yüksek düzeyde pozitif anlamda ($r=,856$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile yıkıcı davranış bozukluğu arttıkça karşıt olma karşı gelme bozukluğu artmaktadır.

Yıkıcı davranış bozukluğu ile davranış bozukluğu arasında yüksek düzeyde pozitif anlamda ($r=,762$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile yıkıcı davranış bozukluğu arttıkça davranış bozukluğu artmaktadır.

Dikkat eksikliği ile karşıt olma karşı gelme bozukluğu arasında orta düzeyde pozitif anlamda ($r=,429$) ilişki görülmüştür ($p<,001$). Diğer bir ifade ile dikkat eksikliği arttıkça karşıt olma karşı gelme bozukluğu artmaktadır.

Dikkat eksikliği ile davranış bozukluğu arasında düşük düzeyde pozitif anlamda ($r=,250$) ilişki görülmüştür ($p=,012$). Diğer bir ifade ile dikkat eksikliği arttıkça davranış bozukluğu artmaktadır.



Tablo 6. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Spearman's rho Korelasyon Analizi Sonuçları

		Dikkatlilik Dikkatte Dürüstellik	Motor Dürüstellik	Plansızlık Plan Yapmama	Dikkat	Bilişsel Düzensizlik	Motor	İnatlaşma	Öz Kontrol	Bilişsel Karışıklık	Yıkıcı Davranış Bozukluğu	Dikkat Eksikliği	Hiperaktivite	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	Davranış Bozukluğu
Barratt Dürüstellik Ölçeği	r	,571**	,691*	,713*	,415*	,483*	,548*	,453*	,484*	,546*	-,246*	-,002	,540*	-,238*	-,287**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,014	,984	,000	,017	,004
Dikkatlilik Dikkatte	r		,231*	,241*	,779*	,547*	,220*	,066	,181	,194	-,074	-,034	,361*	-,100	,010
	p		,021	,016	,000	,000	,028	,515	,072	,053	,462	,740	,000	,321	,920
Motor Dürüstellik	r		1,000	,210*	,063	,407*	,827*	,567*	-,015	,414*	-,070	,059	,336*	-,034	-,0185
	p			,036	0,537	,000	,000	,000	,882	,000	,490	,557	,001	,738	,065
Plansızlık Plan	r			1,000	,230*	,135	,113	,220*	,845*	,467*	-	-,091	,507*	-,244*	-,260**
	p				,021	,182	,264	,027	,000	,000	,002	,368	,000	,014	,009
Dikkat	r				1,000	,006	,039	,051	,195	,125	-,131	-,039	,293*	-,176	-,036
	p					,954	,697	,614	,051	,216	,194	,701	,003	,080	,726
Bilişsel Düzensizlik	r					1,000	,452*	,058	,045	,241*	,038	,048	,239*	,023	,000
	p						,000	,568	,655	,016	,710	,634	,017	,818	,997
Motor	r						1,000	,083	-,139	,433*	-,065	,080	,272*	-,042	-,133
	p							,413	,168	,000	,520	,426	,006	,678	,189
İnatlaşma	r							1,000	,191	,136	-,069	-,015	,217*	-,006	-,180
	p								,057	,176	,492	,880	,030	,955	,073
Öz Kontrol	r								1,000	-,003	-,243*	-,137	,385*	-,199*	-,190
	p									,976	,015	,174	,000	,047	,058
Bilişsel Karışıklık	r									1,000	-,177	-,010	,348*	-,158	-,162
	p										,078	,923	,000	,116	,108
Yıkıcı Davranış Bozukluğu	r										1,000	,658**	-,072	,856**	,762**
	p											,000	,474	,000	,000
Dikkat Eksikliği	r											1,000	-,076	,429**	,250*
	p												,450	,000	,012
Hiperaktivite	r												1,000	-,087	-,010
	p													,391	,923
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	r													1,000	,651**
	p														0,000

3.4. Sosyodemografik Bilgiler ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Madde kullanım bozukluğu nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören bireylere ait yaş düzeyi, cinsiyet düzeyi, öğrenim düzeyi ve medeni durumu düzeyleri gibi bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişken olarak öngörülen ortalama ölçek skorları ile anlamlı bir ilişki olup olmadığı test edilecektir. İkili gruplar arası farklılıkların tespiti için parametrik olmayan test olarak Mann Whitney U testi kullanılırken çoklu gruplar arasında ise parametrik olmayan test olarak Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Madde kullanım bozukluğu nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören bireylere ait cinsiyet durumuna bakıldığında katılımcıların hepsi erkek çıkmıştır. Bu sebeple ikili gruplar arası farklılığa bakılmamıştır.

Tablo 7. Medeni Durum Düzeyleri ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı için Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları

	Medeni Durum	N	sd	χ^2	p
Barratt Dürtüsellik	Evli	33	2	,281	,869
	Bekar	58			
	Boşanmış /Dul	5			
Dikkatlilik Dikkatte Dürtüsellik	Evli	33	2	1,615	,446
	Bekar	58			
	Boşanmış /Dul	5			
Motor Dürtüsellik	Evli	33	2	,415	,813
	Bekar	58			
	Boşanmış /Dul	5			
Plansızlık Plan Yapmama	Evli	33	2	1,398	,497
	Bekar	58			
	Boşanmış /Dul	5			
Yıkıcı Davranış Bozukluğu	Evli	33	2	,672	,715
	Bekar	58			
	Boşanmış /Dul	5			
Dikkat Eksikliği	Evli	33	2	,146	,930
	Bekar	58			
	Boşanmış /Dul	5			
Hiperaktivite	Evli	33	2	1,269	,530
	Bekar	58			
	Boşanmış /Dul	5			
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	Evli	33	2	1,350	,509
	Bekar	58			
	Boşanmış /Dul	5			
Davranış Bozukluğu	Evli	33	2	1,384	,501
	Bekar	58			
	Boşanmış /Dul	5			

Tablo 7’de görüldüğü gibi, kişilerin dürtüsellik düzeyleri ve yıkıcı davranış bozukluğu ile medeni durum düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Kruskal Wallis H-testi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir [sırasıyla $\chi^2= ,281, ,672, 1,615, ,415, 1,398, ,146, 1,269, 1,350, 1,384$; $p > 0.05$].

Tablo 8. Eğitim Düzeyi ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları

	Eğitim Düzeyi	N	sd	χ^2	p
Barratt Dürtüsellik	Okur Yazar	1	4	10,124	,038
	İlköğretim	33			
	Lise	49			
	Üniversite/Yüksek okul	15			
	Yüksek Lisans ve üzeri	1			
Dikkatlilik Dikkatte Dürtüsellik	Okur Yazar	1	4	5,752	,218
	İlköğretim	33			
	Lise	49			
	Üniversite/Yüksek Okul	15			
	Yüksek Lisans ve üzeri	1			
Motor Dürtüsellik	Okur Yazar	1	4	6,081	,193
	İlköğretim	33			
	Lise	49			
	Üniversite/Yüksek Okul	15			
	Yüksek Lisans ve üzeri	1			
Plansızlık Plan Yapmama	Okur Yazar	1	4	10,124	,038
	İlköğretim	33			
	Lise	49			
	Üniversite/Yüksek okul	15			
	Yüksek Lisans ve üzeri	1			
Yıkıcı Davranış Bozukluğu	Okur Yazar	1	4	7,673	,104
	İlköğretim	33			
	Lise	49			
	Üniversite/Yüksek okul	15			
	Yüksek Lisans ve üzeri	1			
Dikkat Eksikliği	Okur Yazar	1	4	8,542	,074
	İlköğretim	33			
	Lise	49			
	Üniversite/Yüksek okul	15			
	Yüksek Lisans ve üzeri	1			
Hiperaktivite	Okur Yazar	1	4	2,909	,573
	İlköğretim	33			
	Lise	49			
	Üniversite/Yüksek Okul	15			
	Yüksek Lisans ve üzeri	1			
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	Okur Yazar	1	4	7,625	,106
	İlköğretim	33			
	Lise	49			
	Üniversite/Yüksek okul	15			
	Yüksek Lisans ve üzeri	1			
Davranış Bozukluğu	Okur Yazar	1	4	10,310	,036
	İlköğretim	33			
	Lise	49			
	Üniversite/Yüksek Okul	15			
	Yüksek Lisans ve üzeri	1			

Tablo 8’de görüldüğü gibi, kişilerin dürtüsellik düzeyleri ve yıkıcı davranış bozukluğu ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık oluşturduğu belirlenmiştir [sırasıyla $\chi^2= 10,124, 10,310$; $p < 0.05$].

Madde kullanım bozukluğu nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören bireylere ait yaşadığı yer düzeylerine bakıldığında katılımcıların çoğunluğu merkezde yaşadığı için gruplar arası farklılığa bakılmamıştır.

Tablo 9. Meslek Düzeyleri ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları

	Meslek Düzeyi	N	sd	χ^2	p
Barratt Dürtüsellik	İşsiz İşçi Memur Esnaf /Serbest meslek Öğrenci	27 26 2 30 9	4	2,713	,607
Dikkatlilik Dikkatte Dürtüsellik	İşsiz İşçi Memur Esnaf /Serbest meslek Öğrenci	27 26 2 30 9	4	6,248	,181
Motor Dürtüsellik	İşsiz İşçi Memur Esnaf /Serbest meslek Öğrenci	27 26 2 30 9	4	3,290	,510
Plansızlık Plan Yapmama	İşsiz İşçi Memur Esnaf /Serbest meslek Öğrenci	27 26 2 30 9	4	,525	,971
Yıkıcı Davranış Bozukluğu	İşsiz İşçi Memur Esnaf /Serbest meslek Öğrenci	27 26 2 30 9	4	1,101	,894
Dikkat Eksikliği	İşsiz İşçi Memur Esnaf /Serbest meslek Öğrenci	27 26 2 30 9	4	,789	,940
Hiperaktivite	İşsiz İşçi Memur Esnaf /Serbest meslek Öğrenci	27 26 2 30 9	4	1,940	,747
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	İşsiz İşçi Memur Esnaf /Serbest meslek Öğrenci	27 26 2 30 9	4	1,198	,878
Davranış Bozukluğu	İşsiz İşçi Memur Esnaf /Serbest meslek Öğrenci	27 26 2 30 9	4	2,255	,689

Tablo 9’da görüldüğü gibi, dürtüsellik düzeyleri ve yıkıcı davranış bozukluğu ile meslek düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Kruskal Wallis H-testi sonucunda meslek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir [sırasıyla $\chi^2= 2,713, 6,248, 3,290, 525, 1,101, ,789, 1,940, 1,198, 2,255$; $p > 0.05$].

Tablo 10. Gelir Düzeyi ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları

	Gelir Düzeyi	N	sd	χ^2	p
Barratt Dürtüsellik	1500 TL ve altı	22	2	6,134	,047
	1500 – 2500 TL	9			
	2500 TL üstü	55			
Dikkatlilik Dikkatte Dürtüsellik	1500 TL ve altı	22	2	2,881	,237
	1500 – 2500 TL	9			
	2500 TL üstü	55			
Motor Dürtüsellik	1500 TL ve altı	22	2	6,221	,045
	1500 – 2500 TL	9			
	2500 TL üstü	55			
Plansızlık Plan Yapmama	1500 TL ve altı	22	2	5,604	,061
	1500 – 2500 TL	9			
	2500 TL üstü	55			
Yıkıcı Davranış Bozukluğu	1500 TL ve altı	22	2	,079	,961
	1500 – 2500 TL	9			
	2500 TL üstü	55			
Dikkat Eksikliği	1500 TL ve altı	22	2	3,139	,208
	1500 – 2500 TL	9			
	2500 TL üstü	55			
Hiperaktivite	1500 TL ve altı	22	2	12,050	,002
	1500 – 2500 TL	9			
	2500 TL üstü	55			
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	1500 TL ve altı	22	2	,683	,711
	1500 – 2500 TL	9			
	2500 TL üstü	55			
Davranış Bozukluğu	1500 TL ve altı	22	2	,276	,871
	1500 – 2500 TL	9			
	2500 TL üstü	55			

Tablo 10’de görüldüğü gibi, dürtüsellik ve yıkıcı davranış bozukluğu ile gelir düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Kruskal Wallis H- testi sonucunda medeni durumları dikkatlilik, plansızlık, yıkıcı davranış bozukluğu, dikkat eksikliği, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir [sırasıyla $\chi^2= ,2,881, 5,604, ,079, 3,139, ,683, ,276 , ; p > 0.05$]. Dürtüsellik düzeylerinin gelir düzeyleri durumuna göre anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür [sırasıyla $\chi^2= 6,134, 6,221, 12,050; p < 0.05$].

Tablo 11. Ayakta Yapılan Tedavi ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları

	Ayakta Tedavi	N	sd	χ^2	p
Barratt Dürtüsellik	Hiç Bir kere Birden Fazla	23 28 49	2	6,941	,031
Dikkatlilik Dikkatte Dürtüsellik	Hiç Bir kere Birden Fazla	23 28 49	2	4,949	,084
Motor Dürtüsellik	Hiç Bir kere Birden Fazla	23 28 49	2	,303	,860
Plansızlık Plan Yapmama	Hiç Bir kere Birden Fazla	23 28 49	2	4,671	,097
Yıkıcı Davranış Bozukluğu	Hiç Bir kere Birden Fazla	23 28 49	2	2,394	,302
Dikkat Eksikliği	Hiç Bir kere Birden Fazla	23 28 49	2	,540	,763
Hiperaktivite	Hiç Bir kere Birden Fazla	23 28 49	2	3,446	,179
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	Hiç Bir kere Birden Fazla	23 28 49	2	5,002	,082
Davranış Bozukluğu	Hiç Bir kere Birden Fazla	23 28 49	2	7,563	,023

Tablo 11’de görüldüğü gibi, yıkıcı davranış bozukluğu ile ayaktan tedavi alıp almama durumu arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Kruskal Wallis H-testi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir [sırasıyla $\chi^2= 4,949, ,303, 4,671,$

2,394, ,540, 3,446, 5,002 ; $p > 0.05$]. Dürtüsellik düzeylerinin ayaktan tedavi alıp almama durumuna göre anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür [sırasıyla $\chi^2 = 6,941, 7,563$; $p < 0.05$].

Tablo 12. Yatarak Yapılan Tedavi ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Kruskal Wallis H-Testi Sonuçları

	Yatarak Tedavi	N	sd	χ^2	p
Barratt Dürtüsellik	Hiç	6	2	,876	,645
	Bir kere	11			
	Birden Fazla	81			
Dikkatlilik Dikkatte Dürtüsellik	Hiç	6	2	,879	,644
	Bir kere	11			
	Birden Fazla	81			
Motor Dürtüsellik	Hiç	6	2	1,878	,391
	Bir kere	11			
	Birden Fazla	81			
Plansızlık Plan Yapmama	Hiç	6	2	,378	,828
	Bir kere	11			
	Birden Fazla	81			
Yıkıcı Davranış Bozukluğu	Hiç	6	2	,499	,779
	Bir kere	11			
	Birden Fazla	81			
Dikkat Eksikliği	Hiç	6	2	1,534	,464
	Bir kere	11			
	Birden Fazla	81			
Hiperaktivite	Hiç	6	2	,786	,675
	Bir kere	11			
	Birden Fazla	81			
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	Hiç	6	2	,506	,766
	Bir kere	11			
	Birden Fazla	81			
Davranış Bozukluğu	Hiç	6	2	1,384	,501
	Bir kere	11			
	Birden Fazla	81			

Tablo 12’te görüldüğü gibi, dürtüsellik ve yıkıcı davranış bozukluğu ile yatarak yapılan tedavi olma durumu arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Kruskal Wallis H-testi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir [sırasıyla $\chi^2 = ,876, ,879, 1,878, ,378, ,499, 1,534, ,786, ,506, 1,384; p > 0.05$].

Tablo 13. Hakkında Alınmış Denetimli Serbestlik Durumu ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Mann Whitney U-Testi Sonuçları

	Denetimli Serbestlik	N	z	p
Barratt Dürtüsellik	Var	45	-,955	,339
	Yok	55		
Dikkatlilik Dikkatte Dürtüsellik	Var	45	-,420	,675
	Yok	55		
Motor Dürtüsellik	Var	45	-,811	,418
	Yok	55		
Plansızlık Plan Yapmama	Var	45	-,732	,464
	Yok	55		
Yıkıcı Davranış Bozukluğu	Var	45	-,059	,953
	Yok	55		
Dikkat Eksikliği	Var	45	-1,190	,234
	Yok	55		
Hiperaktivite	Var	45	-2,716	,007
	Yok	55		
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	Var	45	-1,074	,283
	Yok	55		
Davranış Bozukluğu	Var	45	-,305	,760
	Yok	55		

Tablo 13’de, Dürtüsellik düzeyi ile hakkında alınmış denetimde serbestlik kararı alıp almama durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Mann Whitney U-testi sonucunda anlamlı bir ilişki oluşturmadığı belirlenmiştir. [sırasıyla $z = -,955, -,420, -,811, -,732, -,059, -1,190, -1,074, -,305; p > 0,05$]. Yıkıcı davranış bozukluğu alt boyutu olan hiperaktivite düzeylerinin denetimde serbestlik kararı alıp almama durumuna göre anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür [$z = -2,716; p = 0,033$].

Tablo 14. Cezaevi Yatış Durumu ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Mann Whitney U-Testi Sonuçları

	Cezai Yatan	N	z	p
Barratt Dürtüsellik	Var	22	-2,937	,003
	Yok	74		
Dikkatlilik Dikkatte Dürtüsellik	Var	22	-,757	,449
	Yok	74		
Motor Dürtüsellik	Var	22	-3,230	,001
	Yok	74		
Plansızlık Plan Yapmama	Var	22	-,803	,422
	Yok	74		
Yıkıcı Davranış Bozukluğu	Var	22	-,432	,666
	Yok	74		
Dikkat Eksikliği	Var	22	-,480	,631
	Yok	74		
Hiperaktivite	Var	22	-2,684	,007
	Yok	74		
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	Var	22	-1,009	,313
	Yok	74		
Davranış Bozukluğu	Var	22	-,955	,320
	Yok	74		

Tablo 14’de görüldüğü gibi, yıkıcı davranış bozukluğu ile cezaevi yatışı olup olmama durumu arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Mann Whitney U-testi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.[sırasıyla $z = -2,937, -,757, -,803, -,432, -,480, -1,009, -,935$; $p > 0,05$] Dürtüsellik düzeylerinin cezaevi yatışı olup olmama durumu ile anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmüştür [$z = -2,937, -3,230, -2,684$; $p < 0,001$].

Tablo 15. Ailede Uyuşturucu /Uyarıcı Madde Kullanan Kişi Olma Durumu ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki Farklılığı İçin Mann Whitney U-Testi Sonuçları

	Ailede Uyuşturucu Kullanan	N	z	p
Barratt Dürtüsellik	Var	9	-2,030	,042
	Yok	89		
Dikkatlilik Dikkatte Dürtüsellik	Var	9	-,348	,728
	Yok	89		
Motor Dürtüsellik	Var	9	-2,766	,006
	Yok	89		
Plansızlık Plan Yapmama	Var	9	-,161	,872
	Yok	89		
Yıkıcı Davranış Bozukluğu	Var	9	-,849	,396
	Yok	89		
Dikkat Eksikliği	Var	9	-,493	,622
	Yok	89		
Hiperaktivite	Var	9	-1,544	,123
	Yok	89		
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	Var	9	-,234	,815
	Yok	89		
Davranış Bozukluğu	Var	9	-,111	,912
	Yok	89		

Tablo 15’de görüldüğü gibi, yıkıcı davranış bozukluğu ile ailesinde uyuşturucu madde kullanan kişi olma durumu arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Mann Whitney U-testi sonucuna göre anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. [sırasıyla z=-,348, -,161, -,849, -,493, -1,544, -,234, -,111; $p > 0,05$ Dürtüsellik düzeylerinin ailesinde uyuşturucu madde kullanan kişi olma durumuna göre anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür. [$z = -2,030, -2,766$; $p < 0,001$].

Tablo 16. Barratt Dürtüsellik ve Alt Boyutlarının Belirtilerinin Yıkıcı Davranış Bozukluğu Belirtilerini Etkileme Düzeyi

Model	Standardize edilmemiş regresyon katsayısına		Standardize edilmiş regresyon katsayısına						
	B	SS	β	t	Sig.	R	R ²	F	P
Sabit	1,948	,560		3,479	,001				
Barratt Dürtüsellik Ölçeği	4,843	26,703	1,789	,181	,856				
Dikkatlilik Dikkatte Dürtüsellik	-1,196	7,219	-,562	-,166	,869	,230	,053	1,322	,267
Motor Dürtüsellik	-1,838	9,736	-,902	-,189	,851				
Plansızlık Plan Yapmama	-2,191	9,734	-1,195	-,225	,822				

Tablo 16’da görüldüğü gibi kişilerin dürtüsellik düzeyi ve alt boyutlarının yıkıcı davranış bozukluğu belirtilerini anlamlı düzeyde ($R^2=,053$, $F_{(4,95)}=1,322$; $p=,267$) yordamadığı görülmektedir.

Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, değişkenlerin yıkıcı davranış bozukluğu üzerindeki önem sırası; Dürtüsellik, plansızlık plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkatlilik dikkatte dürtüsellik şeklindedir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre güçsüzlüğün açıklanmasına ilişkin regresyon eşitliği aşağıda verilmiştir:

Yıkıcı Davranış Bozukluğu = 1,948+ 4,843 X Barratt Dürtüsellik – 1,196 X Plansızlık Plan Yapmama – 1,838 X Motor Dürtüsellik – 2,191 X Dikkatlilik Dikkatte Dürtüsellik

TARTIŞMA

Bu araştırmada madde kullanım bozukluğu ile dürtüsellik düzeyleri ve yıkıcı davranış bozuklukları arasındaki ilişkilerin ve dürtüsellik düzeyleri ile yıkıcı davranış bozukluğu arasındaki ilişkilerin incelenmesi ve bunların sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin ortaya koyulması amaçlanmıştır. Elde edilen bulgular güncel literatür temel alınarak tartışılmıştır.

Literatüre bakıldığında madde kullanım bozukluğu nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören bireylerde dürtüsellik düzeyleri ve yıkıcı davranış bozukluğu ilişkisini doğrudan inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Nitekim madde kullanım bozukluğu olan bireylerde dürtüsellik sıklıkla ele alınan bir konudur.

Bu araştırmada ortalama madde kullanmaya başlama yaşı 18,85 olarak belirlenmiştir. Ayrıca bu araştırmada madde kullanım bozukluğu olan kişilerin dürtüsellik düzeyleri anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kollins (2002) çalışmasında dürtüsellik düzeyi yüksek bireylerde bağımlılık yapan maddelere başlama yaşının düştüğünü belirlemiştir. Bunun yanında dürtüsellik düzeyi yüksek olan kişiler, diğer bireylere göre daha fazla bağımlılık yapan madde kullanmaktadır. Literatürde dürtüsellik düzeyinin yüksek olmasıyla beraber madde kullanımına başlama yaşının düştüğü ortaya konulmuştur (Miller, 1991). Birçok araştırmada madde bağımlılarında dürtüsellik düzeyinin yüksek olduğu gösterilmiştir. (Moreno ve diğerleri, 2012; Vonmoos ve diğerleri, 2013; Bozkurt, 2012; Bozkurt ve diğerleri, 2013; Evren ve diğerleri, 2014; Evren ve diğerleri, 2014; Çalışkan, 2015; Köksal, 2016). Bu yönüyle bu araştırmanın sonuçları literatür ile tutarlılık göstermektedir.

Bu araştırmada katılımcıların yaş ortalaması 29'dur. Literatürde madde kullanım bozukluğu kapsamında yapılan araştırmalara bakıldığında katılımcıların yaş ortalamasının genellikle 29 civarında olduğu görülmektedir (Çalışkan, 2015; Düztaş, 2011; Turan, 2010).

Bu araştırmada katılımcıların tamamı erkektir (%100). Madde kullanım bozukluğuna ilişkin yapılan birçok araştırmada katılımcıların büyük kısmının ya da tamamının erkek olduğu görülmektedir. Madde kullanım bozukluğunun cinsiyete göre

farklılaştığı hemen her çalışmada ortaya konulmuştur. Bu araştırmayla paralel şekilde Düztaş (2011) ile Berk'in (2010) araştırmalarında da katılımcıların tamamı erkektir. Benzer biçimde çok sayıda araştırmada katılımcıların büyük kısmı erkeklerden oluşmaktadır. (Yüksel ve diğerleri, 2009; Damico ve diğerleri, 2008; Ögel ve Aksoy, 2007)

Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %27'si çalışmıyor iken, %58'i farklı meslek gruplarında çalışmaktadır. Kuştepe (2017) 'nin çalışmasında ise 26 (%74,3) kişi çalışıyor iken, 9 (%25,7) kişi ise çalışmamaktadır. Benzer bir araştırmada da ayaktan veya yatarak tedavi gören madde kullanım bozukluğu olan 100 kişinin yarısından fazlasının (60 kişi, %60) çalıştığı saptanmıştır (Ekinci ve diğerleri, 2015:14). Fakat sonuçlara yakınlık göstermeyen çalışmalar da literatürde vardır. Asan ve arkadaşlarının (2015:2) araştırmasında alkol ve madde kullanan 302 kişinin 138'sinin (%45,7) çalışmakta olduğu belirtilmiştir. Araştırmadan alınan sonuçlar ve literatür verileri incelendiğinde madde kullanım bozukluğunun kişinin iş hayatını negatif yönde etkilediği yorumu yapılabilir.

Bu araştırmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerin şimdiye kadar kullandığı maddelerin sıklığına bakıldığında %91'i esrar , %75'i opiyat ve %64'ü kokain olarak tespit edilmiştir. Kuştepe (2017)'nin araştırmasında 24 (%68,6) kişi esrar, 4 (%11,4) kişi alkol, 4 (%11,4) kişi eroin kullanmaktadır. Evren ve arkadaşlarının (2002:24) araştırmasında da ilk kullanılan madde dağılımı %43,9 ile esrar, %38,7 ile alkol ve %11 ile uçucu maddelerdir. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar ışığında madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ilk kullandığı maddenin genellikle esrar olduğu görülmüştür. Başka maddelere geçme evresinde esrarın kişilerde "başlangıç maddesi" olarak tercih edildiği söylenebilir.

Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerin eğitim düzeylerine bakıldığında %33'ü ilköğretim, %49'u lise, %15'i üniversite/yüksekokul mezunu olduğu görülmüştür. Ayrıca kişilerin mesleki durumlarına bakıldığında serbest meslek grubunda çalışanların oranı %30'dur. Katılımcıların çoğu (%92) şehirde yaşamaktadır. Yılmaz (2017)'nin çalışmasında da benzer şekilde kişilerin %60,3'ü ilkokul mezunu, %36,2'si serbest meslek erbabı olup çoğu şehirde yaşamaktadır.

Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerde dürtüsellik puanı ortalamaları 2,0235 olarak bulunmuştur. Bu puana göre bireylerin dürtüsellikleri yüksek seviyededir. Acton (2003) araştırmasında madde kullanım bozukluğunun yüksek dürtüsellik düzeyi sonucunda gerçekleştiğini açıklamaktadır. Yılmaz (2013) ise dürtüsellik düzeyinin madde kullanım bozukluğu sonrasında tedavinin ardından madde kullanmaya yönelik isteğin aşırı artması sonucunda yükseldiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca Kuştepe (2017)'nin araştırmasında önemli sonuçlardan biri madde kullanım bozukluğu olan bireylerin dürtüsellik seviyesinin sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek olmasıdır. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde motor dürtüsellik ortalama puanı 13,34 ($\pm 2,63$), plan yapmama dürtüsellik ortalama puanı 22,05 ($\pm 3,58$), dikkat ile ilişkili dürtüsellik ortalama puanı 30,97 ($\pm 8,13$), Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam ortalama puanı 66,37 ($\pm 13,22$) olarak saptanmıştır (Kuştepe, 2017). Bu araştırma bu yönüyle de literatürü desteklemektedir.

Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören bireylerin medeni durumu ile dürtüsellik düzeyleri ($p:0,869$), yıkıcı davranış bozukluğu ($p:0,715$) ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Bozkurt (2012) araştırmasında bu çalışmada elde edilen bulgu ile benzer bir sonuç elde etmiştir. Ayrıca katılımcıların büyük kısmı bekar ($\%58$). Literatürde madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi gören bireylerin medeni durumlarının genellikle bekar olduğu ortaya konulmuştur (Villa ve diğerleri, 2004; Doğanavşargil ve diğerleri, 2004; Şahiner, 2010; Yeşilova, 2017).

Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören bireylerin eğitim düzeyi ile dürtüsellik ($p:0,038$) ve yıkıcı davranış bozukluğu ($p:0,036$) belirtileri anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Literatürde de madde kullanım bozukluğunun eğitim düzeyi ile ilişkili olduğuna dair tespitler mevcuttur (Latvala, 2011, s. 33).

Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören bireylerin geçmişte cezaevi yatışı öyküsü olması ile yıkıcı davranış bozukluğu, dikkatlilik dikkatte dürtüsellik, plansızlık plan yapmama, dikkat eksikliği, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranış bozukluğu belirtileri arasında anlamlı bir ilişki

görülmezken; dürtüsellik, motor dürtüsellik ve hiperaktivite ile anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur. Diğer taraftan madde kullanım bozukluğu ile geçmişte denetimli serbestlik kararı alınmış olanların oranı %55 bulunmuştur. Çalışkan (2015) araştırmasında denetimli serbestlik tedbiri olan katılımcıların dürtüsellik toplam puan, motor dürtüsellik, dikkatsel dürtüsellik ve plansızlık dürtüsellik puanlarının anla puanlarının anlamlı bir değişim göstermediğini tespit etmiştir. Köksel (2016) 'nın araştırmasında araştırmada hastaların %63,5'inin madde kullanımı ile ilgili daha önce ya da süregelmekte olan yasal problem ile karşılaştıkları belirtilmiştir. Araştırmadaki yasal problemler ile ilgili sonuçlar diğer araştırmalar ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar ışığında, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin genel popülasyona göre daha fazla yasal problemler ile karşı karşıya kaldığı söylenebilir.

Bu araştırmada madde kullanım bozukluğu nedeniyle yatarak tedavi gören bireylerin ailesinde uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanımının olması ile yıkıcı davranış bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki görülmezken; dürtüsellik (p:0.042) ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatüre bakıldığında Güngör ve arkadaşlarının (2013) 'alkol bağımlılığı başlangıç yaşı ve aile öyküsünün dürtüsellik ve kompulsivite ile ilişkisi' adlı çalışmasında da benzer şekilde ailede uyuşturucu/uyarıcı madde kullanım öyküsü olup olmamasına göre dürtüsellik düzeylerinin anlamlı bir değişiklik göstermediği saptanmıştır.

Bu araştırmada bireylerin yıkıcı davranış bozukluğu görülme oranı düşük bulunmuştur (1,1605). Kate ve arkadaşlarının (2003) yaptığı 'çocukluk dönemi yıkıcı davranış bozuklukları ve genç yetişkinlikte madde kullanımı ve bağımlılık belirtileri arasındaki ilişki' adlı çalışmasında ise bu çalışmanın aksine madde kullanım bozukluğu olan bireylerde davranış bozukluğu ile orta derecede pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur.

Bu çalışmada bireylerin yıkıcı davranış bozukluğu alt boyutlarından karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, hiperaktivite ve dikkat eksikliği puanlarının bazı sosyodemografik değişkenler ile ilişkisine bakılmıştır. Gelir düzeyi yüksek olan bireylerin (%55) düşük gelir düzeyi olan bireylere göre yıkıcı davranış bozukluğu oranı daha yüksek (%22) bulunmuştur. Ayrıca bu kişilerin medeni durumları ile karşıt olma

karşı gelme bozukluğu, hiperaktivite ve dikkat eksikliği puanlarına bakıldığında bekar kişilerin (%58) bu alt ölçeklerden aldığı puanların evli bireylere (%33) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında Çalakoz ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında gelir düzeyi ile yıkıcı davranış bozukluğu arasında benzer bir ilişki görülürken (Y:%92,3, D%7,7); medeni durum ile benzer bir ilişki elde edilememiştir (E:%96,2, B:%3,8).



SONUÇ

Yapılan analizler sonucunda, Barrat dürtüsellik ölçeği için yapılan frekans analizi sonucuna göre verilen yanıtların ortalamalarının 2 civarında yoğunlaştığı ve bunun ölçekte “bazen” e denk geldiği görülmüştür. Yıkıcı Davranış Bozuklukları için tarama ve değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının ortalamasının 1 ve 2 civarında yoğunlaştığı ve bu durumun ölçekte sırası ile “Biraz” ve “Fazla” ya denk geldiği belirlenmiştir. Değişkenlerin alt ölçeklerine bakıldığında katılımcıların hiperaktivite düzeyleri ile dikkatlilikleri, motor dürtüsellikleri ve plansızlıkları arasında pozitif yönlü korelasyonlar bulunmuştur. Buna göre hiperaktivite düzeyi arttıkça, katılımcıların dikkatlilikleri, motor dürtüsellikleri ve plansızlıkları da artmaktadır. Ayrıca, katılımcıların karşıt olma düzeyleri ile plansızlıkları arasında negatif yönlü korelasyonlar bulunmuştur. Buna göre katılımcının karşıt olma düzeyi arttıkça plansızlığının azaldığı söylenebilir.

Araştırmada bunların yanı sıra, katılımcıların dürtüsellik düzeylerinin, yıkıcı davranış bozukluğu belirtileri üzerindeki etkisine bakılmıştır. Yapılan analiz sonucunda dürtüsellik düzeylerinin, yıkıcı davranış bozukluğu belirtilerini anlamlı bir şekilde etkilemediği görülmüştür.

Ayrıca standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, değişkenlerin yıkıcı davranış bozukluğu üzerindeki önem sırası; Dürtüsellik, plansızlık plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkatlilik dikkatte dürtüsellik şeklindedir.

Bu araştırma ile literatürde daha önce ele alınmamış bir ilişki araştırılmıştır. Daha sonraki çalışmalarda kadınların da örnekleme dahil edilmesi ve daha fazla katılımcı ile araştırmanın gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Araştırmamızda iki temel değişken arasında ilişkinin tespit edilmemiş olması örneklem boyutunun darlığındankaynaklanabilir. Bu nedenle daha geniş bir grupta yapılacak bir araştırma ile daha kapsamlı ve kanıt düzeyi daha yüksek sonuçlara ulaşılabilir.

KAYNAKÇA

- Acton, G. S. (2003). Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality traits: implications for substance use. *Subst Use Misuse*, 38(1), 67-83.
- Albayrak, S., & Balcı, S. (2014). Gençlerde Madde kullanım bozukluğu ve Önlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(2), 30-37.
- APA. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition.
- Apter, A., Van Praag, H. M., Plutchik, R., Sevy, S., Korn, M., & Brown, S. L. (1990). Interrelationships Among Anxiety, Aggression, Impulsivity, and Mood: A Serotonergically Linked Cluster? *Psychiatry Research*, 32(2), 191-199.
- ASAN, Ö., TIKIR, B., OKAY, İT., GÖKA, E., 2015."Bir AMATEM Birimine Başvuran Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri", *Bağımlılık Dergisi*, 16(1):1-8.
- Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between Anxiety and Depressive Disorders in Childhood and Adolescence. *Depression and Anxiety*, 14(2), 67-78.
- Babuna, C., & Bayhan, N. (2009). *Uyuşturucu-Bağımlılık Afeti ve Sorunları*. İstanbul: Karakutu Yayınları.
- Balcıoğlu, İ. (2001). *Şiddet ve Toplum*. İstanbul: Bilge Yayınları.
- Bardone, A., Moffitt, T., Caspi, A., Dickson, N., & Silva, P. (1996). Adult Mental Health and Social Outcomes of Adolescent Girls with Depression and Conduct Disorder. *Devel Psychopathol*, 8(4), 811-819.
- Basar, K., Sesia, T., Groenewegen, H., Steinbusch, H. W., Visser-Vandewalle, V., & Temel, Y. (2010). Nucleus Accumbens and Impulsivity. *Progress in Neurobiology*, 92(4), 533-557.
- Bassarath, L. M. (2001). Conduct Disorder: A Biopsychosocial Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(7), 609-616.

- Beauchaine, T. P., Gartner, J., & Hagan, B. (2000). Comorbid Depression and Heart Rate Variability as Predictors of Aggressive and Hyperactive Symptom
- Booth, M. (1997). *Haşhaştan Eroine Uyuşturucunun 6000 Yıllık Öyküsü*. (Ö. Arıkan, Çev.) İstanbul: Sabah Kitapçılık.
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y., Szatmari, P., Fleming, J. E., & Sanford, M. (1996). Identifying Thresholds for Classifying Childhood Psychiatric Disorder: Issues and Prospects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1440-1448.
- Bozkurt, M. (2012). Alkol ve Eroin Bağımlılığı Olan İki Ayrı Grupta Dürtüsellik ve Agresyonun Kişilik Özellikleri İle İlişkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Sağlık Bakanlığı.
- Bozkurt, M., Evren, C., Yılmaz, a., Can, Y., & Çetingök, S. (2013). Aggression And Impulsivity in Different Groups Of Alcohol And Heroin Dependent Inpatiend Men. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 23(4), 335-344.
- Cardinal, R. N., Pennicott, D. R., Lakmali, C., Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (2001). Impulsive Choice Induced in Rats by Lesions of the Nucleus Accumbens Core. *Science*, 292(5526), 2499-2501.
- Castaneda, A. E., Tuutio-Henriksson, A., Marttunen, M., Suvisaari, J., & Lonnqvist, J. (2008). A Review on Cognitive Impairments in Depressive and Anxiety Disorders with a Focus on Young Adults. *Journal of Affective Disorders*, 106(1- 2), 1-27.
- Cenkseven, F. (2003). Öfke Yönetimi Beceri Programının Ergenlerin Öfke ve Saldırganlık Düzeylerine Etkisi. *Eğitim Bilimleri ve Uygulama Dergisi*, 2(4), 153-167.
- Cohen, J. D., McClure, S. M., & Angela, J. Y. (2007). Should I Stay or Should I Go? How the Human Brain Manages the Trade-off between Exploitation and Exploration. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 362(1481), 933-942.
- Conner, D. F. (2002). *Agression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: Research and Treatment*. New York: Guildford.

- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanlı, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Coşkun, F. (2008). Gaziantep Üniversitesi Merkez Kampüsündeki Lisans Öğrencilerinde Alkol ve Madde Kullanma Durumu. *Uzmanlık Tezi*. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Çakaloz, B., Akay, A. P., Böber, E., & Günay, T. (2006). Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Eşlik Eden veya Etmeyen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Puberte Öncesi Erkek Olgularda Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(3), 149-155.
- Çakmak, D., & Evren, C. (2006). *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*. İstanbul: Özgül Matbaacılık.
- Çalışkan, N. (2015). Denetimli Serbestlik Tedbiri ile Tedavi Kararı Verilen Kannabis Kullanıcılarında Dürtüsellik ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Takip Sonuçları İle İlişkisi. *Uzmanlık Tezi*. Sağlık Bakanlığı.
- Çetin, Y. (2013). Madde Bağımlılığı ve Yalova Ölçeğinde Bağımlılık Algısı. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çöplü, L. (1994). *Sigara Dumanında Bulunan Zararlı Maddeler*. İstanbul: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları.
- Danışık, N. D. (2005). Ergenlerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. *Yüksek Lisans Tezi*. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
- Davison, G., & Neale, J. (2004). *Anormal Psikoloji*. (İ. Dağ, Çev.) İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Dilbaz, N. (2013). *Madde Kullanım Riski ve Madde Bağımlılığından Korunma*. Ankara:
- Dinç, M. (2010). *İnternet Bağımlılığı*. İstanbul: Ferfır Yayınları.

- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (1992). Age Effects in Parent Training Outcome. *Behavior Therapy*, 23(4), 719-729.
- Dulit, R. A., Fyer, M. R., & Hass, G. L. (1990). Substance Use in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147(8), 10002-10007.
- EGM-KOMDB. (2012). *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2012*. EGM-KOSMDB: Ankara.
- Ekici, H., 2015. "Yatarak Tedavi Gören Bonzai Bağımlılarında Benlik Saygısı ve Yönetici İşlevlerinin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul
- Erbay, E., Oğuz, N., Yıldırım, B., & Fırat, E. (2016). Alkol ve Madde Bağımlılığı Olan Bireylerin Başa Çıkma Tutumları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*(3), 598- 608.
- Ersche, K. D., Turton, A. J., Pradhan, S., Bullmore, E. T., & Robbins, T. W. (2010). Drug Addiction Endophenotypes: Impulsive Versus Sensation-Seeking Personality Traits. *Biol Psychiatry*(68), 770-773.
- Ertoğlu, M. N. (2013). Ankara AMATEM' de Alkol Tedavisi Gören Bireylerin Tedavi Sürecinde Karşılaştıkları Problemlerin Tedavi Motivasyonu ile Arasındaki İlişkiler ve Sosyal Hizmet Uygulamalarının İncelenmesi. *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Esin, İ. S., & Dursun, O. B. (2013). Okullarda Görülen Sorun Davranışlar ve Okul Ruh Sağlığı Uygulamaları: Bir Gözden Geçirme. *Derleme*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı.
- Esser, G., Schmidt, M. T., & Woerner, W. (1990). Epidemiology and Course of Psychiatric Disorders in School-age Children-results of a Longitudinal Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(2), 243-263.
- Evenden, J. (1999). Varieties of Impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-362.
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of Impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361.
- Evren, C., Bozkurt, M., Evren, B., Can, Y., Yiğiter, S., & Yılmaz, A. (2014).

- Evren, C., Ögel, K., & Uluğ, B. (2012). *Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Evren, C., Yılmaz, A., Can, Y., Bozkurt, M., Evren, B., & Umut, G. (2014). Severity Of Impulsivity And Aggression At A 12-Month Follow-Up Among Male Heroin Dependent Patients. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 24(2), 158-167.
- EVREN, EC., ÖGEL K., ÇAKMAK D., 2002. "Esrar Ve Meperidin (Petidin) Kullanım Bozukluğu Nedeni İle Yatarak Tedavi Gören Hastaların Özelliklerinin Karşılaştırılması", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1):20-27.
- Flory, K., Milich, R., Lynam, D. R., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2003). Relation between childhood disruptive behavior disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood: Individuals with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder are uniquely at risk. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(2), 151.
- Frick, P. J. (1998). *Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior*. New York: Plenum.
- Friedman, J. N., Oltmanns, T. F., Gleason, M. E., & Turkheimer, E. (2006). Mixed Impressions: Reactions of Strangers to People with Pathological Personality Traits. *Journal of Research in Personality*, 40(4), 395-410.
- Fulwiler, C., Eckstine, J., & Kalsy, S. (2005). Impulsive-aggressive traits, serotonin function, and alcohol-enhanced aggression. *J Clin Pharmacol*, 45(1), 94-100.
- Gedikli, H. (2017). *Evli ve Boşanmış Ebeveynlerin Ergen Çocuklarında Barrat Dürtüsellik Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Verilerle Birlikte Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gençtan, E. (2000). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*. İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Groenewegen, H. J., Wright, C. I., Beijer, A. V., & Voorn, P. (1999). Convergence and Segregation of Ventral Striatal Inputs and Outputs. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 877(1), 49-63.

- Güleç, C., Köroğlu, E., & Şenol, S. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Güngör, B. B., Gülseren, Ş., Dalmış, A., & Zorlu, N. (2013). Alkol Bağımlılığı Başlangıç Yaşı ve Aile Öyküsünün Dürtüsellik ve Kompulsivite İle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*(14), 267-274.
- Hart, C., Ksir, C., & Ray, O. (2008). *Drugs, Society and Human Behavior* (7 b.).
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., & Bourdin, C. M. (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behaviour in Children and Adolescents*. New York: Guilford Press.
- Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Wells, K. C., Kraemer, H. C., Abikoff, H. B., & Arnold, L. E. (2000). Family Processes and Treatment Outcome in the MTA: Negative/Ineffective Parenting Practices in Relation to Multimodal Treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 555–568.
- Hser, Y., Anglin, M. D., & Powers, K. A. (1993). 24-Year Follow-up of California Narcotics Addicts. *Archives of General Psychiatry*, 50(7), 577-584.
- İlhan, M. N., Arıkan, Z., Kotan, Z., Tunçoğlu, T., Pınarcı, M., Taşdemir, A., . . . Koçak,
- Jaffe, S. (2002). Pathways to Adversity in Young Adulthood Among Earlychildbearers. *Journal of Family Psychology*, 16(1), 38-49.
- Jentsch, J. D., & Taylor, J. R. (1999). Impulsivity Resulting from Frontostriatal Dysfunction in Drug Abuse: Implications for Control of Behavior by Reward- related Stimuli. *Psychopharmacology*, 146(4), 373-390.
- Karataş, Z. (2008). Öfke Yönetimi Programının Lise Öğrencilerinin Öfke Düzeylerini Azaltmadaki Etkisi. *Kriz Dergisi*, 16(3), 21-32.
- Kayaalp, S. O. (2009). *Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji* (Cilt 1). Ankara: Pelikan Yayınları.
- Kayaoglu, M. (2015). *Sorularla ve Örnek Vakalarla Öfke Kontrolü*. İstanbul: Nesil Yayınları.

- Keenan, K., Loeber, R., & Green, S. (1999). Conduct Disorder in Girls: A Review of the Literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(1), 3-19.
- Kısa, C., Yıldırım, S. G., & Goka, E. (2005). Ataklık ve Ruhsal Bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1), 46-54.
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Taylor, A., Pawlby, S. J., & Caspi, A. (2005). Maternal Depression and Children's Antisocial Behavior: Nature and Nurture Effects. *Archives of General Psychiatry*, 62(2), 173-181.
- Kollins, S. H. (2002). Delay Discounting Is Associated With Substance Use In College Students. *Addict Behav*(28), 1167-1173.
- Koob, F. G., & Bloom, F. E. (1988). Cellular and Molecular Mechanisms of Drug Dependence. *Science*, 242(4879), 715-723.
- Köknel, Ö. (1998). *Bağımlılık - Alkol ve Madde Bağımlılığı*. istanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Köksal, B. (2016). Madde Bağımlılarında Dürtüsellik ve Saldırganlığın İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Köroğlu, E. (2013). Alkol Madde Kullanım Bozuklukları. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, 244-246. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and Moderators of Treatment Effects in Randomized Clinical Trials. *Archives of General Psychiatry*, 59(10), 877-883.
- Kurt, S., & Kurt, E. (2007). *Uygulamada Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Suçları ve İlgili Mevzuat*. Ankara: Adalet Yayınları.
- Kuştepe, A. (2017). *Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Dürtüsellik ve Karmaşık Dikkat İşlevlerinin İncelenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.

- Lane, S. D., Cherek, D. R., Rhodes, H. M., Pietras, C. J., & Tcheremissine, O. V. (2003). Relationships Among Laboratory and Psychometric Measures of Impulsivity: Implications in Substance Abuse and Dependence. *Addict Disord Treat*(2), 33-40.
- Latvala, A. (2011). *Cognitive Functioning in Alcohol and Other Substance Use Disorders in Young Adulthood A Genetic Epidemiological Study*. National Institute for Health and Welfare: Research53/2011.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent Psychopathology: I. Prevalence and Incidence of Depression and Other DSM-III-R Disorders in High School Students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 133-144.
- Loeber, R., Burke, J. D., & Lahey, B. B. (2000). Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1482.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional Defiant a Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1468.
- Loeber, R., Lahey, B. B., & Thamas, C. (1991). The Diagnostic Conundrum of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 379-390.
- Markowitz, P. I., & Coccaro, E. F. (1995). Biological Studies of Impulsivity, Aggression and Suicidal Behaviour. E. Hollander, & D. Stein içinde, *Impulsivity and Aggression* (s. 71-91). New York: John Wiley and Sons.
- Maughan, B. (2001). Conduct Disorder in Context. J. Hill, & B. Maughan içinde, *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence* (s. 169-201). Cambridge : Cambridge University Press.
- McCown, W. G. (1988). Multi-impulsive Personality Disorder and Multiple Substance Abuse: Evidence from Members of Self-help Groups. *British Journal of Addiction*, 83(4), 431-432.

- Memiş, S. D. (2013). Bipolar I bozukluk tanılı ötimik hastalarda psikiyatrik eş tanılar, dürtüsellik ve bunların işlevsellik üzerine etkileri . *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Sağlık Bakanlığı.
- Miech, R., Caspi, A., Moffitt, T., Entner Wright, B., & Silva, P. (1999). Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation During Young Adulthood. *American Journal of Sociology*, 104(4), 1096-1131.
- Miller, L. (1991). Predicting Relapse and Recovery in Alcoholism and Addiction: Neuropsychology, Personlity, and Cognitive Style. *Journal of Substance Abuse Treatment*(8), 277-291.
- Mobini, S., Body, S., Ho, M. Y., Bradshaw, C., Szabadi, E., Deakin, J., & Anderson, I. (2002). Effects of Lesions of the Orbitofrontal Cortex on Sensitivity to Delayed and Probabilistic Reinforcement. *Psychopharmacology*, 160(3), 290-298.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Moffitt, T., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P. (2001). *Sex Differences in Antisocial Behaviour: Conduct Disorder, Delinquency, and Violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge: Cambridge University Press,.
- Moreno, M., Estevez, A. F., Zaldivar, F., Montes, J. M., Gutierrez, E. V., Esteban, L., Flores, P. (2012). Impulsivity Differences in Recreational Cannabis Users and Binge Drinkers in a University Population. *Drug and Alcohol Dependence*, 124(3), 355-362.
- Murray, H. W., Patkar, A. A., Mannelli, P., DeMaria, P., Desai, A. M., & Vergare, M. J. (2003). Relationship of Aggression, Sensation Seeking, and Impulsivity, with Severity of Cocain Use. *Addict Disord Treat*(2), 113-121.
- Murray, J., & Farrington, D. P. (2010). Risk Factors for Conduct Disorder and Delinquency: Key Findings from Longitudinal Studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 633-642.

- N. (2016). Prevalence and Socio-Demographic Determinants of Tobacco, Alcohol, Substance Use and Drug Misuse in General Population in Turkey. *Nöropsikiatri Arşivi*, 205-212.
- Navaro, L. (2007). *Tapınağın Öbür Yüzü - Bağıllık ve Bağımlılık Üzerine*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Olsson, M., Hansson, K., & Cederblad, M. (2006). A Long-term Follow-up of Conduct Disorder Adolescents into Adulthood. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(6), 469- 479.
- Ögel, K. (2001). *İnsan, Yaşam ve Bağımlılık Tartışmalar ve Gerekçeler*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Ögel, K. (2002). *Madde Bağımlılarına Yaklaşım ve Tedavi*. İstanbul: IQ Yayıncılık.
- Ögel, K. (2010a). *Madde Kullanımı ve Bağımlılığın Nedenleri: Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K. (2010b). *Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K., Çorapçıoğlu, A., Sır, A., Tamar, M., Tot, S., Doğan, O., . . . Liman, O. (2004). Türkiye’de Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 112-118.
- Ögel, K., Karalı, A., Tamar, D., & Çakmak, D. (1998). *Alkol ve Madde Bağımlılığı El Kitabı*. Ankara: AMATEM Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.
- Ölçek, N. (2010). Davranış Bozukluğu Tanısı Alan Hastaların Ailesel Değerlendirilmesi ve Ebeveynlerinin Psikiyatrik Tanı Dağılımı. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi.
- Özdamar, K. (1999). *Paket Program İle İstatistiksel Veri Analizi*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Özdemir, P. G., Selvi, Y., & Aydın, A. (2012). Dürtüsellik ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 293-314.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapları.

- Öztürk, O. M., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (11 b.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özver, İ. (2010). Genç Erişkinlerde İntihar Davranışı ile Problem Çözme, Dürtüsellik ve Atılganlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barrat, E. S. (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
- Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The Dark Triad of Personality: Narcissism, Machiavellianism, and Psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36(3), 556-563.
- Petry, N. M. (2001). Substance Abuse, Pathological Gambling, and Impulsiveness. *Drug Alcohol Depend*, 63(1), 29-38.
- Platt, J. J., & Labate, C. (1976). *Heroin Addiction: Theory, Research and Treatment*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Pothuizen, H. H., Jongen- Rêlo, A. L., Feldon, J., & Yee, B. K. (2005). Double Dissociation of the Effects of Selective Nucleus Accumbens Core and Shell Lesions on Impulsive-Choice Behaviour and Salience Learning in Rats. *European Journal of Neuroscience*, 22(10), 2605-2616.
- Preyde, M., & Adams, G. (2008). Foundations of Addictive Problems: Developmental, Social and Neurobiological Factors. C. Essau içinde, *Adolescent Addiction* (s. 3- 16). San Diego: Epidemiology, Assessment and Treatment.
- Ramklint, M., von Knorring, A. L., von Knorring, L. L., & Ekselius, L. (2002). Personality Disorders in Former Child Psychiatric Patients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(6), 289-295.
- Relationships Of Personality Dimensions With Impulsivityin Heroin Dependent Inpatient Men. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*(15), 8-14.

- Responsiveness During Inpatient Treatment of Conductdisordered, ADHD Boys. *Aggressive Behavior*, 26(6), 425-441.
- Robins, L. N. (1999). A 70 Year History of Conduct Disorder: Variations in Defination, Prevalance and Corralates. C. Cohen, C. Slomkowski, & L. N. Robins içinde, *Historical and Geografical Influences on Psycopathology* (s. 45-48). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Robins, L., & Rutter, M. (1990). *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood*. New York: Cambridge University Press.
- Rudebeck, P. H., Walton, M. E., Smyth, A. N., Bannerman, D. M., & Rushworth, M. F. (2006). Separate Neural Pathways Process Different Decision Costs. *Nature Neuroscience*, 9(9), 1161-1168.
- Ruma, P. R., Burke, R. V., & Thompson, R. W. (1996). Group Parent Training: Is It Effective for Children of all Ages? *Behavior Therapy*, 27(2), 159-169.
- Sağlık Bakanlığı. (2012). *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*.
- Sağtürk, Y., & Büyükakın, B. (1997). *Köstebek Yolu Eroin Dosyası*. İstanbul: Kastaş Yayınları.
- Sanal, Y. (2009). Uzun Yol Araç Sürücülerinde Madde Kullanımı, Maddeye Erişebilirlik ve Madde Testlerine Bakış Açısı. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü.
- Saygılı, S., & Çankırılı, A. (2014). *Anne Olma Sanatı*. İstanbul: Zafer Yayınları. Sayıl, I. (2000). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Öncü Basımevi.
- Schiraldi, G. R., & Kerr, H. M. (2002). *The Anger Management Sourcebook*. McGraw Hill Companies.
- Sevil, H. T. (1998). *Uyuşturucu Bağımlılığı, Tanımlar-Sorunlar Çözümler*. Ankara: Sabev Yayınları.

- Simonoff, E., Elander, J., & Holmshav, J. (2004). Predictors of Antisocial Personality. *British Journal of Psychiatry*, 184, 118-127.
- Sipahioğlu, Ö. (2008). Farklı Risk Gruplarındaki Ergenlerin Psikolojik Sağlamlıklarının İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi.
- Siyez, D. M. (2013). *Ergenlerde Problem Davranışlar* (4 b.). Ankara: Pegem Akademi.
- Soykan, Ç. (2003). Öfke ve Öfke Yönetimi. *Kriz Dergisi*, 11(2), 19-27.
- Steiner, H. (1997). Practice Parameters For the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), 122S-39S.
- Şimşek, N. (2010). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Birey ve Ailesinin Hemşirelik Bakımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 96-99.
- T.C. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Tamar, D., Ögel, K., & Çakmak, D. (1997). *Uyuşturucu Madde Kullanımını Aile Üstüne Etkisi*. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı.
- Taner, S. (2005). Boğaziçi Üniversitesi Lisans Öğrencilerinin Sigara Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı ve Belirtilen Risk Faktörlerinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tansel, B. (2006). Üniversite Öğrencilerinin Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Mersin: Mersin Üniversitesi .
- Tarhan, N. (2006). *Duyguların Dili*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Tarhan, N., & Nurmedov, S. (2011). *Bağımlılık, Sanal veya Gerçek*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Taşkent, A. (2010). Alkol ve/veya Madde Bağımlıları ile Bağımlılığı Olmayan Bireylerin Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağımlılık Şiddetinin Savunma Mekanizmaları Üzerindeki

- Etkisinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tekalan, A. (2012). Uyuşturucu Maddelere Genel Bir Bakış. Yeşilay, Bağımlılık Tedavisi. *Aylık Sağlık, Eğitim ve Kültür Dergisi*, 87(936), 30-32.
- Temel, Z. F., & Aksoy, A. B. (2014). *Ergen ve Gelişimi - Yetişkinliğe İlk Adımı*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Thomsen, P. H. (1990). The Prognosis in Early Adulthood of Child Psychiatric Patients: A Case Register Study in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(1), 89- 93.
- Toker, T., Tiryaki, A., Özçürümez, G., & İskender, B. (2011). Madde Kullananlarda Çocukluk Örselenme Yaşantılarının, Madde Kullanma Eğilimi, Benlik Saygısı ve Başa Çıkma Tutumları ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 83-92.
- Tosun, M. (2008). Madde Bağımlılığına Genel Bakış. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar*, 201-220. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.
- Türkiye’de Gençlik ve Uyuşturucu Madde Sorunu*. İstanbul: SEKAM.
- UNODC. (2014). *World Drug Report 2014*. Şubat 24, 2019 tarihinde https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf adresinden alındı
- Uyan, Z. (2008). Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Sıklığının Araştırılması. *Uzmanlık Tezi*. Ankara Üniversitesi.
- Uzbay, İ. T. (2009a). Madde Bağımlılığı. *Silahlı Kuvvetler Dergisi*(399), 99-115.
- Uzbay, İ. T. (2009b). Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *MİSED Türk Eczacıları Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*(21-22), 5-15.
- Uzbay, İ. T., & Yüksel, N. (2003). Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı. N. Yüksel içinde, *Psikofarmakoloji* (s. 485-520). Ankara: Çizgi Tıp Kitabevi.

- Uzbay, İ. T., Usanmaz, S., & Akarsu, E. S. (2000). Effects of Chronic Ethanol Administration on Serotonin Metabolism in the Various Regions of the Rat Brain. *Neurochemical Research*(25), 257-262.
- Vatandaş, C., Can, B., Mahitapoğlu, H., Yaman, V., Kırbaşoğlu, & Z. (2016).
- Verheul, R., Kranzler, H. R., Poling, J., Tennen, H., & Ball, S. (2000). Co-occurrence of Axis I and Axis II Disorders in Substance Abusers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(2), 110-118.
- Vonmoos, M., Hulka, L. M., Preller, K. H., Jenni, D., Schulz, C., Baumgartner, M. R., & Quednowa, B. (2013). Differences in SelfReported And Behavioral Measures of Impulsivity in Recreational and Dependent Cocaine Users. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(1), 61-70.
- Wallis, J. D., & Kennerley, S. W. (2010). Heterogeneous Reward Signals in Prefrontal Cortex. *Current Opinion in Neurobiology*, 20(2), 191-198.
- WHO. (2004). Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence: Summary.
- Wilde, J. (2001). Öfke Sorunu Yaşayan Çocuklara Yönelik Uygulamalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 39(1), 135-144.
- Winstanley, C. A., Eagle, D. M., & Robbins, T. W. (2006). Behavioral Models of Impulsivity in Relation to ADHD: Translation between Clinical and Preclinical Studies. *Clinical Psychology Review*, 26(4), 379-395.
- Winstanley, C. A., Theobald, D. E., Cardinal, R. N., & Robbins, T. W. (2004). Contrasting Roles of Basolateral Amygdala and Orbitofrontal Cortex in Impulsive Choice. *Journal of Neuroscience*, 24(20), 4718-4722.
- Yancar, C. (2005). Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi*. Sağlık Bakanlığı.

- Yeşilova, E. (2017). *Üsküdar Üniversitesi Lisans ve Yüksek Lisans Öğrencilerinde Sigara Bağımlılığında Dürtüsellik ve Benlik Saygısı İlişkisinin İncelenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Yılmaz, N. (2017). *Ayakta Tedavi Gören Sentetik Kannabinoid Bağımlılarında Aleksitimi, Saldırganlık ve Dürtüsellik İlişkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yüncü, Z., & Savaş, H. A. (2007). Madde Kullanım Bozukluklarında Genetik: Bir Gözden Geçirme. *Bağımlılık Dergisi* (8), 146-152.
- Ziyalar, A. (1999). *Sosyal Psikiyatri*. İstanbul: Yüce Yayınları.
- Zoccolillo, M., Pickles, A., Quinton, D., & Rutter, M. (1992). The Outcome of Childhood Conduct Disorder: Implication for Defining Adult Personality Disorder and Conduct Disorder. *Psychological Medicine*, 22(4), 971-986.

EKLER

Ek 1. Anket Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Katılımcı No:

Adı ve Soyadının Baş Harfleri:

1.Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

2.Yaş:

3.Medeni durum: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış /Dul

4.Eğitim düzeyi: ☐ Eğitimsiz ☐ Okur-Yazar ☐ İlköğretim (İlkokul /Ortaokul)

☐ Lise ☐ Üniversite /Yüksek okul ☐ Yüksek Lisans ve üzeri

5.Yaşadığı Yer: ☐ Merkez ☐ Kasaba ☐ Köy

6.Meslek ve Gelir Durumu:

6a. Güncel mesleki durum:

☐ İşsiz /Çalışmıyor ☐ İşçi ☐ Memur ☐ Esnaf /Serbest meslek ☐ Öğrenci

6b. Aylık gelir düzeyi (2017 yılı asgari ücret yaklaşık 1500 TL):

☐ 1500 TL ve altı ☐ 1500 – 2500 TL ☐ 2500 TL üstü

7.Uyuşturucu /uyarıcı madde kullanımına başlama yaşı:

8.Şimdiye kadar kullanılan uyuşturucu /uyarıcı maddeler (en az bir kez denenmiş olanlar da dahil):

☐ Esrar (Joint, Ot, Marihuana, Yaban otu, Kenevir, Haşış, Kubar, Skunk, Afgan macunu)

☐ Sentetik Kanabis (Bonzai, Jamaika, Katkılı Kubar) ☐ Kokain (Line, Coke, Kar, Taş, Crack)

☐ Ekstazi (Şeker, Hap, MDMA) ☐ Amfetamin (Kaptagon, Ritalin)

☐ Metamfetamin (Kristal, Buz, Cam, Ice) ☐ Halüsinojenler (LSD, Asit, Mantar, Melek tozu, PCP)

☐ Opiyatlar (Eroin, Peynir, Koreks, Subokson, Metadon, Afyon, Morfin, Kodein) ☐ Uçucu maddeler (Bali, Tiner, Uhu, Çakmak gazı, Soğutucu gazı)

☐ Kontrole tâbi ilaçlar (Xanax, Diazem, Rivotril, Roş, Ativan, Akineton)

☐ Diğer (Maraş otu, G maddesi, GHB, Speed, Meskalin, Ketamin, Boru otu, Nitritler, Poppeers)

9.Halen kullanmakta olunan uyuşturucu /uyarıcı madde(ler):

10.Daha önce uyuşturucu /uyarıcı madde kullanımı nedeniyle yapılan tedaviler:

11.Hiçbir uyuşturucu /uyarıcı madde kullanmadan (temiz) durabildiği en uzun süre (remisyon):

12.Uyuşturucu /uyarıcı madde kullanımı nedeniyle ortaya çıkan sorunlar:

- ☐ Okuldan ayrılma ☐ İş kaybı
☐ Yüklü miktarda maddi kayıp
☐ Boşanma, eşten /partnerden ayrılma ☐ Kaza
☐ Yaralanma
☐ Sosyal izolasyon ☐ Suça karışma
☐ Diğer (belirtiniz): ...

12a. Ayaktan yapılan tedavi sayısı: ☐ Hiç ☐ Bir kere ☐ Birden

12b. Yatarak yapılan tedavi sayısı: ☐ Hiç ☐ Bir kere ☐ Birden

13.Suç Öyküsü:

Kullanmak için uyuşturucu /uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmamak suçundan dolayı;

13a.Hakkında Alınmış Denetimli Serbestlik Tedbiri: ☐ Var ☐ Yok

13b.Cezaevi Yatışı: ☐ Var ☐ Yok

14.Aile Öyküsü:

14a.Ailede uyuşturucu /uyarıcı madde kullanan kişi(ler): ☐ Var ☐

Yok

14b. Varsa bu kişi: ☐ Kardeş ☐ Baba ☐ Anne ☐ Eş /Partner

☐ Diğer (belirtiniz):

15.Bağımlılık Komorbidite:

15a. Alkol kullanma durumu:

1.Yaşamının herhangi bir döneminde hiç alkol kullanımı olmuş mu? ☐ Evet ☐ Hayır

2.Son bir yıl içerisindeki alkol kullanma sıklığı:

3.Son bir ay içerisindeki alkol kullanma sıklığı:

15b.Sigara ve tütün mamülleri kullanma durumu:

☐ Hiç kullanmamış ☐ Kullanıp bırakmış ☐ Halen kullanıyor

15c.Diğer (Varsa belirtiniz...):

Kumar, İnternet, Oyun, Cep Telefonu, Alışveriş, Seks, vd. bağımlılıklar

Ek 2. Anket Formu

YIKICI DAVRANIM BOZUKLUKLARI İÇİN DSM-IV'e DAYALI TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TURGAY 95)

I. BÖLÜM

A-DİKKATSİZLİK

SORUN	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1) Dikkatini ayrıntılara veremez yada okul ödevlerinde işinde yada diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2) Üzerine aldığı görevlerde yada oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3) Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4) Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri yada işyerindeki görevlerini tamamlayamaz.	0	1	2	3
5) Görev ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.	0	1	2	3
6) Uzun süreli dikkat gerektiren (okul ödevi- ev ödevi gibi) kaçınır.	0	1	2	3
7) Üzerine aldığı görevlerde yada etkinliğe ait eşyaları (kalem- kitap- oyuncak araç- gereçgibi) kaybeder.	0	1	2	3
8) Dikkatini kolayca dağılır.	0	1	2	3
9) Günlük etkinliklerde unutkanır.	0	1	2	3
IA bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	/9			
IA bölümünde alınan toplam puan	/27			

B- AŞIRI HAREKETLİLİK-DÜRTÜSELLİK AŞIRI AŞIRI HAREKETLİLİK

SORUN	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
10) Elleri ayakları kıtır kıtır yada oturdurduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11) Sınıfta yada oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturmaz.	0	1	2	3
12) Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşuşturur yada tırmanır (Gençlerde yada erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir)	0	1	2	3
13) Sakince oyun oynamakta yada boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker	0	1	2	3
14) Hep hareket halindedir yada motor takmış gibi hareket eder.	0	1	2	3
15) Çok konuşur	0	1	2	3

DÜRTÜSELLİK

SORUN	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
16) Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17) Sıraasını beklemede güçlük çeker.	0	1	2	3
18) Başkalarının sözünü keser yada yaptıklarının arasına girer. (Baskalarının konuşmalarına yada oyunlarına burnunu sokar.	0	1	2	3
IB Bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	/9			
IB Bölümünde alınan toplam puan	/27			
IA ve IB bölümlerinde karşılanan toplam ölçüt sayısı	/18			
Bölüm IA ve IB'nin toplam puanı	/54			

II. BÖLÜM

SORUN

SORUN	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19) Kontrolünü kaybeder.	0	1	2	3
20) Erişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
21) Kurallara ve isteklere karşı çıkar yada reddeder.	0	1	2	3
22) Başkalarını isteyerek rahatsız eder.	0	1	2	3
23) Hataları yada yanlış davranışları için başkalarını suçlar.	0	1	2	3
24) Alındır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
25) Kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26) Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister	0	1	2	3
II. Bölümde karşılanan ölçüt sayısı	/18			
II. Bölümde alınan toplam puan	/24			

III. BÖLÜM

SORUN

A-İnsanlara ve Hayvanlara Karşı Saldırganlık

SORUN	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
27) Kabadayılık eder, tehdit eder yada göz dağı verir.	0	1	2	3
28) Kavga dövüş başlatır.	0	1	2	3
29) Başkalarına ciddi bir şekilde fiziksel zarar vererek silah (sopa-taş kırık şişe-bıçak) kullanır.	0	1	2	3
30) İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3

31)	Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
32)	Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırganlıkla soygun, çanta kapıp kaçma, tehdit ile soyma, silahlı soygun) yapar.	0	1	2	3
33)	Başka birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
B- Mala Zarar Verme					
34)	Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
35)	Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir.(yangın dışında)	0	1	2	3
C-Dolandırıcılık yada Hızsızlık					
36)	Başkalarının evine,binasına yada aracına zorla girer.	0	1	2	3
37)	Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak yada sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler. (başkalarını atlatır)	0	1	2	3
38)	Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar. (mağazalardan mal çalma)	0	1	2	3
SORUN					
D.Kuralları Ciddi Biçimde Bozma					
39)	13 yaşından öncesinden başlayarak ailenin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir.	0	1	2	3
40)	Anne-Babasının yada onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmış olma (yada uzun süreli dönmemişse bir kez).	0	1	2	3
41)	13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçma.	0	1	2	3
III. Bölümde karşılanan toplam ölçüt sayısı		/15			
III. Bölümden alınan toplam puan		/45			
I,II,III. Bölümlerde karşılanan toplam ölçüt sayısı		/41			
Her üç bölümden alınan toplam puan		123			

Psikiyatrist Dr. Sayın Atilla TURGAY tarafından hazırlanmıştır.

Ek 3: Anket Formu

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

		Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1.	İşlerimi dikkatle planlarım				
2.	Düşünmeden iş yaparım				
3.	Hızla karar veririm				
4.	Hiçbir şeyi dert etmem				
5.	Dikkat etmem				
6.	Uçuşan düşüncelerim var				
7.	Seyahatlerimi çok önceden planlarım				
8.	Kendimi kontrol edebilirim.				
9.	Kolayca konsantre olurum				
10.	Düzenli para biriktirim				
11.	Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam				
12.	Dikkatli düşünen birisiyim				
13.	İş güvenliğine dikkat ederim				
14.	Düşünmeden bir şeyler söylerim				
15.	Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.				
16.	Seyahatlerimi çok önceden planlarım				
17.	Sık sık iş değiştiririm				
18.	Düşünmeden hareket ederim				
19.	Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
20.	Aklıma estiği gibi hareket ederim				
21.	Düşünerek hareket ederim				
22.	Sıklıkla evimi değiştiririm				
23.	Düşünmeden alışveriş yaparım				
24.	Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.				
25.	Hobilerimi değiştiririm				
26.	Kazandığımdan daha fazla harcarım.				
27.	Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.				
28.	Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.				
29.	Derslerde veya sinemada rahat oturamam.				
30.	Yap-boz/puzzle çözmeyi severim				

ÖZGEÇMİŞ

4 Haziran 1993 Aksaray doğumluyum. İlköğretim, ortaokul ve lise eğitimimi burada tamamladıktan sonra üniversite eğitimimi Maltepe Üniversitesi Psikoloji(İngilizce) bölümünde bitirdim. 2016 yılında Klinik Psikoloji eğitimine başladım.

İlhan Yağmur İLERİ

