

Danışma Kurulu /Advisory Board**Bağımlılık/Dependence**

Yıldız Akvardar, M.D.
Zehra Arıkan, M.D.
Cahide Aydın, M.D.
Hakan Coşkunol, M.D.
Ulaş M. Çamsarı, M.D.
Elif Dağlı, M.D.
Nesrin Dilbaz, M.D.
Aslıhan Eslek, M.D.
Ertuğrul Eşel, M.D.
Cüneyt Evren, M.D.
Elif Mutlu, M.D.
Gürkan Odabaşoğlu, M.D.
Kültegin Ögel, M.D.
Özgür Öztürk, M.D.
Ömer Saatçioğlu, M.D.
Haluk A. Savaş, M.D.
Lut Tamam, M.D.
Defne Tamar, M.D.
Levent Tokuçoğlu, M.D.
Musa Tosun, M.D.
Ahmet Türkcan, M.D.
Berna Uluğ, M.D.
Görkem Yaraş, M.D.
İlhan Yargıç, M.D.
Zeki Yüncü, M.D.
Nabi Zorlu, M.D.

Genel Psikiyatri/General Psychiatry

Umut Mert Aksoy, M.D.
Köksal Alptekin, M.D.
Abdurrahman Altındağ, M.D.
Hamdullah Aydın, M.D.
Sabri Burhanoglu, M.D.
Behçet Coşar, M.D.
Aytül Çorapçioğlu Özdemir, M.D.
Mesut Çetlin, M.D.
Orhan Doğan, M.D.
Burak Doğançün, M.D.
Servet Ebrinç, M.D.
Defne Eraslan, M.D.
Habib Erensoy, M.D.
Hüsnü Erkmen, M.D.
Hasan Herken, M.D.
Erdal Işık, M.D.
Umut Işık, M.D.
Oğuz Karamustafaoğlu, M.D.
Bülent Kayahan, M.D.
İsmet Kırpınar, M.D.
Ceren Korulsan Öğütcen, M.D.
Belinda Maşalı, M.D.
Mert Savrun, M.D.
Gökben Hızlı Sayar, M.D.
Ender Taner, M.D.
Hakan Türkçapar, M.D.
Aylin Uluşahin, M.D.
Süheyla Ünal, M.D.
Yankı Yazgan, M.D.
Nevzat Yüksel, M.D.
Şahika Yüksel, M.D.
Baybars Veznedaroğlu, M.D.

Farmakoloji / Pharmacology

Serap Annette Akgür, M.D.
Nuri Kalyoncu M.D.
Esra Sağlam, M.D.
İ. Tayfun Uzbay, M.D.

Adli Psikiyatri / Forensic Psychiatry

Ersi Abacı Kalfaoğlu, Ph.D.
Nevzat Alkan, M.D.
İbrahim Balçioğlu, M.D.
Gökhan Oral, M.D.

Psikoterapi / Psychotherapy

Falih Köksal, Ph.D.
Mine Özmen, M.D.
Tevfika Tunaboylu İkiz, Ph.D.

Nöropsikoloji/Neuropsychology

Metehan Irak, Ph.D.

Halk Sağlığı / Public Health

Mustafa N. İlhan, M.D.
Hilal Özcebe, M.D.
Yıldız Tümerdem, M.D.

İmtiyaz Sahibi / Owner

İmpuls Yayıncılık Hizmetleri adına

Yasin Genç

Fişekhane Cad. Ataköy Palas Apt. No:56/5 Bakırköy / İstanbul

Sorumlu Müdür / Managing Director

Gürkan Odabaşoğlu

Kültür Mah. Körkadı Sok. Turizm Sitesi 3. Blok D:19 Ulus, Beşiktaş / İstanbul

Yönetim Yeri / Management Address

Fişekhane Cad. Ataköy Palas Apt. No:56/5 Bakırköy / İstanbul

Yayın Türü / Publication Type

Yaygın Yayın

Yayın Yönetmenleri / Editors in Chief

Ö. Ayhan Kalyoncu, M.D.

Yasin Genç, M.D.

Lut Tamam, M.D.

Yayın Koordinatörü / Managing Editor

Oya Mortan Sevi, Ph.D.

Yayın Yönetmen Yardımcıları / Associate Editors

Özgür Öztürk, M.D.

Gürkan Odabaşoğlu, M.D.

Oya Mortan Sevi, Ph.D.

Halkla İlişkiler ve Tanıtım Yönetmeni / Public Relations and Publicity Manager

Belinda Maşalı M.D.

Katkıda Bulunanlar / Contributors

Psk. İlkay Soykal

Psk. Merve Yalçınay

Uzm. Klin. Psk. Nejla Yıldız

Mart, Haziran, Eylül ve Aralık aylarında olmak üzere yılda 4 sayı çıkar. /
The journal is fourmonthly published in March, June, September and December.

Dergide yer alan yazı, şekil, tablo ya da resimlerin bir bölümü ya da tamamı izinsiz kopyalanamaz ya da basılamaz. Dergiden alıntı yapılacak tıbbi dergi ve kitapların, dergiyi kaynak olarak belirtmesi gereklidir. Yayımlanan yazıların bilimsel ve etik sorumluluğu yazarlara aittir. Dergimiz yayınlanan yazılarda belirtilen görüşlere resmen katılmaz, hiçbir ürün yada servis reklamı için garanti vermez.

Any of the articles, tables, figures and pictures are not allowed to be copied completely or partially without authorisation. The medical journals and books which will quote, have to indicate The Journal as reference. The articles and opinions in The Journal are in scientific and ethical responsibility of the authors. The Journal does not agree officially with the articles, and does not guarantee any of the advertised products and services.

Yazışma Adresi / Address of Correspondence

Fişekhane Cad. Ataköy Palas Apt. No:56/5 Bakırköy / İstanbul

Telefon / Phone: +90 (530) 870 32 21 - +90 (506) 672 05 92

Fax: +90 (212) 570 25 53

E-mail: oyamortan@gmail.com

Web: www.bagimlilikdergisi.net

Baskı / Printed in

TEO AJANS

Mahmutbey Mah. Taşocağı Cad. Ağaoğlu My Office 212 Residence No:3

Kat:7 Ofis:106 Güneşli - Bağcılar / İSTANBUL

REKLAM

SUBOXONE

İçindekiler / Contents

Yazar(lar) / Author(s)	Başlık / Title	
Önyazı / Editorial		
Araştırmalar / Researches		
1	Ayşegül Bilge Nadide Embel Fatma Gül Kaya	Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kişilerarası Bağımlılıklarının Madde Kullanma Durumlarına Etkisi / Effect of Interpersonal Addictions of School of Health Students to Substance Use Cases 112
2	Elif Mutlu Rabia Bilici M. Kemal Çetin	Sağlık Çalışanlarının Bağımlılık Hakkında Tutumları / Health Care Professionals' Opinions and Attitudes to Addiction 118
3	Oğuz Tan Gökben Hızlı Sayar Barış Önen Ünsalver Murat Mustafa Arat Oğuz Karamustafalıoğlu	The Correlations of Nicotine Addiction with the Levels of Impulsiveness, Depression and Anxiety in Obsessive-Compulsive Patients / Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Nikotin Bağımlılığı ile Dürtüsellik, Depresyon ve Anksiyete Düzeyi İlişkisi 124
4	Ali Evren Tufan Rabia Bilici Zehra Topal Nuran Demir Filiz İzci	Tip I Alkolizmi veya Major Depresif Bozukluğu Olan Erkeklerin Çocuklarında Bildirilen Yakınmalar: Kontrollü Bir Araştırma / Symptoms Reported in Children of Males with Type I Alcoholism or Major Depressive Disorder: A Controlled Study 134
5	Zeki Yüncü Sermin Kesebir	Compulsive Buying Scale: Validity, Reliability and Its Psychometric Characteristics in Our Society / Zorlantılı Satınalma Ölçeği: Geçerlik, Güvenilirlik, Toplumumuzda Psikometrik Özellikleri 142
Derleme / Review		
6	Ö. Ayhan Kalyoncu Buse Ünlü Ufuk Taştan	Gençlerin Tehlikeli Oyunu: Sentetik Kannabinoidler (Bonzai) Üzerine Bir Gözden Geçirme / A Dangerous Game That May Harm Kids and Teens: A Review on Synthetic Cannabinoids (Bonzai) 150
Editöre Mektup / Letter to Editor		156
Yayın Tanıtımı / Publication Presentation		i
Serbest Kürsü / Op-ed Article		iv
Haberler / News		vi

Yeni yayın dönemimizin 3. sayısını da sizlere sunmanın mutluluğu içerisindeyiz. Bu sayımızın içerisinde 4 değerli araştırma makalesi, gençlerimizi hızla tüketen sentetik kannabioide (Bonzai) hakkında bir güncel derleme ve kadınların alkolizmi ile ilgili yazarın önemli görüşlerini paylaştığı bir serbest kürsü yazısı bulunmaktadır. İlgi ile okuyacağınızı umduğum bu çalışmalardan mesleki uygulamalarınızda yararlanacağınızı düşünüyorum.

Bu yayın dönemimiz içerisinde 29 Eylül-1 Ekim 2014 tarihleri arasında Türkiye Yeşilay Cemiyeti'nin düzenlediği **Uluslararası Uyuşturucu Politikaları ve Halk Sağlığı Sempozyumu** İstanbul'da gerçekleşecektir. Bu sempozyum kapsamında uyuşturucu politikaları alanında önleme, tedavi, rehabilitasyon, savunuculuk, kapasite geliştirme, medya kampanyaları, uyuşturucu ve gençlik, izleme ve değerlendirme gibi başlıklarda yapılacak toplantılara 100'e yakın konuşmacı ve 50'den fazla ülkeden 1000 kişilik katılım beklenmektedir. Umarım yıllardan beri düzenlenmesini beklediğimiz bu sempozyum amaçlarına ulaşır ve uyuşturucuya karşı hep beraber sürdürdüğümüz yılmaz mücadelemize katkı sağlar. Bu vesile ile sempozyumun düzenlenmesini sağlayan ve emeği geçen herkese buradan teşekkür etmeyi borç bilirim.

Ayrıca bu dönemde aldığımız bir başka güzel haber de **Addicta** ismi ile bağımlılık alanında yapılan çalışma ve araştırmaların yayınlanacağı uluslararası

derginin yayın hayatına başlayacak olmasıdır. Derginin editörlüğünü yapacak olan çok değerli meslektaşım Prof. Dr. İlhan Yargıç'ı ve ekibini kutlar, kendilerine kolaylıklar, dergilerine yayın hayatında başarılar dilerim. Bağımlılık alanında yayın yapan dergi sayısının artmasının getireceği rekabetin dergimizin kalitesini de artıracığı aşîkardır. Yayın platformlarının sayısının artmış olmasının bağımlılık alanında çalışan değerli araştırmacıları teşvik ederek daha fazla bilimsel çalışmanın yapılmasına katkı sağlayacağını umuyorum.

Dergimizde yayınladığımız bilimsel çalışmalar sayesinde sağlanan bilgi ve deneyim paylaşımı ile ülkemizin ve dünyamızın en önemli sorunlarından biri olan uyuşturucu kullanımına karşı yapılan mücadeleye katkımızı sürdürmeye devam edebilmemiz için sizlerin desteğine ihtiyacımız olduğunu bir kere daha belirtmek isterim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Ö. Ayhan Kalyoncu

Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kişilerarası Bağımlılıklarının Madde Kullanma Durumlarına Etkisi

Effect of Interpersonal Addictions of School of Health Students to Substance Use Cases

Ayşegül Bilge¹, Nadide Embel², Fatma Gül Kaya²

ÖZET

Amaç: Araştırma sağlık yüksekokulu öğrencilerinin kişilerarası bağımlılıklarının madde kullanma durumlarına etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipte planlanan araştırmanın örnek grubunu, 2012-2013 öğretim yılında bir sağlık yüksekokulu Hemşirelik, Ebelik ve Beslenme ve Diyetetik bölümlerine kayıtlı 376 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmayı gerçekleştirebilmek için kurumdan yazılı, öğrencilerden sözlü onam alınmıştır. Veri toplama aracı olarak; sosyo-demografik özellikleri içeren anket formu ve Kişiler Arası Bağımlılık Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %7.9'u erkek, %14.8'i hemşirelik bölümü öğrencisi olup, yaş ortalaması 21.04 ±1.56'dır. Kadınlar erkeklere göre daha fazla duygusal güven, daha az sosyal özgüven yaşamaktadır. "Daha önce herhangi bir madde kullandınız mı?" sorusuna 'evet' diyenlerin, 'hayır' diyenlere göre sosyal özgüven eksikliği daha az yaşadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin çoğunluğu madde kullanma ile iletişim tarzı arasında ilişkinin olmadığını düşünmektedir. Sosyal özgüven eksikliği en az Beslenme ve Diyetetik bölümünde okuyan öğrencilerin yaşadığı belirlenmiş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Sonuç: Araştırmanın sonuçlarına göre öğrenciler kişilerarası otonomik ve bağımlılar, buna bağlı madde kullanım kararlarını alma riskine de sahiptir. Bu nedenle özellikle sağlık disiplininde görev alacak üniversite öğrencilerinin bağımlılık birimleri tarafından değerlendirilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kişilerarası bağımlılık, Madde, Sağlık yüksekokulu öğrencisi.

ABSTRACT

Objective: Research has been done for the purpose of determining the effect of interpersonal addictions of school of health students to substance use cases.

Method: 376 students who are registered in a school of health's departments of nursing, midwife, feeding and dietetic in 2012 - 2013 school years, formed the sample group of research planned in sectional type. To make the research, written approval from the institution and spoken approval from students were gotten. A poll form which includes socio-demographic characteristics and Interpersonal Addiction Criterion were used as data collection means.

Results: 7.9 percent of participants were men and 14.8 percent of participants were students of nursing department, average age of participants was 21.04 ±1.56. Women compared to men, feel more emotional confidence and less social self-confidence. It was determined that the ones who say "Yes" to the question "Have you ever used any substance?" feel less lack of social self-confidence, compared to the ones who say "No". Most of the students think that there is no connection between substance use and communication manner. It was determined that lack of social self-confidence is felt minimum among students who study in Departments of Feeding and Dietetic and a statistical meaningful difference has been established.

Conclusion: According to the results of the research students are interpersonal dependent and autonomic so they have the risk of making substance use decisions. For this reason it is suggested that especially university students who will take charge in health discipline, should be evaluated and supported by dependence units.

Key Words: Interpersonal dependent, substance, school of health students.

¹ Doç. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D.

² Hemşirelik Bölümü Öğrencisi, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

Not: Bu çalışma İzmir'de Düzenlenen 8.Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi'nde Poster Bildiri olarak yayınlanmıştır.

İletişim/Corresponding Author: Doç. Dr. Ayşegül Bilge

E-mail address: aysegul.bilge@ege.edu.tr

Date of submission: August 5, 2014

Date of acceptance: August 22, 2014

GİRİŞ

Bağımlılık bir nesneye, kişiye ya da bir varlığa duyulan önlenemez istek veya bir başka iradenin güdümü altına girme durumu olarak tanımlanabilir ve insanın ruhsal aktivitesi ile ilişkili patolojik bir davranış yansıtır. (1) Bağımlı davranış biçimi bağımlılık türlerinin ortak özelliği olmakla birlikte bağımlılığın farklı türlere ayrılmasında bağımlılık nesnesinin farklı olması rol oynamaktadır.

Kişilik bireyi diğerlerinden ayıran, kendine özgü fiziksel, davranışsal, duyuşsal ve bilişsel özellikler örüntüsüdür. (2) Bu tanımdan yola çıkarak gelişim sürecinde karmaşık bir süreçle karşı karşıya kalınabilmektedir. Kişilik gelişiminde kişi, kendi çevresinden etkilenebilmekte ve dışarıya etkiyi hissettirebilmektedir. Bu süreçte kritik gelişim dönemleri vardır. Bu dönemler kişinin gelişimini oldukça etkilemektedir. Bu konuyla ilgili olarak Freud, Erikson ve Fromm'un psiko-sosyal gelişim evreleri, ileriye yönelik oluşabilecek patolojilerle ilgili yön belirtici olmaktadır. Freud'un psikoseksüel gelişim dönemlerinden ileride bağımlılık patolojisi yaratabilecek evre 'oral' dönemdir. Bebeğin haz kaynağı ağızdır. Bebeğin temel ihtiyaçlarının tam yapılmaması ve oluşabilecek güvensizlik duygusunun ileriki evrelerde de sürdürülmesi sonucu bağımlı kişilik gelişiminden söz edilebilmektedir. Erikson'un psikososyal gelişim evrelerinde 0-1 yaş aralığında 'temel güvene karşı güvensizlik' dönemi güven duygusunu oluşturmada kilit dönem olmaktadır. Bebeğin bu dönemde annesine bağımlı olması ve ebeveynin bu ihtiyaçlarını karşılayamaması sonucu ilk güvensizlik duygusunu yaşar ve bundan dolayı ileriye yönelik bağımlı kişilik temellenir. (3)

Kuramcılar, bağımlılıkla ilgili olarak genellikle 0-2 yaş aralığını majör yaş aralığı olarak değerlendirmişleridir. Yeni doğan bir bebek kendi başına yaşamını devam ettirebilme yeteneği ile dünyaya gelmediğinden yaşamını sürdürmesine katkıda bulunan kişilere kaçınılmaz bir şekilde bağımlıdır. (2) Gelişim sürecinde bebeğin/çocuğun bağlantı objesi olan anne/bakım veren aktarımları ile bir ömür boyu sürebilecek ilişki tarzları da oluşur. Simbiyotik yapılanmalar, bağımlı ilişkileri ve bağımlı iletişim tarzlarını geliştirebilir.

Toplumsal gelişimin temelini oluşturan, çocuğun ulaştığı gelişim düzeyine göre değişim göstermesi beklenen en önemli

davranışlardan biri olan bağımlılık çevreden onay ve ilgi arama anlamına gelmekte ve kendine güvenmede yetersizliği ifade etmektedir. (2)

Bağımlılığa yatkın tipik bir kişilik yapısının tanımlanması mümkün olmamasına rağmen belirli bazı ortak özelliklerin varlığını söylemek de mümkündür. Bu özelliklerin belirlenmesinde, soyaçekim, merkezi sinir sisteminin genel yapısı, benlik gelişimi, çocuğun içinde bulunduğu aile ve ortam, halen içinde yaşadığı çevre ve bu çevrede üstlendiği roller önemlidir. (4)

Bağımlılık yapan tüm maddeler ve diğer bağımlılıklar kategorisinde yer alan gıda, internet, alışveriş gibi bağımlılıklar bireylerde kişilerarası iletişimi azaltmakta ve ilişkilerini olumsuz etkilenebilmektedir. Özellikle sağlık çalışanları maddelerin merkezi sinir sistemine etkisini öğrencilik yıllarından itibaren bilmelerine rağmen, bazı maddelerin çalışma ortamlarında bulunması nedeniyle akut çözüm olarak bu maddeleri kullanabilmekte ve bağımlılık riski taşıyabilmektedirler. Bu hipotezden yola çıkarak, araştırmanın amacı sağlık yüksekokulu öğrencilerinin kişilerarası bağımlılıklarının madde kullanma durumlarına etkisini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi ve örnekleme: Kesitsel tipte planlanan araştırmanın örnek grubunu, 2012-2013 öğretim yılında bir sağlık yüksekokulu Hemşirelik, Ebelik ve Beslenme ve Diyetetik bölümlerine kayıtlı 376 öğrenci oluşturmuştur.

Veri araçları: Araştırmanın verileri; 15 Mayıs 2013-28 Haziran 2013 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak sosyo-demografik özellikleri içeren anket formu ve Hirschfeld, Klerman, Gough, Barrett ve Korchin (1977) tarafından geliştirilen ve Ulusoy (2010) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Kişiler Arası Bağımlılık Ölçeği kullanılmıştır. (2)

Sosyo-Demografik özellikleri içeren form; öğrencilerin yaşları, cinsiyetleri, medeni durumu, bölümü ve madde bağımlılığına yönelik görüşlerini içeren 22 sorudan oluşmaktadır.

Kişiler Arası Bağımlılık Ölçeği; ölçekte üç madde bağımsızlığı, 41 madde bağımlılığı ifade eden toplamda 44 madde bulunmaktadır. Dört

dereceli likert tip bir ölçektir (Hiç Uygun Değil=1, Biraz Uygun=2, Oldukça Uygun=3, Tamamen Uygun=4). Ölçekte; bağımsızlığı ifade eden maddeler: 10., 23. ve 44. maddelerdir. Diğer maddelerin tümü bağımlılığı ifade etmektedir. Ölçek üç alt ölçekten oluşmaktadır. Duygusal Güven Alt Ölçeği Cronbach alpha katsayısı 0.79 (2, 5, 6, 8, 11, 14, 15, 17, 20, 24, 26, 30, 32, 35, 36, 39, 41 ve 43) olup, bağımlılık ve bağıllık kavramları yaklaşık olarak eşit yansıtılmaktadır. Aynı zamanda tek bir kişiyle olan ilişkinin yoğunluğunu ve düzeyini belirlemektedir. Sosyal Öz Güven Eksikliği Alt Ölçeği Cronbach alpha katsayısı 0.72 (9, 12, 18, 21, 22, 27, 29, 33, 37, 40 ve 42) olup, verme aşamasında, sosyal ortamlarda ve girişimde bulunma sürecinde yardıma ihtiyaç olduğunu ifade edip, neredeyse sadece bağımlılık kavramını açıklar niteliktedir. Otonomi Alt Ölçeği Cronbach alpha katsayısı 0.76 (1, 3, 7, 10, 13, 16, 19, 23, 25, 28, 31, 34, 38 ve 44) olup, kişinin özgüveninin diğerlerinin onayına bağlı olmadığı inancını taşımakla beraber, diğerlerine karşı hem bağıllığı hem de bağımlılığı inkar etmektedir. Ölçeğin cronbach alpha kat sayısı 0.75'dir. Araştırmamızda ise cronbach alpha kat sayısı 0.87 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri:

Kişiler Arası Bağımlılık Ölçeği ve alt ölçeklerinden elde edilen puan ortalamaları bağımlı değişkenleri, öğrencilerin sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, bölüm, sınıf, madde kullanma durumları madde kullanımına bağlı iletişim tarzı) özellikleri ise bağımsız değişkenleri içermektedir.

Etik: Araştırmayı gerçekleştirebilmek için Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'nden ve araştırmaya katılan öğrencilerden izin alınmıştır.

Veri Analizi: Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 16.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, korelasyon, Kruskal Wallis testi, ANOVA ve T-testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların %9'u erkek, %14,8 i hemşirelik, %23,3'u beslenme ve diyetetik ve %61,9'u ebeklik bölümü öğrencisi olup, yaş ortalaması 21.04 ±1.56 bulunmuştur. Araştırma grubunu %34,9'unu üçüncü sınıf öğrencisi, %36,8'ini ikinci sınıf öğrencisi oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin

%91,8'i herhangi bir işte çalışmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %79,1 öğrenimleri süresince ailelerinden ayrı (öğrenci evi/yurt) yaşamaktadırlar.

Araştırmada, Duygusal Güven Alt Ölçeği puanı ortalaması diğer ölçeklere göre yüksek olup (47.00 ± 8.26), Sosyal Özgüven Alt Ölçeği puan ortalaması ise düşük (24.39 ± 4.54) bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1: Öğrencilerin Kişiler Arası Bağımlılık Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları

Ölçekler	$\bar{X}$	SS
Duygusal Güven Alt Ölçeği	47.00	8.26
Sosyal Özgüven Eksikliği Alt Ölçeği	24.39	4.54
Otonomi Alt Ölçeği	32.58	6.82

Öğrencilerin Kişiler Arası Bağımlılık Alt Ölçekleri ile cinsiyet değişkeni karşılaştırıldığında; Sosyal Özgüven Eksikliği ve Otonomi Alt Ölçekleri puan ortalamalarının erkeklerde daha yüksek olduğu (24.83 ± 4.10, 34.63 ± 6.99) belirlenmiştir. Ayrıca Duygusal Güven Alt Ölçeği puan ortalaması kadınlarda daha yüksek (47.14 ± 8.34) olup, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 2).

Öğrencilerin Kişiler Arası Bağımlılık Alt Ölçek'leri puan ortalamaları ile daha önce herhangi bir madde kullanma durumları karşılaştırıldığında; daha önce madde kullananların Duygusal Güven ve Otonomi Alt Ölçek puan ortalamaları yüksek (47.04 ± 8.35, 33.05 ± 7.00) bulunmuştur. Daha önce herhangi bir madde kullanmayanların Sosyal Özgüven Eksikliği Alt Ölçek puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır (24.43 ± 4.51). İstatistiksel açıdan değerler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 3).

Öğrencilerin kişiler arası bağımlılık puan ortalamaları ile bölümleri karşılaştırılmış, Duygusal Güven, Sosyal Özgüven Eksikliği ve Otonomi Alt Ölçek puan ortalamaları beslenme ve diyetetik bölümünde diğer bölümlere göre düşük olup, Sosyal Özgüven Eksikliği ve Otonomi Alt Ölçek puan ortalamaları ve bölümler arasından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (F=3.40, p=0.034; F=3.261, p=0.039) (Tablo 4).

Tablo 2: Öğrencilerin Kişiler Arası Bağımlılık Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları ile Cinsiyet Değişkeninin Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	KADIN		ERKEK		t	p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Duygusal Güven Alt Ölçeği	47.14	8.34	45.40	7.19	1.10	.187
Sosyal Özgüven Eksikliği Alt Ölçeği	24.36	4.58	24.83	4.10	-.544	.401
Otonomi Alt Ölçeği	32.41	6.79	34.63	6.99	-1.71	.623

Tablo 3: Katılımcıların Kişiler Arası Bağımlılık Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları ile Daha Önce Herhangi Bir Madde Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	EVET		HAYIR		t	p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Duygusal Güven Alt Ölçeği	47.04	8.35	47.01	8.21	.031	.823
Sosyal Özgüven Eksikliği Alt Ölçeği	24.36	4.61	24.43	4.51	.158	.699
Otonomi Alt Ölçeği	33.05	7.00	32.24	6.65	1.141	.713

Tablo 4: Katılımcıların Kişiler Arası Bağımlılık Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları ile Bölümlerinin Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	HEMŞİRELİK		EBELİK		BESLENME VE DİYETETİK		F	p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Duygusal Güven Alt Ölçeği	48.55	7.76	47.02	8.53	45.95	7.78	1.699	.184
Sosyal Özgüven Eksikliği Alt Ölçeği	24.91	4.03	24.68	5.05	23.30	3.04	3.407	.034
Otonomi Alt Ölçeği	32.05	5.71	33.25	7.21	31.15	6.19	3.261	.039

TARTIŞMA

Araştırmada sağlık yüksekokulu öğrencilerinin kişilerarası bağımlılıklarının madde kullanma durumlarına etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %14.8'i hemşirelik, %23.3'u beslenme ve diyetetik ve %61.9'u ebelik bölümü öğrencisidir. Özellikle hemşirelik bölümü öğrencileri bakım verdikleri hastalarının ilaç tedavilerini öğrencilik dönemlerinden itibaren takip ettikleri için ilaç yönetimi açısından önemli yerdedirler.

Sağlık çalışanları arasında madde kullanımı, hem kendi sağlıkları açısından, hem de baktıkları hastaları etkilediği için, toplum sağlığı açısından önemlidir. (5) Sağlık çalışanı adayı olan örneklem grubumuzun daha önce herhangi bir madde kullanma/deneme oranı %45.2 (n=171) bulunmuştur. Bu maddelerin; kafein, sigara, alkol, esrar, extasy, eroin ve uçuca madde olduğu belirlenmiştir. Kullanılan maddeler içinde hastane ortamında kullanılan maddelere

rastlanılmamıştır. Yapılan araştırmalar da beslenme ve diyetetik bölümü ve ebelik bölümü öğrenci ve meslek üyelerinin bu konu hakkında çalışma verilerine ulaşamamış ancak hemşireler ile yapılan çalışmalarda ise hemşirelerin madde kullanma durumunun toplum geneli ile benzer olduğu belirtilmiştir. (5, 8-10) Baloğlu'nun (1998) Denizli il merkezindeki hastanelerde yaptığı çalışmasında, hemşirelerin %2.8'inin madde kullandığı belirtilmiştir. Bu çalışmada en sık sakinleştiriciler ve uyku ilaçlarının kullanıldığı ifade edilmiştir. Tüm sağlık çalışanları arasında en sık kullanılan maddelerin meperidin hidroklorid, amfetaminler, alkol ve benzodiyazepinler olduğu belirtilmektedir. (11) Esrar ve meperidin kullanım bozukluğu nedeni ile yatarak tedavi gören hastaların özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada esrar kullanan kesimin büyük bölümünü işsizler oluştururken, meperidin ve türevi maddeleri kullananların çoğunu sağlık çalışanlarının oluşturduğu vurgulanmıştır. (12)

Araştırmamızda katılımcıların madde kullanma sıklığı arasında %55.0 ile alkol en başta ikinci sırada ise %10.6 ile sigara gelmektedir. İzmir’de tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan çalışmada öğrencilerin alkol kullanma durumları %63 ile ilk sırada gelirken, %39 ile sigara onu takip etmektedir (6). Yurtdışında diş hekimliği okuyan öğrencilerle yapılan çalışmada da sigara %26 ile ilk sırada iken, alkol %20 ile ikinci sırada gelmektedir. (7) Türkiye’de bu konu üzerinde yapılan çalışmalar yurt dışı literatür ile paralellik göstermemekte olup, alkolün ülkemizde ilk sırada tüketilmesi dikkat çekicidir. Araştırmamızda diğer araştırmalardan farklı olarak alkol ve sigara tüketimi fazla bulunmuştur. Bunun nedeninin öğrencilerin bu iki maddeye ulaşımının kolay olması olabilir. Ancak bu bulgu örneklem grubumuz sağlık çalışanı adayı olmasından dolayı önemlilik arz etmektedir.

Araştırma bulgularından katılımcıların duygusal özgüven puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde madde kullanan/deneyen katılımcılarında duygusal güvenleri daha yüksek bulunmuştur (bkz. Tablo 1, Tablo 3). Bu sonuç katılımcıların kişiler arası bağımlı ve bağılı olduklarını göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalarda bağımlı veya anti sosyal kişilik özellikleri gösteren bireylerin maddeye yönelimlerinin yüksek olduğu belirtilmektedir. (15, 17) Bulgularımız doğrultusunda örnek grubunun kişilerarası bağımlılık yaşadığı, yarısına yakınının madde kullanma / deneme davranışlarında bulunduğu söylenebilir.

Öğrencilerin kişiler arası bağımlılık puan ortalamaları ile cinsiyet değişkenleri karşılaştırıldığında; erkeklerin daha otonomik, kadınların ise duygusal güvenli oldukları belirlenmiştir (Tablo 2). Literatür incelendiğinde, bir devlet hastanesinde klinik hemşireleriyle yapılan araştırmada erkeklerin otonomi puanlarının kadınlara oranla yüksek olduğu saptanmıştır. (13) Bir araştırma sonucunda ise, iktisadi ve idari bilimler fakültesinde otonomi puan ortalamaları kadınlara oranla erkeklerin yüksek bulunmuştur. (14) Yapılan araştırmaları incelediğimizde cinsiyetin farklılaşmasında toplumsal olarak yüklenen rollerin etkili olduğu düşünülebilir. Kadının toplumsal olarak bağımlı bir rol ile uyumlu olmasının nedeni, bu kadınların geleneksel rol kalıplarını benimseyen toplumlara ait üyeler olması olabilir. Araştırmamızda erkeklerde ortaya çıkan yüksek otonominin genel toplum yapısından kaynaklandığını ve mesleksi

açıdan genellememizin doğru olmayacağı sonucuna da varılmıştır. Ulusoy’un (2010) belirttiği üzere, duygusal güven alt ölçeği; tek bir kişiye olan ilişkinin yoğunluğunu ve düzeyini göstermektedir. Kişide bağımlılık ve bağımlılık düzeyleri eşit düzeyde artmaktadır. (2) Buna göre araştırmamıza katılan kadınların erkeklere göre bir kişiye bağımlılık düzeyinin daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Bu durum genel olarak kadınların duygularını erkeklere göre daha yoğun yaşamalarıyla açıklanabilir.

Araştırmamızda öğrencilerin kişiler arası bağımlılık puan ortalamaları ile bölümleri karşılaştırıldığında, hemşirelik bölümü ve beslenme diyetetik bölümü öğrencilerinin duygusal güvenli, ebelik bölümü öğrencilerinin ise otonomik olduğu belirlenmiştir. Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin sosyal özgüven ve otonomi puanları diğer bölüm öğrencilerinin puan ortalamalarına göre daha düşük bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($F=3.40$, $p=0.034$; $F=3.261$, $p=0.039$) (bkz. Tablo 4). Yapılan bir araştırmaya göre, hemşirelerin otonomi kişilik özelliklerinin orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. (13) Bizim araştırmamızda da hemşirelik öğrencilerinin orta düzeyde otonomik olduğu belirlenmiştir. Bir başka araştırmada ise; katılımcıların kişiler arası bağımlılık puanlarının orta düzeyin üzerinde otonomi kişilik özelliğinde olduğu belirtilmiştir. (16) Yapılan çalışmalarda hemşirelik mesleği dışında diğer örnek gruplarımızı içeren araştırma sonuçlarına ulaşamamıştır. Ulaşılan araştırmalarda hemşirelerin almış oldukları eğitimin otonomi özelliklerini yeterince geliştirmede etkin olduğu düşünülmekle beraber bizim çalışmamızda duygusal güvenlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızın sonucunda örneklem grubumuzun duygusal özgüven yaşayan kişilerarası bağımlı ve bağılı bireyler olduğu belirlenmiştir. Bu durumun madde kullanmaya etkisi bulunmamış olup ancak öğrencilerin yarısına yakını madde kullanmış/denemiştir. Diğer yandan yaşamlarında daha öncesinde maddeyi deneyen grup daha otonomiktir. Özetle kişilerarası duygusal özgüven ve otonomi maddeyi kullanma / deneme çabasını arttırmaktadır Madde kullanımının toplumumuzda her yaş grubunu ilgilendiren ve özellikle otonomik ortamlar sunan üniversite çağındaki bireyleri yakından etkileyen bir sorun olduğu göz önünde bulundurularak; üniversite

öğrencisi olan sağlık personeli adaylarına bu konu hakkında yapılan eğitimlerin artırılması önemlidir.

KAYNAKLAR

- 1- Uzbay İ.T. Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi 2009; 21:5-15.
- 2- Ulusoy Y. Kişiler Arası Bağımlılık Ölçeği'nin (Interpersonal Dependency Inventory) uyarlama çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Türkiye Cumhuriyeti Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri, 2010.
- 3- Engin E. Psikiyatrik ve psikososyal kuramlar ve kavramlar. Çam O, Engin E (editorler). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanat. 1. Baskı, İstanbul; İstanbul Medikal Yayıncılık. 2014: 23-27.
- 4- Beyazyürek M, Şatır TT. Madde kullanım bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 2000; 4: 50-56.
- 5- Yargıç İ. Sağlık çalışanlarında bağımlılıkla ilgili sorunlar ve çözüm yolları. Klinik Gelişim 2009; 22(4) : 84-87.
- 6- Akdavar Y, Demiral Y, Ergor G, ve ark. Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. Soc Psychiatry Epidemiol 2004; 39: 502-506.
- 7- Rai D, Gaete J, Girotra S, et al. Substance use among medical students: time to reignite the debate? Natl Med J India 2008; 21(2) :75-78.
- 8- Anderson J. Treatment considerations for the addicted nurse. Behavioral Health Management 1994; 14:22-26.
- 9- Griffith J. Substance abuse disorders in nurses. Nursing Forum 1999; 34:19-38
- 10- Monroe TB, Kenaga H, Dietrich MS, et al. The prevalence of employed nurses identified or enrolled in substance use monitoring programs. Nursing Research 2013; 62(1):10-5.
- 11- Bekar ÖE. Bağımlılık yapıcı madde kullanımı olan hemşireler ve hemşirelik hizmetleri yönetiminin yaklaşımı: bir literatür incelemesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2014; 1(1): 43-47.
- 12- Evren C, Ögel K, Çakmak D. Esrar ve meperidin (petidin) kullanım bozukluğu nedeni ile yatarak tedavi gören hastaların özelliklerinin karşılaştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3(1):20-27.
- 13- Malak B, Üstün B. Hemşirelerin sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011; 8(2):1-16.
- 14- Serinkan C, Barutçu E. Pamukkale Üniversitesi İİBF öğrencilerinin kariyer planları ve sosyotrop-otonomi kişilik özelliklerine ilişkin bir araştırma. Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi 2006; 8(2): 317-339.
- 15- Doğanavşargil GÖ, Sertöz ÖÖ, Coşkunol H, Şen G. EÜTF psikiyatri anabilim dalı bağımlılık tedavi biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelemesi: madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2004; 5(3):115-120.
- 16- Kaya N, Aştı T, Acaroğlu R, ve ark. Hemşire öğrencilerin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(3): 1-11.
- 17- Akvardar Y. Alkol bağımlılığında kişilik özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2003; 4(1): 26-30.

Sağlık Çalışanlarının Bağımlılık Hakkında Tutumları

Health Care Professionals' Opinions and Attitudes to Addiction

Elif Mutlu¹, Rabia Bilici², M. Kemal Çetin³

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı Türkiye'de sağlık çalışanlarının alkol madde kullanım özelliklerini araştırmak ve bağımlılığa ilişkin görüş ve tutumlarını incelemektir.

Yöntem: Sağlık Bakanlığı'na düzenlenen sağlık personelinde bağımlılığa müdahale eğitimine katılan doktor, hemşire ve sağlık memurlarından oluşan 1877 kişiye uygulanan, anonim şekilde toplanan, kişisel alkol madde kullanımı deneyimi, bağımlılık algısı ve sosyal mesafe, tedavi hakkındaki görüşlerin yer aldığı anketler SPSS 17.0 ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcılar arasında yaşam boyu alkol kullanımı %57.9, bağımlılık yapıcı madde kullanımı %3 düzeyinde bulunmuştur. En yaygın kullanılan yasadışı maddenin esrar olduğu görülmüştür (%1). Benzodiazepinler, meperidin ve metilfenidat tercih edilen diğer maddelerdir. Sağlık çalışanlarının büyük bölümü bağımlılığı bir hastalık olarak görmektedir. Ancak ruhsal zayıflık olduğu görüşü de desteklenmemiştir (alkol %85.3, madde %87.2). Yaşam boyu en az bir kez alkol kullanımı olan kişiler, olmayanlara göre alkolizmin bir ruhsal zayıflık olduğu görüşünü daha çok desteklemektedir ($p<0.05$).

Sonuç: Bu araştırma sağlık çalışanları arasında alkol madde kullanım yaygınlığını, sağlık çalışanlarının bağımlılık hakkındaki görüşlerini ve bunu etkileyebilecek faktörleri araştıran geniş bir örnekleme yapılmıştır. Bu alandaki bilgi ve yargıları tespit etmek, hem sağlık çalışanlarının hem de toplumdaki bağımlıların tedaviye ulaşımını sağlamak açısından önemli olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanları, bağımlılık, sosyal mesafe, bağımlılık algısı.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to investigate the alcohol and substance use patterns among health care professionals and to figure out their common opinions and attitudes towards patients with alcohol and substance use.

Method: Questionnaires consisting of personal drinking and substance use habits, concepts and social distance towards addiction, opinions about addiction treatment were implied to 1877 health care professionals (doctors, nurses) during a course about "interventions in addiction problem among health care staff" course of Ministry of Health. The data was collected anonymously and has been analyzed with SPSS17.0.

Results: Among participants, lifetime alcohol use was 57.9% whereas substance use was reported 3%. The most common illicit substance was cannabis. Benzodiazepines, meperidine and methylphenidate were other substances of choice. The majority of health care professionals were considering addiction as an illness, even they agree with the idea that "addiction is a weakness" (for alcohol 85.23%, substances 87.2%). Persons who had been drinking at least one time alcohol supported the idea that "alcoholism is a mental weakness" more than the nondrinkers ($p<0.005$).

Conclusion: This study is an investigation which aims the alcohol and substance use among health care professionals, their opinions about addiction and possible contributing factors, with a wider sample size. To figure out the common opinions and knowledge in these areas would be important to facilitate the treatment accessibility of both health care professionals and patients with alcohol and substance use.

Key Words: Health care professionals, addiction, social distance, perception of addiction.

¹ Uzm. Dr. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EA Hastanesi AMATEM Kliniği

² Uzm. Dr. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EA Hastanesi AMATEM Kliniği

³ Pratisyen Dr. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

İletişim/Corresponding Author: Elif Mutlu

E-mail address: elifmutlu@yahoo.com

Date of submission: May 3, 2014

Date of acceptance: July 21, 2014

GİRİŞ

Sağlık çalışanlarının bağımlı hastalara karşı genellikle olumsuz bir kanaat taşıdıkları ve bu hasta grubunun tedavisini zahmetli buldukları düşünülmektedir. Araştırmalarda diyabet ve depresyon gibi hastalıklarla karşılaştırıldığında alkol madde bağımlılığıyla çalışmanın daha az tercih edildiği gösterilmiştir. (1, 2, 3) Öte yandan bağımlı bireylerin az bir bölümü kendiliğinden tedaviye başvururlar. Tedavi isteksizliğinde, sorunun inkar edilmesinin yanı sıra, damgalanma endişesi ve tedavi konusunda güvensizlik gibi çekinceler de etkili olabilir. (4) Kendiliğinden tedavi arayışı düşük olan bağımlı hasta grubunda sağlık çalışanlarının da tedavi etmekten kaçınması, bağımlılık sorununun hem bireysel hem toplumsal sonuçlarını olumsuz etkileyebilmektedir. (5)

Sağlık çalışanlarının bağımlılığa karşı tutumunu etkileyebilecek çeşitli faktörler öne sürülmüştür. Bağımlılık alanında deneyimli olan sağlık çalışanlarının tutumlarının diğerlerine göre daha olumlu olduğu gözlemlenmektedir. (6) Yaş, eğitim durumu gibi kişisel özellikler bağımlılığa karşı tutumla ilişkili olabileceği gibi, alkol madde kullanımı öyküsü, içme sıklığı, aile bireylerinde kullanımı gibi deneyimlerin de tutumu etkilediği gösterilmiştir. (7)

Sağlık çalışanları arasında alkol madde kullanımının yaygınlığıyla ilgili veriler çelişkilidir, ancak genel kanı kendi sosyoekonomik sınıfındakinden farklı olmadığı yönündedir. Bağımlılığı etkileyen faktörler ve bağımlılığın seyri açısından belirgin farklar söz konusudur. Tercih maddelerinin de farklılık gösterdiği bilinmektedir. Örneğin doktorlarda esrar, kokain gibi yasadışı maddelerin kullanımına genel toplumdakinden daha az rastlanırken benzodiazepin ve opiat kullanımının daha yaygın olduğu bilinmektedir. (8, 9, 10)

Bu araştırmanın amacı sağlık çalışanları arasında alkol madde kullanımını ve çalışanların bağımlılıkla ilgili tutumlarını ortaya çıkarmaktır.

YÖNTEM

Araştırma 1877 sağlık çalışanı anketlerinin analiziyle yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nca 2012 Yılında Türkiye'de 16 ilde uygulanan "Sağlık Çalışanlarında Bağımlılığa Müdahale ve Önleme" eğitiminde, eğitim öncesi toplanan veriler kullanılmıştır. Topluluk doktor, hemşire-sağlık memuru ve yöneticilerden oluşmaktadır. An-

kette sosyo-demografik veriler, alkol ve madde kullanımına ilişkin bilgiler, alkol ve madde bağımlılığı hakkındaki kanaatler ve tedaviye ilişkin fikirler yer almaktadır. Veriler anonim şekilde toplanmıştır.

Anketin ilk bölümünde kişilerin yaşam boyu alkol ve madde kullanım sıklığı, son 1 ay ve son 1 yıl içinde kullanım sıklıkları sorulmuştur. Alkol için riskli kullanım (bir günde art arda beş standart içki ya da fazlası), sarhoşluk deneyimi ve yoksunluk deneyimi sorulmuştur. Anketin madde bölümünde bağımlılık yapıcı madde isimleri sıralanmış ve hangisini kullandıklarını işaretlemeleri istenmiştir. Tedavi ve bağımlılıkla ilgili bölümde önermeler sunulmuş ve en yakın hissedilen seçeneğin işaretlenmesi istenmiştir. Bağımlılık algısı ve sosyal mesafenin ölçüldüğü soruların yanıtları ise "hiç katılmıyorum", "katılmıyorum", "fikrim yok", "katılıyorum", "tamamen katılıyorum" olarak 5'li likert şeklinde düzenlenmiş, analiz yapılırken "katılıyorum-katılmıyorum-fikrim yok" biçiminden yeniden kodlanmıştır.

İstatistiksel analizde SPSS 17.0 kullanılmıştır. Tanımlayıcı analizlerde; ortalama, standart sapma hesaplanmış, frekans tabloları oluşturulmuştur. İleri analizde ki kare testi ve Fisher exact test kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

1- Sosyo-demografik Özellikler:

Katılımcıların % 66.3'ü (1304) kadın, %33.7'si erkekti. Yaş ortalamasının 38.28 ($\pm$ 8.35) olduğu saptandı. Grubun %30.8'ini (n=848) doktorlar, %51.9'unu (n=1019) hemşire ve sağlık memurları oluşturuyordu. Sağlık çalışanlarının %34.4'ü (n=647) çalıştıkları kurumda yönetici olarak çalışmaktaydı (Tablo 1). Katılımcıların %30.5'i (n=572) İstanbul, Ankara ve İzmir'de yaşıyordu. Veri toplanan diğer iller Kayseri, Elazığ, Edirne, Bolu, Erzurum, Trabzon, Gaziantep, Denizli, Antalya, Bursa, Adana ve Samsun'du.

2- Sağlık çalışanları arasında alkol ve madde kullanımı:

Kullanım Sıklığı: Katılımcıların % 42.1'i (n=789) hayatı boyunca hiç alkol içmediğini, %80.8'i (n=1511) son 1 ay içinde hiç içmediğini, %97'si (n=1818) son 1 yıl içinde hiç bağımlılık yapıcı madde kullanmadığını ifade etti (bkz. Tablo 2).

Tablo 1: Sosyodemografik Özellikler			
Sosyodemografik Özellikler			
		N	%
Cinsiyet	Kadın	1304	66.3
	Erkek	662	33.7
	Toplam	1964	100
Medeni Durum	Evli	1538	78.2
	Dul	15	0.8
	Ayrı	4	0.2
	Boşanmış	94	4.8
	Bekar	315	16.0
	Toplam	1966	100
Meslek	Doktor	588	29.9
	Hemşire	605	30.8
	Yönetici Doktor	260	13.2
	Yönetici Hemşire	414	21.1
	Diğer	99	5.0
	Toplam	1966	100
Yaş		Min	Max
		18	76
		Ort ±SD	
		38.28±8.35	

Tablo 2: Alkol -Madde Kullanım Sıklığı ve Riskli Alkol Kullanımı				
Alkol kullanım sıklığı	Son 1 ay		Son 1 yıl	
	N	%	N	%
Hiç içmemiş	1511	80.8	1495	80.0
Haftada iki ve daha az	336	18.0	356	19.0
Haftada ikiden sık	22	1.2	18	1
Toplam	1869	100	1869	100
Madde kullanım sıklığı	Son 1 ay		Son 1 yıl	
	N	%	N	%
Hiç kullanmamış	1864	99.6	1818	97.0
1-5	8	0.4	52	2.8
40'tan fazla	0	0	2	0.2
Toplam	1872	100	1874	100
Riskli Alkol Kullanımı	Son 1 ay			
	N		%	
Hiç	1751		93.6	
1 kez	84		4.5	
2kez	23		1.2	
3-5 kez	11		1.6	
Her gün	1		1.1	
Toplam	1870		100	
Sarhoşluk Deneyimi	Yaşam boyu			
	N		%	
Hiç	1335		71.4	
<10 kez	474		25.3	
10-40 kez	49		2.6	
40'tan fazla	13		0.7	
Toplam	1871		100	
Yoksunluk belirtisi	Yaşam boyu			
	N		%	
Evet	13		0.7	
Hayır	1850		99.3	
Toplam	1863		100	

*Riskli kullanım: Bir günde arka arkaya içilen en az beş içki

Riskli Alkol Kullanımı: Katılımcıların %71.4'ü (n= 1335) hayatı boyunca hiç sarhoş olmadığını bildirdi. Yoksunluk belirtisi yaşadığını ifade edenlerin oranı %0.7 (n=13) bulundu. Katılımcıların %71.4'ü (n=1135) hayatı boyunca hiç sarhoş olmadığını belirtti. (Tablo 2).

Tercih Maddeleri: Sağlık çalışanları arasında en yaygın kullanılan maddenin esrar olduğu görüldü (%1.5). Bunu %1 (n=18) ile benzodiazepinler, %0.5 (n=9) ile meperidin, %0.2 (n=3) metilfenidat ve %0.1 (n=2) ile propofol izliyordu. Kokain, barbiturat, ecstasy, eroin, ketamin ve biperiden kullandığını ifade eden olmadı.

3- Sağlık çalışanlarının bağımlılığın tedavisi hakkında görüş ve tutumları:

Ankete katılanların %63.7'si (n=1192) alkolik bir kişinin içinde bulunduğu durumdan kurtulmak için öncelikle bir doktora başvurması gerektiği görüşündeydi. "Güçlü olursa ve isterse bu durumun üstesinden gelebileceği" görüşünü taşıyanlar %24.2 (n=453), "Yaşam şartları/ortam değişikliğini öncelikli bulanlar ise %22.1 (n=227) oranındaydı.

Katılımcıların %94.1'i (n=1761), alkolik bir kişinin doktora gitmek isterse öncelikle psikiyatri doktoruna gitmesi gerektiğini düşünüyordu. Sağlık ocağı doktoru-dahiliye doktorunu tercih edenler %4.6 (n=86) oranında, doktora gitmeyi gerekli görmeyenler %1.3 (n=24) oranındaydı.

Uyuşturucu bağımlısı bir kişinin içinde bulunduğu durumdan kurtulmak için öncelikle bir doktora gitmesi gerektiğini düşünenler %78.4 (n=1467) bulundu. "Güçlü olursa ve isterse bu durumun üstesinden gelebileceği" görüşünü taşıyanlar %13.4 (n=254), "Yaşam şartları/ortam değişikliği"ni öncelikli bulanlar ise %8.2 (n=152) oranındaydı (Tablo 3).

4- Bağımlılık algısı ve sosyal mesafe:

Bağımlılık algısı: Katılımcılara alkol ve uyuşturucu bağımlılığı ile ilgili iki ayrı soru yöneltildi.

"Alkol bağımlılığı bir hastalıktır" görüşüne katılanlar %95.5 (n=1791), "Alkol bağımlılığı bir ruhsal zayıflık halidir" görüşüne katılanlar %85.3 (n=1600) oranında bulundu.

"Uyuşturucu bağımlılığı bir hastalıktır" görüşüne katılanlar %96.4 (n=1809), "uyuşturucu bağımlılığı bir ruhsal zayıflık halidir" görüşüne katılanlar %87.2 (n=1636) oranında bulundu (Tablo 4).

Sosyal mesafe: Katılımcılara “Bağımlılar toplum içinde serbest dolaşmamalıdır.”, “Bağımlı bir kişiyle evlenebilirim.”, “Bağımlı bir komşum olması beni rahatsız etmez.”, “Bağımlılar kendi hayatları ile ilgili doğru kararları alamaz.” soruları alkol ve madde bağımlıları için ayrı ayrı yöneltildi.

Katılımcıların %53.5’i (n=1003) alkol bağımlılarının, %73.7’si (n=1381) uyuşturucu bağımlılarının toplum içinde serbest dolaşmamaları gerektiğine katılıyordu.

“Alkolik bir kişiyle evlenebilirim” ifadesine %86.2 (n=1617) oranında katılmadıklarını, “uyuşturucu bağımlısı bir kişiyle evlenebilirim” ifadesine ise % 91.8 (n=1722) oranında katılmadıklarını belirttiler.

Alkolik bir komşudan rahatsız olunabileceği %78.5 (n=1472), uyuşturucu bir komşudan rahatsız olunabileceği %85.2 (n=1599) oranında bildirildi.

Katılımcıların %83.7’si (n=1570) alkolik kişilerin, %89.3’ü (n=1677) uyuşturucu bağımlıların kendi hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacağı görüşüne katıldılar (Tablo 4).

5- Kişisel özelliklere göre bağımlılık algısı:

Katılımcılar alkol ve madde kullanımına göre, “kullanmış olanlar” ve “hiç kullanmamışlar” olarak iki gruba ayrılarak alkol ve madde bağımlılığı konusundaki görüşleri karşılaştırıldığında, alkol kullanmış bireylerin “alkolizm bir ruhsal zayıflıktır” düşüncesini daha çok destekledikleri görüldü. “Madde kullanmış” ve “kullanmamış” olarak ayrılan gruplar arasında “uyuşturucu bağımlılığı bir ruhsal zayıflıktır” görüşünde anlamlı fark saptanmadı (Tablo 5).

Tablo 3: Bağımlılık Tedavisi Hakkında Görüşler

Bağımlılık tedavisi hakkında görüşler	N	%
Alkolik bir kişi içinde bulunduğu durumdan kurtulmak için		
Öncelikle bir doktora gitmelidir.	1192	63.7
Öncelikle güçlü olması gerekmektedir, isterse bu durumu aşabilir.	453	24.2
Öncelikle bir tatile çıkması, bulunduğu ortamdaki uzaklaşması gerekmektedir.	14	0.7
Öncelikle yaşadığı şartların düzelmesi gerekmektedir.	213	11.4
Toplam	1872	100
Alkolik bir kişi doktora gitmek isterse		
Öncelikle sağlık ocağı doktoruna gitmelidir.	65	3.5
Öncelikle dahiliye doktoruna gitmelidir.	21	1.1
Öncelikle psikiyatri doktoruna gitmelidir.	1761	94.1
Doktora gitmesini gerektiren bir durum bulunmamaktadır.	24	1.3
Toplam	1871	100
Uyuşturucu bağımlısı bir kişi içinde bulunduğu durumdan kurtulmak için		
Öncelikle bir doktora gitmelidir.	1467	78.4
Öncelikle güçlü olması gerekmektedir, isterse bu durumu aşabilir.	251	13.4
Öncelikle bir tatile çıkması, bulunduğu ortamdaki uzaklaşması gerekmektedir.	8	0.4
Öncelikle yaşadığı şartların düzelmesi gerekmektedir.	144	7.8
Toplam	1871	100

Tablo 4: Bağımlılık Algısı ve Sosyal Mesafe

Bağımlılık Algısı Sosyal mesafe	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	N	%	N	%	N	%
Alkolikler toplum içinde serbest dolaşmamalıdır.	1003	53.5	829	44.2	43	2.3
Alkolik bir kişiyle evlenebilirim.	211	11.3	1617	86.2	47	2.5
Alkolik bir komşum olması beni rahatsız etmez.	367	19.6	1472	78.5	37	2.0
Alkolikler kendi hayatları ile ilgili doğru kararları alamaz.	1570	83.7	272	14.5	33	1.8
Alkolizm bir ruhsal zayıflık halidir.	1600	85.3	255	13.6	9	1.1
Alkolizm bir hastalıktır.	1791	95.5	76	4.1	9	0.5
Uyuşturucu bağımlıları toplum içinde serbest dolaşmamalıdır.	1381	73.7	468	25.0	26	1.4
Uyuşturucu bağımlısı bir kişiyle evlenebilirim.	124	6.6	1722	91.8	30	1.6
Uyuşturucu bağımlısı bir komşum olması beni rahatsız etmez.	250	13.3	1599	85.2	28	1.5
Uyuşturucu bağımlıları kendi hayatları ile ilgili doğru kararları alamaz.	1677	89.3	170	9.1	30	1.6
Uyuşturucu bağımlılığı bir ruhsal zayıflık halidir.	1636	87.2	220	11.7	21	1.1
Uyuşturucu bağımlılığı bir hastalıktır.	1809	96.4	57	3.0	11	0.6

Tablo 5: Bağımlılık algısı ve Kişisel Deneyim

	Katılıyorum	Katılmıyorum		
Hayatınız boyunca hiç alkol içtiniz mi?	%	%	χ^2	p
Evet	83.7	16.3	13.065	0.000
Hayır	89.6	10.4		
Hiç sarhoş oldunuz mu?				
Evet	88.7	11.3	24.924	0.000
Hayır	79.9	20.1		
	Katılıyorum	Katılmıyorum		
Hayatınız boyunca hiç madde kullandınız mı?	%	%	χ^2	p
Evet	86.2	13.8	0.216	0.678
Hayır	88.2	11.8		

TARTIŞMA

Bu araştırmanın temel olarak iki amacı vardır: 1. Sağlık çalışanları arasında alkol madde kullanımını araştırmak. 2. Sağlık çalışanlarının bağımlılara karşı görüş ve tutumlarını ortaya çıkarmak.

Ankete katılan sağlık çalışanları arasında yaşam boyu en az bir kez alkol kullanımı %57,9 bulunmuştur. Daha önce tıp öğrencileri ve pratisyenler arasında yapılan bir araştırmada yaşam boyu alkol içme yaygınlığı sırasıyla %62.3 ve %82.5 bulunmuştur. (11) Bu oranlar diğer ülkelerle kıyaslandığında düşüktür ve beklenen bir bulgudur. (12,13) Nitekim Türkiye’de genel toplumda alkol kullanım yaygınlığının da batı toplumlarına göre daha düşük olduğu bilinmektedir. (14,15)

Sağlık çalışanları arasında yaşam boyu alkol dışı herhangi bir psikoaktif madde kullanımı %3,0 bulunmuştur. Tercih edilen maddeler içinde esrar ilk sırada (%1.5) bildirilmiştir. Bunu sırasıyla benzodiazepinler (%1), meperidin (%0.5), metilfenidat (%0.2) ve propofol (%0.1) izlemiştir. Esrar genel popülasyonda da en sık kullanılan yasadışı maddedir. Genel popülasyondan farklı olarak sağlık çalışanlarının benzodiazepin ve sentetik opioidler gibi medikal ajanları, yasadışı maddelerden daha çok tercih ettikleri görülmüştür ki bu beklenen bir bulgudur. (8, 9, 10) Mesleki zorluklar, kendini tedavi etme eğilimi, enjeksiyon ve opiat kullanımına karşı tabunun aşınması, ilaçlara ulaşımın kolay olması sağlık çalışanların madde tercihlerinde rol oynuyor olabilir.

Katılımcıların bağımlılık hakkındaki algıları bağımlılığın hastalık olduğunu kabul etmek yönündedir. Ancak büyük bölümü “bağımlılığın bir ruhsal zayıflık olduğu” görüşüne katıldıklarını bildirmiştir.

“Bağımlıların kendi hayatlarıyla ilgili doğru kararlar alamayacakları” görüşü ise, uyuşturucu bağımlıları için daha yüksek olmak üzere genel olarak kabul edilen bir görüştü (alkolikler için %83.7, uyuşturucu bağımlıları için %89.3). Evlilik, komşuluk sosyal mesafeye ilişkin incelemede sağlık çalışanlarının alkol ve uyuşturucu bağımlılarına yönelik tutumlarının olumsuz olduğu görüldü. Genel olarak sağlık çalışanlarının bağımlı hasta grubunu stresli ve çalışılması zor bir grup olarak gördükleri bildirilmiştir. (1, 2, 3) Araştırmada saptanan bağımlılara yönelik olumsuz tutum, bu görüşle uyumludur.

Bağımlılık tedavisine ilişkin görüşleri sorulduğunda, öncelikle doktora başvurulması gerektiğini düşünenler çoğunlukta idi (alkolizm için %63.7; uyuşturucu bağımlılığı için %78.4). İlginç bir bulgu alkol bağımlılığı için “öncelikle güçlü olması gerekir, isterse bu bu durumu aşabilir” cümlesinin %24.2 oranında desteklenmesiydi. Sağlık çalışanlarının yaklaşık dörtte birinin alkolizmi kişisel güçlülük ve iradeyle aşılabilecek bir durum olarak görmesi, bağımlıların hem tedaviye başvurmalarını hem de doğru tedaviye yönlendirilmelerine engel olabilecek bir durum gibi gözük-mektedir. Bağımlılar damgalanma endişesi ve tedaviye yeterince güven duymama gibi nedenlerle yardım aramaktan uzak durmaktadır. (4)

Ankete katılan sağlık çalışanlarının kişisel özellikleriyle bağımlılık hakkında tutumları karşılaştırıldığında ilginç bir durum ortaya çıkmıştır. Hayatı boyunca hiç alkol içmemiş ve en az bir iki alkol içmiş kişilerin alkolizm hakkındaki görüşleri karşılaştırıldığında, alkol deneyimi olan kişilerin “alkolizmin bir ruhsal zayıflık olduğu” görüşüne daha çok katıldıkları gözlenmiştir. Literatür, bu konuda bir karşılaştırma yapmaya yeterince

elverişli olmasa da, Avusturalya'da yapılan bir çalışmada, hemşireler arasında alkol tüketimin hastalara karşı tutumlarıyla ilişkili olduğu, ortalama düzeyde alkol kullananların hiç kullanmayanlara göre bağımlı hastalarla çalışmayı daha az cazip bulduğu, hastaların sorunlarıyla başa çıkma konusunda kendilerini daha az başarılı bulduklarını göstermiştir. (7) Bu araştırmanın sonuçları da benzer şekildedir. Ancak alkol içen ve içmeyen grup arasında alkolizme yapılan bu atfı yorumlayabilmek için daha detaylı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Ülkemizde sağlık çalışanlarının kişisel alkol ve madde deneyimleri konusunda az sayıda araştırma vardır. Bağımlılıkla ilgili görüş ve tutumları ise toplum sağlığı açısından önemli olabilecek sonuçlara yola açabilecek bir durum olmasına rağmen nispeten az araştırılmış bir konudur. Bu çalışma yüksek sayıda katılımcıyla farklı statülerden sağlık çalışanlarını içerdiğinden önemlidir. Her ne kadar anonim şekilde toplansa da, verilerin mesleki eğitim verilen profesyonel bir ortamda anketle toplanması, katılımcıların daha çekimser yanıtlar vermesine yol açıyor olabilir; bu durum araştırmanın başlıca kısıtlılığıdır.

Sağlık çalışanları arasında alkol ya da madde kullanımı, sadece kendi sağlıklarını değil, sorumlu oldukları hastaların sağlığını da etkileyebilen önemli bir dorundur ve çoğunlukla zor fark edilir. Sağlık çalışanların alkol ve madde bağımlılığına karşı olumsuz tutumları ise, hem inkar hem de damgalanma kaygısıyla tedaviden çekinen hastalar için önemli bir engel yaratmaktadır. Ülkemizde sağlık çalışanları arasında bağımlılığa karşı olumsuz tutumun değişmesi için sağlık eğitimi programlarında bağımlılık konusuna yer verilmesi, meslek içi eğitimlerle hem kendi bağımlılıklarını fark etme hem de bağımlılık kavramını tanıma ve bağımlıları doğru çözüm için yönlendirme becerisinin hedeflenmesi gereklidir. Sosyal önyargının kırılması bunun için önemli bir adım olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Deans C, Soar R. Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: the experience of mental health professionals. *J Psychtr Ment Health Nurs* 2005; 12: 268-274.
- 2- Ford R. Interpersonal challenges as a constraint on care: the experience of nurses' care of patients who use illicit drugs. *Contemp Nurse* 2011; 37: 241-252.
- 3- Van Boekel LC, Brouwers EPM, Van Weeghel

- J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals toward patients with substance use disorders and its consequences for health care delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2013; 131: 23-35.
- 4- Grant BF. Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample. *J Stud Alcohol* 1997; 58: 365-371.
- 5- Van Boekel LC, Brouwers EPM, Van Weeghel J, Garretsen HFL. Healthcare professionals's regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug Alcohol Depend* 2014; 134: 92-98.
- 6- Gilchrist G, Moskalewicz J, Slezakova S, et al. Staff regards towards working with a substance users: a European multi-centre study. *Addiction* 2011; 106: 114-1125.
- 7- Crothers CE, Dorrian J. Determinants of nurses attitudes toward tyhe care of patients with alcohol problems. *ISRN Nurs* (Epub ahead of print).
- 8- Baldwin DC, Hughes PH, Conrad SE, et al. Substance use among senior medical students: a survey of 23 medical schools. *JAMA* 1991; 265: 2074-78.
- 9- Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC, et al. Prevalence of substance use among US physicians *JAMA* 1992; 267: 2333-39.
- 10- Gross SR, Marshall EJ, Wolff K. Substance misuse among health care workers: national survey of occupational physicians. *Occup Med* 2012; 62(4): 254-60.
- 11- Akvardar Y, Demiral Y, Ergör G, Ergör A. Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. *Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2004) 39: 502-506.
- 12- Croen LG, Woesner M, Herman Merrill, Reichgott M. A longitudinal study of substance use and abuse in a single class of medical students. *Acad Med* 1997; 72: 376-381.
- 13- Maddux JF, Hoppe SK, Costello RM. Psychoactive substance use among medical students. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 187-191.
- 14- Akvarday Y, Türkcan A, Yazman Ü, et al. Prevalance of alcohol use in Istanbul. *Psychological Reports* 2003; 92: 1081-1088.
- 15- World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, 2011.

The Correlations of Nicotine Addiction with the Levels of Impulsiveness, Depression and Anxiety in Obsessive-Compulsive Patients

Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Nikotin Bağımlılığı ile Dürtüsellik, Depresyon ve Anksiyete Düzeyi İlişkisi

Oğuz Tan¹, Gökben Hızlı Sayar², Barış Önen Ünsalver³, Murat Mustafa Arat⁴, Oğuz Karamustafalıoğlu⁵

ABSTRACT

Objective: Few studies comparing smoking and non-smoking obsessive compulsive disorder (OCD) patients have found results contradicting research on other anxiety disorders. OCD is a disorder with compulsive and impulsive features. Investigating the relationships among addiction, compulsivity and impulsiveness might contribute to the understanding of the interaction of those concepts.

Method: This study compared impulsiveness in smoking and non-smoking OCD patients. Then, we measured the correlations among the severities of impulsiveness, OCD and addiction. Depressive symptoms and anxiety were also included in the analysis since they are frequently accompanied by OCD, addictive disorders and pathological conditions characterized by high impulsiveness. Patients with OCD (n=121) were given Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), Barratt Impulsiveness Scale-Version 11 (BIS-11), Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), Hamilton Depression Rating Scale-17 Item (HDRS-17) and Beck Anxiety Inventory (BAI).

Results: The prevalence of smoking was 42.14 %. The current and never-smokers did not show any statistically significant differences regarding the scores of the Y-BOCS, HDRS-17, and BAI. The BIS-11 total and non-planning subscales were significantly higher in the current smokers. The Y-BOCS scores showed a positive correlation with the BIS total, cognitive, and non-planning scores only in the current smokers. Only in the smokers, the compulsion scores showed a positive correlation with the BIS-11 total and cognitive-impulsiveness subscale. The FTND scores were correlated with the scores of the BIS-11 total and of the subscales of behavioral impulsiveness and non-planning. The FTND scores were also correlated with the scores of the Y-BOCS and BAI but not with the HDRS-17.

Conclusion: More severe OCD in more impulsive smokers is related to higher compulsivity rather than obsessiveness, supporting the relationship among compulsivity, impulsiveness, and addiction.

Key Words: Obsessive-compulsive disorder; nicotine addiction; impulsiveness; anxiety; depressive symptoms.

ÖZET

Amaç: Sigara içen ve içmeyen obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalarını karşılaştıran az sayıda çalışma, anksiyete bozuklukları ile ilgili çalışmalardan daha farklı sonuçlara ulaşmıştır. OKB kompulsif ve impulsif özellikleri olan bir bozukluktur. Bağımlılık, kompulsivite ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin incelenmesi, bu kavramların anlaşılmasına katkıda bulunacaktır.

Yöntem: Bu çalışmada sigara içen ve içmeyen OKB hastalarında dürtüsellik karşılaştırıldı. Daha sonra dürtüsellik, OKB ve bağımlılık şiddetleri ilişkisi incelendi. OKB, bağımlılık ve yüksek dürtüsellik izlenen diğer patolojik durumlara sıklıkla eşlik etmeleri nedeniyle depresyon ve anksiyete belirtileri de değerlendirildi. OKB tanısı alan 121 hastaya Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Versiyon 11 (BIS-11), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FTND), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği-17 Madde (HDRS-17) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAI) uygulandı.

Bulgular: Hasta grubunda sigara içme yaygınlığı %42.14 olarak bulundu. Sigara içenler ve içmeyenler Y-BOCS, HDRS-17 ve BAI skorlarında farklılık göstermediler. BIS-11 toplam puanı ve plan yapmama alt ölçek puanı sigara içen grupta anlamlı biçimde yüksek bulundu. Sigara içen grupta Y-BOCS puanları, BIS toplam, kognitif ve plan yapmama puanları ile pozitif bağlantı gösterdi. Kompulsiyon puanı ise sadece sigara içen grupta BIS toplam, kognitif ve plan yapmama alt ölçek puanları ile pozitif bağlantılı bulundu. FTND puanları ise BIS-11 toplam puanı, BIS-11 davranışsal dürtüsellik ve plan yapmama alt ölçek puanları, Y-BOCS ve BAI puanları ile bağlantılıyken, HDRS-17 puanı ile bağlantı bulunmadı.

Sonuç: Dürtüsellik fazla nikotin bağımlılarında daha şiddetli OKB, kompulsivitenin yüksek olması nedeniyle. Bu sonuç kompulsivite, dürtüsellik ve bağımlılık ilişkisini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk; nikotin bağımlılığı; dürtüsellik; anksiyete; depresif belirtiler

¹ Yrd. Doç. Dr., Uskudar University; Neuropsychiatry Health, Practice, and Research Center.

² Yrd. Doç. Dr., Uskudar University, İstanbul Neuropsychiatry Hospital.

³ Yrd. Doç. Dr., Uskudar University; Neuropsychiatry Health, Practice, and Research Center.

⁴ Uzm., Hacettepe University, Department of Statistics.

⁵ Prof. Dr., Uskudar University, Department of Psychology, Faculty of Human and Social Sciences

İletişim/Corresponding Author: Yrd. Doç. Dr. Gökben Hızlı Sayar

E-mail address: gokben.hizlisayar@uskudar.edu.tr

Date of submission: May 15, 2014

Date of acceptance: August 7, 2014

INTRODUCTION

Although traditional viewpoint has located compulsivity and impulsiveness on the opposite ends of a spectrum, later research suggests that they frequently co-occur and share several common features, including a preoccupation with the same theme, repetitive behaviors, high comorbidity rates, overlapping neurobiology (i.e. Orbitofrontal cortex and front striatal system), and response to selective serotonin reuptake inhibitors. (1, 2) On the other hand, they differ on several points. Compulsivity is associated with an increased sense of danger and harm-avoidance whereas impulsiveness is characterized by an underestimation of risk and by pleasure-seeking. (3) Therefore, the term compulsive-impulsive spectrum has been suggested. (4)

Obsessive-compulsive disorder (OCD), impulse control disorders (ICDs), attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), and substance use disorders (SUDs) that share characteristics regarding the phenomenology, comorbidity, neuroanatomy, neurocognition, neurochemistry, and family history can be referred as the examples of compulsive-impulsive spectrum. (5) ICDs that are mainly characterized by impulsiveness have recently been understood to harbor some features of compulsivity. As is the case with OCD, patients having ICDs such as pathological gambling, trichotillomania or kleptomania cannot resist the urge to perform repetitive behaviors although they want to inhibit. Compulsivity and impulsiveness may co-occur in the same disorder and simultaneously or at different times. The research on ICDs and OCD has shown that a complex overlapping exists between impulsiveness and compulsivity. (6)

Impulsiveness is one of the significant behavioral derangements blamed for the development of SUDs, including nicotine use and dependence. (7-10) On the other hand, recent data have increasingly supported that SUD is basically a compulsive behavior. (11) It has been suggested that disruption in the neural networks involved in the control of behavior, namely, the orbitofrontal cortex, may lead to the conclusion of "addiction is a disease of compulsion and drive". (12) It has also been suggested that certain conditioning and learning processes convert action into the habit and, in turn, into compulsion, representing a transition from prefrontal cortical involvement to the striatal one. (13)

Despite the well-known high comorbidity of

anxiety disorders and SUDs, the comorbidity of OCD and SUDs has remained surprisingly unknown to a great extent. (14) Although a high comorbidity has been found in the general population, individuals treated at OCD clinics have exhibited rates of SUDs similar to or even slightly lower than those of the normal population. (15) More vigorous research on SUDs in people with OCD can further illuminate the relationship among compulsivity, impulsiveness and addiction. In this study, we selected nicotine, which is a highly addictive and commonly used substance.

OCD is a unique mental illness in that it is associated with the lowest prevalence of smoking when compared to other mental illnesses, including anxiety disorders. (14, 16) Low prevalence of smoking in OCD suggests that smokers with OCD might have different characteristics when compared to non-smokers with OCD. (17) High levels of impulsiveness and frequent co-occurrence of ICDs with OCD suggest that impulsiveness may be one of the major features distinguishing smokers and non-smokers with OCD. (18)

We hypothesized that, inspired by research on compulsive-impulsive spectrum, some patients with OCD have impulsive features, and they are more prone to addiction. We also hypothesized that the severity of addiction would be related to that of obsessive-compulsiveness. The primary aim of the current study was to compare impulsiveness between smokers and non-smokers with OCD. A secondary aim was to estimate the correlations among the severity of impulsiveness, addiction and obsessive-compulsiveness. We also added the levels of depressive symptoms and anxiety in the analysis to investigate several other features of smoking and non-smoking OCD patients. That may make a contribution to shed some further light on the complex relationship among compulsivity, impulsiveness and addiction, enabling to tailor pharmacological and psychotherapeutic approach to patients with OCD.

METHODS

Patients:

Between January and April of 2013, 121 consecutive follow-up OCD patients (who identified OCD as the major mental problem of their life according to the DSM-IV criteria) between 18 and 72 years visiting Uskudar University

Neuropsychiatry Health Practice and Research Center Feneryolu Outpatient Department were enrolled in the study. The study coordinator explains the study and answers the questions that the patient may have. If the patient decides to participate, written informed consent obtained. All the patients accepted to enroll in the study. All the patients were on a treatment regimen of serotonin reuptake inhibitors or clomipramine for at least 3 months with a diagnosis of OCD. The patients were not any other medication for any systemic diseases. The Ethics Committee of the Uskudar University approved of the project. Exclusion criteria included a history of traumatic head injury, current use of any drugs other than SSRI or clomipramine, lifetime diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), other psychiatric disorders and substance use disorders (with the exception of nicotine dependence) or any neurological disorder (such as epilepsy or multiple sclerosis) because these may affect impulsive behavior, confounding the results.

All participants attending the personal interview were evaluated by a psychiatrist according the DSM IV criteria for OCD and other psychiatric disorders. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders-Patient version (SCID-I / P) was administered to establish DSM-IV diagnosis of OCD as well as lack of lifetime attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), other psychiatric disorders and substance use disorders (with the exception of nicotine dependence). Another interviewer blind to the smoking state administered the scales.

Measures:

The severity of OCD was assessed by the Turkish version (19) of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) consisting of 19 questions, only 10 of which are taken into account when estimating the total score that may vary 0 to 40. (20)

Impulsiveness was measured by the Turkish version (21) of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (Patton et al. 1995), a 30-item questionnaire, assessing the cognitive (attentional), behavioral (motor), and non-planning aspects of impulsiveness. (22) The total score may vary 30 to 120 since the items are measured on 4-point Likert scale (1=rarely/never; 2=occasionally; 3=often; 4=almost always/always). It has been the most widely used tool to measure impulsiveness in various patient groups including those with OCD. (23)

Information about smoking was obtained by partially modified questions in the National Health Interview Survey (NHIS) to identify the smoking situation (<http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>). Non-smoking was defined as a lifetime smoking less than 100 cigarettes; whereas current smoking is defined as cigarette use every day or on some certain days. Those who smoked a cigar or pipe were not included in the study.

The Fagerström Nicotine Dependence Test (FTND), a 6-item questionnaire, is the most frequently used instruments in identifying the severity of nicotine dependence. (24, 25) The FTND examines the number of cigarettes smoked per day and the duration that a smoker can endure without smoking.

The Hamilton Depression Rating Scale-17 (HDRS-17) is a 17-item instrument to measure the severity of depression. (25, 26) Its total score may vary 0 to 51.

The Beck Anxiety Inventory (BAI) is a 21-item self-report questionnaire to measure the severity of psychic and somatic symptoms of anxiety, the total scores of which range from 0 to 63. (27, 28)

Statistics:

Statistical analysis was performed using the statistical package SPSS Version 20. For each of the continuous variables, the normality assumption was checked by Kolmogorov Smirnov and Shapiro-Wilk tests. All numerical data were expressed as median values (min-max) or as proportions. Since a difference between groups existed, comparisons were applied using the Post Hoc tests and Mann-Whitney U test. Correlations between parameters were tested by Spearman's rank correlation test. Spearman's correlation coefficients were interpreted as $r \geq 0.91$ very strong; $r = 0.71-0.90$ strong; $r = 0.51-0.70$ moderate; $r = 0.31-0.50$ mild; $r = 0.30$ or less weak to none. p value of 0.05 was taken as the level of significance.

RESULTS

The prevalence of smoking was 42.14% ($n=51$) in the whole group. The study group ($n=121$) consisted of 68 women (56,2%) and 53 men (43,8%). Only the current smokers and never smokers were included in the analyses. The former smokers were excluded for two reasons: 1) The non-smokers who used to be smokers in the past might confound the sensitivity of results, 2) The former smokers con-

stituted a sample too small ($n=11$) to allow statistically significant estimations. The current and never-smokers did not show any significant statistical difference with regard to age, years of education, and the scores of the Y-BOCS total, obsession and compulsion subscales, the HDRS-17, and the BAI (Table 1). A remarkable finding was the low prevalence of SUDs ($n=5$, 4.13%) in the whole group. That number was too small to make any significant statistical analysis; however, the fact that all patients with SUDs were also current smokers was notable.

BIS-11 and Its Subscales: Comparison between the Smokers and Nonsmokers

The BIS total score was significantly higher in the current smokers than in the never-smokers ($p=0.008$). (see Table 1) The non-planning subscale scores were found to be significantly higher in the current smokers than in the never-smokers ($p=0.002$). The cognitive impulsiveness scores showed a modest difference between the current and never-smokers ($p=0.031$). The behavioral impulsiveness scores did not show significant differences between the groups. Age did have a significant effect

neither on the BIS total nor on the subscale scores.

The Y-BOCS: Comparison between the Smokers and Nonsmokers and Correlations with the Impulsiveness Scales

Although the Y-BOCS scores did not differ significantly between the smokers and never-smokers (Table 1), the Y-BOCS scores were positively correlated with the BIS total ($p=0.0001$, $\rho=0.49$), cognitive ($p=0.001$, $\rho=0.44$), and non-planning scores ($p=0.007$, $\rho=0.37$) only among the smokers (Table 2). In the smokers, the compulsion scores showed a significant correlation with the BIS total ($p<0.001$, $\rho=0.50$) and cognitive impulsiveness ($p=0.001$, $\rho=0.48$) scores, a moderate statistically significant correlation with the non-planning ($p=0.013$, $\rho=0.346$), but no correlation with the behavioral impulsiveness. Compared to the compulsion scores, the obsession scores showed a weaker correlation with the BIS total scores ($p=0.02$, $\rho=0.325$) and no correlation with the subscale scores. In the never-smokers, neither obsession nor compulsion scores showed correlation with the BIS total or subscale scores.

Table 1: Distribution of variables in the whole sample, current smokers and never-smokers

	Total (n=121)	Never Smoker (n=70)	Current Smoker (n=51)	
	Mean $\pm$ SD	Med(Min-Max)	Med(Min-Max)	p
Age	32,19 $\pm$ 10,5	29,5(18-72)	29(18-55)	0,943
Education (Years)	13,3 $\pm$ 2,63	15(5-17)	13(5-16)	0,340
Y-BOCS	21,95 $\pm$ 7,26	21,5(10-38)	23(8-35)	0,875
Obsession Score	11,52 $\pm$ 4,17	12(3-20)	12(0-19)	0,554
Compulsion Score	10,42 $\pm$ 4,64	10(0-20)	11(0-18)	0,598
HDRS-17	16,54 $\pm$ 7,64	18,5(2-36)	16(3-31)	0,449
BAI	20,11 $\pm$ 13,5	19(0-59)	18(3-51)	0,807
BIS-11	61,69 $\pm$ 10,6	59,5(40-85)	64(47-93)	0,008
Cognitive Impulsiveness	17,28 $\pm$ 4,23	17(10-26)	18(10-31)	0,031
Behavioral Impulsiveness	18,43 $\pm$ 4,41	17(11-33)	19(13-33)	0,164
Non-Planning	25,96 $\pm$ 4,74	25(15-33)	27(17-36)	0,002
FTND	1,42 $\pm$ 2,6	0(0-0)	3(0-10)	0,001

Y-BOCS: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, HDRS-17: The Hamilton Depression Rating Scale-17 Item, BAI: The Beck Anxiety Inventory, BIS-11: The Barratt Impulsiveness Scale-Version 11, FTND: The Fagerström Test for Nicotine Dependence.
p values that were found less than 0.05 are shown bold.

Table 2: The correlations between the severity of impulsiveness and age, the severity of OCD (including its subscales of obsession and compulsion), addiction, and the symptoms of depression and anxiety

	Current Smokers (n=51)								Never-smokers (n=70)							
	BIS-11		CI		BI		NP		BIS-11		CI		BI		NP	
	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
Age	-0,08	0,563	-0,2	0,160	0,19	0,178	-0,037	0,795	-0,20	0,096	-0,29	0,013	-0,02	0,851	-0,131	0,280
Y-BOCS	0,49	0,001	0,44	0,001	0,24	0,083	0,37	0,007	-0,16	0,173	-0,08	0,507	-0,14	0,229	-0,19	0,103
Y-BOCS	0,32	0,02	0,26	0,065	0,17	0,226	0,273	0,053	-0,14	0,255	-0,02	0,836	-0,12	0,323	-0,21	0,081
Obsession	0,50	0,001	0,48	0,001	0,265	0,06	0,346	0,013	-0,10	0,415	-0,07	0,579	-0,08	0,49	-0,09	0,431
Compulsion	0,27	0,052	0,42	0,002	0,07	0,618	0,106	0,459	-0,01	0,996	0,16	0,181	-0,07	0,581	-0,09	0,457
HDRS-17	0,24	0,089	0,326	0,019	0,12	0,379	0,132	0,354	-0,06	0,604	0,08	0,505	-0,03	0,788	-0,16	0,187
BAI	-0,08	0,563	-0,2	0,160	0,19	0,178	-0,037	0,795	-0,20	0,096	-0,29	0,013	-0,02	0,851	-0,13	0,280

BIS-11: The Barratt Impulsiveness Scale-Version 11, CI = cognitive impulsiveness, BI = behavioral impulsiveness, NP: Non-planning, Y-BOCS: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, HDRS-17: The Hamilton Depression Rating Scale-17 Item, BAI: The Beck Anxiety Inventory.

P values that were found less than 0.05 are shown bold.

Correlations of the FTND

The FTND scores showed significant positive correlations with the BIS-11 total ($p=0.016$, $\rho=0.336$), behavioral impulsiveness ($p=0.006$, $\rho=0.378$) and non-planning scores ($p=0.002$, $\rho=0.325$) (Table 3). The FTND scores were positively correlated with age ($p=0.02$, $\rho=0.33$), the Y-BOCS scores ($p=0.027$, $\rho=0.31$), and BAI scores ($p=0.036$, $\rho=0.29$), but not correlated with the HDRS-17 scores.

Correlations of the HDRS-17 and BAI in the Smokers and Nonsmokers

The Y-BOCS total scores were positively corre-

lated with the HDRS-17 scores both in the current ($p=0.002$, $\rho=0.43$) and never-smokers ($p=0.001$, $\rho=0.386$) (Table 4). In the never-smokers, the HDRS-17 scores were correlated with the obsession ($p<0.001$, $\rho=0.53$), but not with the compulsion ($p=0.402$, $\rho=0.102$) scores. The BAI scores were correlated with the scores of neither the Y-BOCS and nor its subscales, with the only exception of the never smokers who showed a correlation between the obsession and the BAI scores ($p=0.017$, $\rho=0.285$) (Table 4). The BIS-11 total scores showed a correlation with neither the HDRS-17 nor BAI scores regardless of smoking status; nevertheless, the cognitive impulsiveness scores were correlated both with the HDRS-17 ($p=0.002$, $\rho=0.42$) and the BAI ($p=0.019$, $\rho=0.326$) scores only in the smokers (Table 4).

Table 3: Correlations between the severity of addiction and age, the severity of impulsiveness (including its subscales), OCD (including its subscales of obsession and compulsion) and the symptoms of depression and anxiety

	Fagerström Nicotine Dependence Test					
	Total (n=51)		Female (n=27)		Male (n=24)	
	rho	p	rho	p	rho	p
Age	0,33	0,020	0,16	0,409	0,38	0,063
BIS-11	0,34	0,016	0,29	0,133	0,39	0,06
CI	0,18	0,217	0,19	0,341	0,24	0,246
BI	0,38	0,006	0,38	0,049	0,39	0,056
NP	0,32	0,002	0,11	0,586	0,56	0,004
Y-BOCS	0,31	0,027	0,29	0,147	0,24	0,262
Obsession score	0,25	0,075	0,29	0,143	0,38	0,063
Compulsion score	0,24	0,087	0,21	0,295	0,12	0,576
HDRS-17	0,16	0,266	0,14	0,496	0,10	0,648
BAI	0,29	0,036	0,09	0,640	0,45	0,028

1) Spearman's non-parametric correlations are used for female and male data.

2) p values that were found less than 0.05 are shown bold

BIS-11: The Barratt Impulsiveness Scale-Version 11, CI = cognitive impulsiveness, BI = behavioral impulsiveness, NP: Non-planning, Y-BOCS: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, HDRS-17: The Hamilton Depression Rating Scale-17 Item, BAI: The Beck Anxiety Inventory..

Table 4: Correlations of the severity of OCD and impulsiveness with the severity and depressive and anxiety symptoms

			HDRS-17	BAI
Y-BOCS	<i>Never-smokers</i>	rho	0,386	0,201
		p	0,001	0,095
	<i>Current Smokers</i>	rho	0,432	0,263
		p	0,002	0,062
Obsession score	<i>Never smokers</i>	rho	0,53	0,285
		p	0,000	0,017
	<i>Current Smokers</i>	rho	0,349	0,261
		p	0,012	0,064
Compulsion score	<i>Never-smokers</i>	rho	0,102	0,033
		p	0,402	0,787
	<i>Current Smokers</i>	rho	0,365	0,175
		p	0,008	0,218
BIS-11	<i>Never-smokers</i>	rho	-0,001	-0,063
		p	0,996	0,604
	<i>Current Smokers</i>	rho	0,274	0,240
		p	0,052	0,089

Y-BOCS: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, HDRS-17: The Hamilton Depression Rating Scale-17 Item, BAI: The Beck Anxiety Inventory.
p values that were found less than 0.05 are shown bold.

DISCUSSION

The principal aim of the present study was to inquire the relationship among impulsiveness, compulsivity and nicotine addiction. For this purpose, we first compared impulsiveness in smoking and non-smoking OCD patients. Then, we measured the correlations among the severities of impulsiveness, OCD and nicotine addiction. Depressive symptoms and anxiety were also included in the analysis since they are frequently accompanied by OCD, addictive disorders and pathological conditions characterized by high impulsiveness.

Impulsiveness in Smokers and Never-Smokers

Some studies, none of which evaluated smoking, used the BIS-11 to measure impulsiveness in OCD. Although some previous studies reported higher impulsiveness scores in OCD patients (29, 30), our results are comparable to the studies by Ettelt et al. (31) and Boisseau et al. (23) Our findings showed that the current smokers had high BIS-11 total scores, compared to the never-smokers significantly. Non-planning was the subscale showing the most significant difference between the current and never-smokers.

Non-planning assesses the inability to take the future orientation into account and is related to a person's attention to detail. It is also a measure

of self-control and cognitive complexity. For example, a lack of planning tasks or trips carefully or of regular saving, disregarding job security, dislike thinking about complex problems, being interested in the present more than the future are the manifestations of non-planning. Skinner et al. found that non-planning was the most significant impulsiveness dimension differentiating smoking and non-smoking alcoholics. (32) Filomensky et al. compared impulsiveness among patients with OCD, bipolar disorder and compulsive buying, and reported that the BIS-11 subscale differentiating compulsive buyers most significantly from the others was non-planning. (29) Therefore, non-planning might have a major influence not only on substance addiction but also on "behavioral" addiction. Although people with OCD are frequently characterized by traits such as careful planning, harm-avoiding tendency, intolerance of uncertainty, predilection to take time in making decisions and exaggerated sense of responsibility, some obsessive-compulsive patients exhibit high impulsiveness, are afflicted with non-planning and prone to addiction. Therefore, the inability to consider the future consequences of behaviors is a major risk factor triggering smoking in OCD.

While cognitive impulsiveness was modestly higher in the current smokers than in the never-smokers, behavioral impulsiveness showed no significant difference between the groups. Cognitive

impulsiveness measures the ability to focus on the task at hand and is an indication of cognitive instability or lack of future-oriented thinking and coping abilities. The subscale for cognitive impulsiveness includes questions about intrusive or racing thoughts, the ability to concentrate, changing hobbies, restlessness at the theatre or lectures. Behavioral impulsiveness is a tendency to act on the spur of the moment without thinking and to lead an inconsistent lifestyle. Those with high behavioral impulsiveness, for example, find it hard to sit still for long periods, do things without thinking, buy things on impulse, make their decisions quickly and change jobs or residences. Slightly higher cognitive impulsiveness in the smokers might perhaps be explained by the propensity to enhance cognitive functioning by smoking, as is the case with schizophrenics. (33, 34)

Relationship among the Severities Impulsiveness, OCD and Nicotine Addiction

Although the scores of compulsion are correlated with those of impulsiveness, the severity of OCD and of its subscales of obsessions and compulsions did not differ between the smokers and never-smokers. Of two studies comparing smoking and non-smoking patients with OCD, one found no difference in the severity of OCD (17) while the other (18) did not report that finding. In spite of the fact that smoking is closely linked to other anxiety disorders, mood disorders and schizophrenia (35), OCD lacks such an intimate association. On the other hand, the analysis showed a significant correlation between the severity of nicotine addiction and the severity of OCD. This finding, when considered together with other findings of the present study, may support the intricate relationship among compulsivity, impulsiveness, and nicotine addiction.

In contrast, the strong correlation between the scores of impulsiveness and the scores of compulsion in the smokers might be explained by the fact that impulsive patients are more compulsive and more prone to smoking. Considering the well-established relationship between impulsiveness and SUDs, our findings are congruent with research suggesting that the addiction is at least partly a compulsive behavior. (36) In the smokers, the compulsion scores were most significantly correlated with cognitive impulsiveness; non-planning showed a lower and behavioral impulsiveness no correlation with the compulsion scores. Perhaps a stronger as-

sociation between compulsivity and behavioral impulsiveness might be expected in nicotine addiction; though, Stein et al. (1994) also reported that compulsivity was correlated with cognitive impulsiveness rather than with behavioral impulsiveness. (37)

As might be expected, the severity of nicotine addiction was correlated with impulsiveness, with the exception of cognitive impulsiveness. Non-planning was correlated with the severity of OCD as was the case with behavioral impulsiveness, which showed no significant difference between the smokers and non-smokers. It may be thought that although behavioral impulsiveness is not associated with starting to smoke it could be a factor in aggravating nicotine addiction. In contrast, cognitive impulsiveness that was higher in smokers was not correlated with nicotine addiction severity, perhaps reflecting the cognitive enhancer effect of nicotine. (38)

Depressive Symptoms and Anxiety

We found that, disregarding smoking status, the severity of OCD was correlated with that of depressive symptoms but not anxiety. In the never smokers, the severity of depressive symptoms showed a strong correlation with the obsession scores but no correlation with the compulsion scores. This may again reflect that more compulsive patients who are also more severely addicted to nicotine may benefit from its antidepressant action.

The severity of anxiety and depressive symptoms was also comparable between the smokers and non-smokers; however, the severity of nicotine addiction measured by the FTND was positively correlated with the severity of anxiety rather than that of depressive symptoms. The finding that the severity of nicotine addiction was related to the severity of anxiety but not depression might reflect the possible antidepressant effect of nicotine (39) although the reciprocal relationship between smoking and anxiety is well-known. (14)

Prevalence of Smoking and SUD in OCD

Low prevalence of smoking (42.14 %) in the whole OCD group, compared to the prevalence of 60.3 % in Istanbul (40) and 45-70 % in Turkey in various surveys (41) is consistent with the studies reporting a low prevalence of smoking among OCD patients. (16) Low rates of SUDs (4.13%) in our sample are congruent with some studies (30,

42), suggesting that OCD patients have a low pre-disposition to SUDs in contrast to the previous research (43) On the other hand, that figure may result from the fact that: a) Individuals with SUDs having comorbid OCD may tend to visit substance use clinics, b) They may attribute more dangerous roles to substance or alcohol than to nicotine, c) We have excluded bipolar and psychotic patients.

Limitations:

One of the main shortcomings of our study is that we did not screen personality disorders, some of which are closely related to impulsiveness. If the age at the onset of OCD and of smoking had been included in the analysis, it would of course be valuable; however, since recall bias might impair the accuracy of results, we preferred the age of onset to keep out of the study. One of the other shortcomings of the study is the use of a self-report questionnaire; it will be highly beneficial to employ behavioral paradigms to assess impulsivity in future studies. Since we aimed at comparing OCD patients to those who smoke and do not, we did not recruit healthy controls, the inclusion of whom will contribute to our understanding in further investigations. We did not divide the participants into smoking categories (light, moderate or heavy smokers) in contrast to other studies on smoking because those categories did not reach sample sizes sufficient for statistical analysis; instead, we evaluated the severity of nicotine addiction. Similarly, former smokers, who are not of adequate sample size, were not included in the analyses; they may constitute a group worth inquiring.

Although we excluded the subjects with a diagnosis of substance use disorders other than nicotine, numerous studies have shown that individuals with substance use disorders tend to be more impulsive than individuals with no substance use disorder history. Individuals dependent on opiates (44), cocaine (45) methamphetamine (46), alcohol (47) and heterogeneous groups of substance abusers (48). In addition, several studies have shown that approximately 80% of individuals with substance use disorders also smoke. (35, 49) Thus, it is possible that the effect of smoking may confound the relation between other substance use disorders and impulsivity. Recent work has shown that there are differing aspects of impulsivity in typical impulsive populations (50), illicit substance

users (51), alcohol use disorders (52), and cigarette smoking (53). Given the high comorbidity of smoking with other substance use disorders, and the need of considering the influence of concurrent cigarette smoking, we exclude the subjects with a lifetime history of substance use disorders. Because impulsivity is a contributing factor to both substance use disorders and cigarette smoking, it is important to understand the exact role impulsivity plays in behavioral and neurological responses in different types of substance use disorders.

CONCLUSION

Smoking patients with OCD are generally more impulsive than those who do not smoke. The inability to consider the future consequences of actions is the principal aspect of impulsiveness related to nicotine use. Neither smoking nor impulsiveness alone is associated with the severity of OCD, depression or anxiety; however, the combination of smoking and impulsiveness is associated with worse OCD. Although lack of data for personality matrix limits the precise interpretation of the findings, our results suggest that more severe OCD in more impulsive smokers is related to higher compulsivity rather than obsessiveness, supporting the relationship among compulsivity, impulsiveness, and nicotine addiction.

REFERENCES

- 1- Allen A, King A, Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2003; 5(3): 259-271.
- 2- Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. Impulse control disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59(1): 30-37.
- 3- Stein DJ, Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 1995; 56(6): 265-266.
- 4- Phillips KA, Stein DJ, Rauch SL, et al. Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depress Anxiety* 2010; 27(6): 528-555.
- 5- Fontenelle LF, Oostermeijer S, Harrison BJ, et al. Obsessive-compulsive disorder, impulse control disorders and drug addiction: common features and potential treatments. *Drugs* 2011; 71(7): 827-840.

- 6- Grant JE, Potenza MN. Compulsive aspects of impulse-control disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29(2): 539-551.
- 7- Verdejo-Garcia A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2008; 32(4): 777-810.
- 8- Chase HW, Hogarth L. Impulsivity and symptoms of nicotine dependence in a young adult population. *Nicotine Tob. Res* 2011; 13(12): 1321-1325.
- 9- Doran N, McChargue D, Cohen L. Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addict Behav* 2007; 32(1): 90-98.
- 10- Evren C, Dalbudak, E. Relationship of personality trait impulsivity with clinical variables in male alcohol-dependent inpatients. *Klin Psikofarmakol B* 2009; 19: 15-23.
- 11- Chassin L, Presson CC, Rose J, Sherman SJ. What is addiction? Age-related differences in the meaning of addiction. *Drug Alcohol Depen* 2007; 87(1): 30-38.
- 12- Volkow ND, Fowler JS. Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex* 2000; 10(3): 318-325.
- 13- Everitt BJ, Robbins TW. Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nature Neurosci* 2005; 8(11): 1481-1489.
- 14- Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Medicine* 2012; 10: 123.
- 15- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6): 593-602.
- 16- McCabe RE, Chudzik SM, Antony MM, et al. Smoking behaviors across anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2004; 18(1): 7-18.
- 17- Morissette SB, Gulliver SB, Kamholz BW, et al. Differences between daily smokers, chippers, and nonsmokers with co-occurring anxiety and alcohol-use disorders. *Addict Behav* 2008; 33(11): 1425-1431.
- 18- Bejerot S, von Knorring L, Ekselius L. Personality traits and smoking in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2000; 15(7): 395-401.
- 19- Karamustafalıoğlu KO, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Bursa: 29 Ulusal Psikiyatri Kongresi; Savaş Ofset, 1993, s. 86.
- 20- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(11): 1006-1011.
- 21- Güleç H, Tamam L, Güleç MY, et al. Barratt dürtüsellik ölçeği-11 (BIS-11)'nin Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Klin Psikofarmakol B* 2008; 18(4): 251-258.
- 22- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51(6): 768-774.
- 23- Boisseau CL, Thompson-Brenner H, Caldwell-Harris C, et al. Behavioral and cognitive impulsivity in obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Psychiatry Res* 2012; 200(2-3): 1062-1066.
- 24- Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12(2): 159-182.
- 25- Uysal MA, Kadakal F, Karsidag C, et al. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberkuloz ve Toraks* 2004; 52(2): 115-121.
- 26- Akdemir A, Turkcapar MH, Orsel SD, et al. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Compr Psychiat* 2001; 42(2): 161-165.
- 27- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56(6): 893-897.
- 28- Ulusoy M, Şahin, N., Erkmen, H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cognit Psychother* 1998; 12: 28-35.
- 29- Filomensky TZ, Almeida KM, Castro Nogueira MC, et al. Neither bipolar nor obsessive-compulsive disorder: compulsive buyers are impulsive acquirers. *Compr Psychiat* 2012; 53(5): 554-561.
- 30- Tavares H, Gentil V. Pathological gambling and obsessive-compulsive disorder: towards a spectrum of disorders of volition. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29(2): 107-117.

- 31- Ettelt S, Ruhrmann S, Barnow S, et al. Impulsiveness in obsessive-compulsive disorder: results from a family study. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115(1): 41-47.
- 32- Skinner MD, Aubin HJ, Berlin I. Impulsivity in smoking, nonsmoking, and ex-smoking alcoholics. *Addict Behav* 2004; 29(5): 973-978.
- 33- Esterlis I, Ranganathan M, Bois F, et al. In vivo evidence for beta nicotinic acetylcholine receptor subunit upregulation in smokers as compared with nonsmokers with schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2013. Epub 2013/12/24. doi: 10.1016 / j.biopsych. 2013.11.001. PubMed PMID: 24360979.
- 34- Turan T, Dolu N, Ozsoy S, et al. Effects of smoking on P50 waveform in schizophrenic patients. *Klin Psikofarmakol B* 2009; 19: 227-235.
- 35- Kalman D, Morissette SB, George TP. Comorbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict* 2005; 14(2): 106-123.
- 36- Koob GF. Neurobiological substrates for the dark side of compulsivity in addiction. *Neuropharmacology* 2009; 56: 18-31.
- 37- Stein DJ, Hollander E, Simeon D, Cohen L. Impulsivity scores in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182(4):240-241.
- 38- Devito EE, Herman AI, Waters AJ, et al. Subjective, physiological and cognitive responses to intravenous nicotine: effects of sex and menstrual cycle phase. *Neuropsychopharmacology* 2013. Epub 2013/12/19. doi: 10.1038/npp.2013.339.
- 39- Salin-Pascual RJ, Rosas M, Jimenez-Genchi A, et al. Antidepressant effect of transdermal nicotine patches in nonsmoking patients with major depression. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(9): 387-389.
- 40- Ögel K, Tamar D, Özmen E, et al. Prevalence of cigarette use in Istanbul. *Journal of Dependence* 2003; 4(3): 105-118.
- 41- Ögel K. Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: tanı, tedavi ve önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları, 2010.
- 42- Kashyap H, Fontenelle LF, Miguel EC, et al. 'Impulsive compulsivity' in obsessive-compulsive disorder: a phenotypic marker of patients with poor clinical outcome. *J Psychiatr Res* 2012; 46(9): 1146-1152.
- 43- Mancebo MC, Grant JE, Pinto A, et al. Substance use disorders in an obsessive compulsive disorder clinical sample. *J Anxiety Disord* 2009; 23(4): 429-435.
- 44- Kirby KN, Petry N, Bickel W. Heroin addicts discount delayed rewards at higher rates than non-drug using controls. *J Exp Child Psychol* 1999; 128:78-87.
- 45- Heil S, Johnson M, Higgins S, Bickel WK. Delay discounting in currently using and currently abstinent cocaine-dependent outpatients and non-drug-using matched controls. *Addict Behav* 2006; 31: 1290-1294.
- 46- Hoffman WF, Schwartz DL, Huckans MS, et al. Cortical activation during delay discounting in abstinent methamphetamine dependent individuals. *Psychopharmacology* 2008; 201: 183-193.
- 47- Curran MF, Fuertes JN, Alfonso VC, Hennessy JJ. The association of sensation seeking and impulsivity to driving while under the influence of alcohol. *J Addict Offender Couns* 2010; 30(2): 84-98.
- 48- Businelle MS, McVay MA, Kendzor D, Copeland A. A comparison of delay discounting among smokers, substance abusers, and non-dependent controls. *Drug Alcohol Depen* 2010; 122(3): 247-250.
- 49- Batel P, Pessione F, Maitre C, Rueff B. Relationship between alcohol and tobacco dependencies among alcoholics who smoke. *Addiction* 1995; 90: 977-980.
- 50- Reid RC, Cyders MA, Moghaddam JF, Fong TW. Psychometric properties of the Barratt Impulsiveness Scale in patients with gambling disorders, hypersexuality, and methamphetamine dependence. *Addict Behav* 2013; 39(11): 1640-1645.
- 51- Vassileva J, Paxton J, Moeller FG, et al. Heroin and amphetamine users display opposite relationships between trait and neurobehavioral dimensions of impulsivity. *Addict Behav* 2014; 39(3): 652-659.
- 52- Littlefield AK, Stevens AK, Sher KJ. Impulsivity and alcohol involvement: Multiple, distinct constructs and processes. *Curr Addict Rep* 2014; 1(1): 33-40.
- 53- Bloom EL, Matsko SV, Cimino CR. The relationship between cigarette smoking and impulsivity: A review of personality, behavioral, and neurobiological assessment. *Addict Res Theory* 2013; 18: 1-12.

Tip I Alkolizmi veya Major Depresif Bozukluğu Olan Erkeklerin Çocuklarında Bildirilen Yakınmalar: Kontrollü Bir Araştırma

Symptoms Reported in Children of Males with Type I Alcoholism or Major Depressive Disorder: A Controlled Study

Ali Evren Tufan¹, Rabia Bilici², Zehra Topal³, Nuran Demir⁴, Filiz İzci⁵

ÖZET

Amaç: Ebeveynde alkol kullanım bozukluğu çocuklarının sağlığını hem kalıtsal hem de çevresel etkenler aracılığı ile olumsuz etkileyebilir. Bu çalışmada AMATEM polikliniğine ilk kez başvuran, Tip I Alkolizm tanılı erkek hastaların çocuklarında bildirilen belirtilerin, aynı tedavi merkezinde MDB (Tek Epizod/ Kronik) tanısı ile ayaktan tedavi edilen erkek hastaların ve eşleştirilmiş sağlıklı kontrollerin çocukları ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel desende bu çalışma Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yürütülmüştür. MDB ve AMATEM grupları KGİ ile değerlendirilen bozukluk şiddeti bakımından eşleştirilmiştir. İkinci eksen tanısı klinik muayene ile dışlanmıştır. Kontrol grubu, çalışma grupları ile yaşları eşlenmiş olan, geçmişte psikiyatrik tanı ve tedavi almamış erkeklerden oluşturulmuştur. Değerlendirmelerde ÇGDDÖ ve KGİ kullanılmış ve p 0.05 olarak alınmıştır.

Sonuçlar: Çalışmaya 117 çocuk dahil edilmiştir (AMATEM n=40, MDB n=41, Kontrol= 36). Kontrol grubunda 26, AMATEM grubunda 20, MDB grubunda ise 41 baba bulunmaktadır. ÇGDDÖ'nde en yüksek puanların AMATEM grubunda saptandığı, daha sonra sırasıyla MDB ve kontrol gruplarından çocukların geldiği görülmüştür. Somatik yakınmalar, anksiyete/ depresyon ve içe yönelim toplam puanı dışında tüm alt testler için gruplar anlamlı fark göstermektedir.

Değerlendirme: Tip I alkolizmi olan babaların çocukları MDB tanılı babaların çocuklarına benzemektedir. Tip II alkolizmi olan babaların da dahil edileceği ek araştırmalar, babadaki alkolizmin çocuklar üzerine etkisini netleştirmede işe yarayabilir.

Anahtar Kelimeler: Tip I alkolizm, MDB, ebeveyn, çocuk.

ABSTRACT

Objective: Parental alcohol use disorders can deleteriously affect children's health through both genetic and environmental factors. In this study, it was aimed to compare the symptoms reported in children of male patients with Type I alcoholism who applied to the AMATEM department for the first time with those reported by male outpatients being followed with the diagnosis of MDD (First Episode/ Chronic) at the same treatment center and matched healthy controls.

Method: This cross-sectional study was conducted at the Elazığ Hospital for Mental Disorders. MDD and AMATEM groups were matched in terms of disorder severity measured by CGI. Axis II comorbidity was ruled out by clinical examination. Control group was formed by age-matched males with no psychiatric diagnosis or treatment history. CBCL and CGI-S were used in evaluations and p was set at 0.05.

Results: 117 children were enrolled in the study (AMATEM n= 40, MDD n=41, Control n= 36). Control group involved 26, AMATEM and MDD groups involved 20 and 41 fathers; respectively. It was observed that highest scores in CBCL were in the AMATEM group followed by children from MDD and control groups; respectively. The groups differed significantly for all subscales except somatic complaints, anxiety/depression and total internalizing scores.

Discussion: Children of fathers with Type I alcoholism seem to be similar to those of fathers with MDD. Further studies including fathers with Type II alcoholism may help to elucidate the effects of paternal alcoholism on children.

Key Words: Type I alcoholism, MDD, parent, child.

¹ Doç. Dr., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi

² Uzm. Dr., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, AMATEM Birimi

³ Arş. Gör. Dr., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi

⁴ Arş. Gör. Dr., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi

⁵ Uzm. Dr., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, AMATEM Birimi

İletişim/Corresponding Author:
Doç. Dr. Ali Evren Tufan

E-mail address:
tevrenus@yahoo.com

Date of submission:
June 12, 2014

Date of acceptance:
September 12, 2014

GİRİŞ

Ana babalardaki alkol kullanım bozuklukları çocuklarının sağlığını hem kalıtsal hem de çevresel etkenler aracılığı ile olumsuz etkileyebilir ve bu etkiler çocuğun gelişim dönemine göre değişebilir (1, 2). Eldeki veriler bu çocuklarda hem içe yönelim hem de dışa yönelim yakınmaları ve tanılarının artmış olabileceğini, ergenliklerinde alkol ve diğer maddeleri deneme ve kötüye kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu ve madde kullanımına daha erken başladıklarını düşündürmektedir (3-8). Bu ailelerin sosyoekonomik düzeyleri düşük ve toplumsal destek sistemleri zayıftır. Aile içi çatışmalar, ayrılık/ boşanma, yetersiz ebeveynlik daha sık görülmektedir. Bu çocukların olumsuz yaşam olayları yaşama, ihmal ve istismar edilme riskleri artmıştır (2). Alkol kullanım bozukluğu tanısının hangi ebeveynde bulunduğu, her iki ebeveyn tarafından da karşılanıp karşılanmadığı ve eş tanıların varlığı çocuklara etki yönünden önemli olabilir (2).

Alkol kullanım bozukluğu olan ebeveynin yanı sıra çocuğunun cinsiyeti de psikopatoloji gelişimi yönünden önemli olabilir. Chermack ve arkadaşları (9) kız çocuklarda, Light ve arkadaşları (10) ise erkek çocuklarda psikopatoloji riskinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Heath ve arkadaşları (11) ise erkek ve kız çocuklar arasında psikopatoloji riskinin farklı olmadığını saptamıştır. Ebeveyn cinsiyeti çocuğunun ile etkileşebilir. Örneğin Christoffersen ve Sothill (12) toplum örnekleminde annedeki alkolizmin babadakine göre psikososyal sorunlarla daha yakın ilişki gösterdiğini bildirmiş; Berkowitz ve Perkins (13) ise babadaki alkolizmin psikososyal sorunlar açısından daha önemli olduğunu öne sürmüştür. Dawson ve Grant (14) ise toplum temelli araştırmalarında çocuk ve ebeveynin cinsiyetinin birbiriyle etkileştiğini saptamıştır. Bu araştırmaya göre babada alkolizm varlığı, baba tarafından erkek akrabalar ve erkek çocuklarda, annede alkolizm varlığı ise anne tarafından kadın akrabalar ve kız çocuklarında alkolizm ve Major Depresif Bozukluk (MDB) riskinde artışla karakterizedir.

Alkol Kullanım Bozukluğu'nun pek çok alt tipi olduğu bilinmektedir ve bu alt tipler çocuklara etkileri bakımından farklılık gösterebilir. Bu alanda en sık kullanılan sınıflamalardan birinde Cloninger (15) alkolizmin iki alt gruba ayrılabilirliğini öne sürmüştür. Tip I (Afektif) alkolizm, her iki cinsiyette de görülmekte, görece geç (> 25 yaş) başlamakta,

eşlik eden sorunların daha hafif olması ve anti-sosyal davranışların yokluğu ile karakterize olmaktadır. Cloninger (15) bu alt grupta mizacın zarardan kaçınma boyutunda belirgin artış olduğunu belirtmiştir. Tip II alkolizm ise daha çok erkekleri etkilemekte, erken (< 25 yaş) başlamakta, aile öyküsünün madde kullanım bozuklukları yönünden yüklülüğü, şiddet ve yasal sorunlarla birliktelikle karakterize olmaktadır. Alkol kullanım bozukluğu olan ebeveynlerin bu iki alt tipe göre çocuklarındaki özellikleri değerlendiren araştırmalar görece nadirdir. Ülkemizde geçmişte yapılmış olan bir araştırmada (16) Tip I ve Tip II alkolizmi olan babaların çocukları Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği ile karşılaştırıldığında; Tip I alkolizmde saldırganlık ve toplam sorun alt test puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu Tip II alkolizmi olan babaların çocuklarında ise akademik sorunların ön planda olduğu bildirilmiştir. Ancak bu araştırmada sağlıklı ve diğer bir psikiyatrik bozukluk tanısı olan babalarla karşılaştırma yapılmamıştır. Aynı çalışmacıların diğer bir araştırmasında ise Tip I ve Tip II alkolizm tanıları alan babaların çocuklarında psikopatoloji değerlendirilmiştir. Bu araştırmada babadaki alkolizm tipi ile çocuklarda psikiyatrik tanı alma arasında bir ilişki saptanamamış ancak eş tanı alan babaların çocuklarında psikopatolojinin arttığı bildirilmiştir (17). Bu araştırma çocuklarda psikopatolojiyi yapılandırılmış psikiyatrik muayene ile değerlendirmesi yönünden önemlidir ancak örneklem sayısı (n=35) çalışmanın önemli bir kısıtlılığıdır.

Hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde ana babalardaki ruhsal bozuklukların çocukları üzerine etkilerini değerlendiren araştırmalar yakın zamana kadar anneler üzerine odaklanmış ve babaların etkisini göz ardı etmiştir (18- 20). Babaların daha az değerlendirilmesinin nedenleri arasında; annedeki bozuklukların çocukları üzerine daha olumsuz etkide bulunacağı düşüncesi, baba çocuk ilişkisinin anne ile çocuk arasındakine göre daha az önem taşıdığı ön yargısı ve babaların değerlendirme ve tedavi süreçlerine daha az katılması sayılabilir (20). Zamanla babalardaki ruhsal bozuklukların çocuklar üzerine etkisi giderek daha çok tanınmaya başlamıştır. Wilson ve Durbin (20) 28 araştırmanın meta-analizi ile babadaki MDB'un olumlu ebeveynlik davranışını azaltırken, olumsuz ebeveynliği artırdığını saptamıştır. Daha yakın tarihli bir araştırma babalardaki depresyonun çocuklarının gelişimini geciktirdiğini ve davranış sorunlarını

artırdığını saptamıştır (21). Ülkemizde MDB tanısı alan babaların çocuklarında bildirilen yakınmaları değerlendiren bir araştırmaya rastlanamamıştır.

Bu araştırmada doğu Anadolu bölgesinde bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinin AMATEM polikliniğine ilk kez başvurarak, tedavi edilmek üzere AMATEM birimine yatırılan, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre klinik görüşme ile Alkol Bağımlılığı tanısını alan, Cloninger'in (1987) tiplemesine göre Tip I Alkolizm olarak değerlendirilen, evliliği halen devam etmekte olan, eş ikinci eksen tanılarının dışlandığı, çocuğu 6-18 yaş arasında olan ve çocuğunda süregelen fiziksel hastalığı olmayan erkek hastaların çocuklarında bildirilen belirtilerin, aynı tedavi merkezinde MDB (Tek Epizod/ Kronik) tanısı ile ayaktan tedavi edilen, alkol kullanım bozukluğu ve ikinci eksen eş tanısı olmayan erkek hastaların ve eşleştirilmiş sağlıklı kontrollerin çocukları için bildirilen belirtiler ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Tasarım

Kesitsel desendeki bu çalışma Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nin (ERSHH) Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Tedavi Servisi'nde (AMATEM) yürütülmüştür. Çalışmaya AMATEM polikliniğine ilk kez başvurarak, tedavi edilmek üzere yatırılan, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre klinik görüşme ile Alkol Bağımlılığı tanısını alan, evliliği halen devam etmekte olan, çocuğu 6-18 yaş arasında olan ve çocuğunda süregelen fiziksel hastalığı olmayan erkek hastalar alınmıştır. Hastaların eşlerinde psikiyatrik bozukluk bulunmaması, eşlerinin hamilelikleri sırasında alkol kullanmamış olması, yatışlarından itibaren en az iki hafta geçmiş olması ve detoksifikasyon tedavisinin sonlandırılmış olması şartları aranmıştır.

Aynı hastanenin ayaktan psikiyatri polikliniğinde DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre klinik görüşme ile MDB tanısını alan ve tedavi başlanan, evliliği halen devam etmekte olan, çocuğu 6-18 yaş arasında olan ve çocuğunda süregelen fiziksel hastalığı olmayan erkek hastalar ikinci gruba oluşturmuştur. Hastaların eşlerinde psikiyatrik bozukluk bulunmaması, eşlerinin hamilelikleri sırasında alkol kullanmamış olması, yatışlarından itibaren en az dört hafta geçmiş olması Klinik Global İzlem Ölçeği ile değerlendirilen bozukluk şiddetinin AMATEM grubu ile

anamlı fark göstermemesi şartı aranmıştır. MDB ve AMATEM gruplarında ikinci eksen tanısı takip eden hekimlerin klinik muayenesi ile dışlanmıştır.

Kontrol grubu, çalışma grupları ile yaşları eşlenmiş olan, geçmişte psikiyatrik tanı ve tedavi almamış, evliliği devam etmekte olan hastane çalışanı erkeklerden oluşturulmuştur. Çalışmaya katılan babalar, eşleri ile birlikte çocukları için Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği'ni doldurmuşlardır. Hastalara ve hastane çalışanlarına çalışma hakkında bilgi verilerek onamları alınmıştır. Çocuk ve ergenlerden sözlü onam alınmıştır. Çalışmaya katılmayı reddeden olmamıştır. Psikotik Bozukluğu / mental retardasyonu / süregelen ve tedavi gerektiren medikal sorunları olan hastalar, okuma yazma bilmeyen / çalışmaya katılmayı reddedenler, eşlerinde tanısı konan/ tedavi uygulanan psikiyatrik bozukluk bulunanlar, dul/ boşanmış/ ayrı yaşayanlar, çocuksuz hastalar ve çocuklarının tanısı konmuş bir fiziksel hastalığı olanlar çalışmadan dışlanmıştır. Ebeveynlerin doldurduğu Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği puanları, babaların tanılarında kör olan bir çocuk psikiyatrisi uzmanı ve iki çocuk psikiyatrisi asistanı tarafından değerlendirilmiş ve kesim puanlarının üzerinde olan çocukların çocuk psikiyatrisi polikliniğine getirilmeleri önerilmiştir.

Ölçüm Araçları

6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) (Child Behavior Checklist for Ages 6-18, CBCL): Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ), 6-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin yeterlilik alanları ve sorun davranışlarını ebeveynlerinden elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmek için Achenbach ve Edelbrock (22) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin 1991 formunun Türkçeye çevirisi Erol ve Kılıç tarafından yapılmış ve ülkemizdeki 1985 formuyla devamlılığı sağlayabilmek için gözden geçirilmiştir (23, 24).

ÇGDÖ'den "İçe Yönelim" ve "Dışa Yönelim" olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe yönelim grubu "Sosyal İçe Dönüklük", "Somatik Yakınmalar", "Anksiyete/Depresyon", Dışa yönelim grubu ise "Suça Yönelik Davranışlar" ve "Saldırgan Davranışlar" alt ölçeklerinin toplamından oluşmaktadır. Ayrıca her iki gruba da girmeyen "Sosyal Sorunlar", "Düşünce Sorunları" ve "Dikkat Sorunları" da ölçekte yer almaktadır. Bu alt ölçek

puanlarının toplamından “Toplam Sorun” puanı elde edilmektedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği 0.70 ve 0.84; iç tutarlılık değerleri ise 0.39 ve 0.86 olarak bulunmuştur (23, 24). Araştırmamızda ölçek anne ve babalar tarafından doldurulmuş ve iç tutarlılık değerleri 0.35 ve 0.95 olarak saptanmıştır.

Klinik Global İzlem Ölçeği (CGI): Hastalık şiddetinin klinisyen tarafından “1” (Hasta Değil) ile arasında “7” (İleri Derecede Hasta) olarak değerlendirildiği bir ölçektir (25).

İstatistik Analiz

Çalışma verilerinin yorumlanmasında tanımlayıcı istatistikler, Spearman Korelasyon Analizi, ki kare ve Mann-Whitney U testleri uygulanmıştır. Gerekğinde Fisher düzeltmesi uygulanmıştır. İstatiksel analizlerde Statistical Package for Social Sciences for Windows 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL., USA) programı kullanılmıştır. Önermeleri test etmek için Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı/ Bağımlılığı tanılarını alan ve eşlerinde psikiyatrik bozukluk olmayan babaların; eşleri ile beraber çocukları için doldurdıkları ÇGDÖ puanları ile MDB tanısı alanlar ve hastane çalışanı babaların eşleri ile beraber çocukları için doldurdıkları ÇGDÖ puanları karşılaştırılmıştır. p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı olarak kabul edilmiştir. Tüm karşılaştırmalar çift yönlü yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya 117 çocuk dahil edilmiştir (AMATEM n=40, MDB n=41, Kontrol= 36). Kontrol grubunda 26, AMATEM grubunda 20, MDB grubunda ise 41 baba bulunmaktadır. Tüm gruplarda kız çocuklar çoğunluktadır (sırasıyla, Kontrol=20, %55.6, AMATEM = 23, % 57.5, MDB = 23, %56.1). Kontrol grubundaki babaların çoğu (n=28, %77.8) memur iken, hasta grubundaki babaların çoğunun serbest olarak çalıştığı veya işçi olduğu gözlenmiştir (AMATEM grubu için; sırasıyla n=18, % 45.0 ve n=9, % 22.5; MDB grubu için; sırasıyla n= 16, % 40.0 ve n=19, % 47.5). Annelerin çoğu ev kadınıdır (sırasıyla; Kontrol=33, % 91.7, AMATEM =40, % 100.0, MDB= 37, % 90.2). Kontrol grubundaki babaların çoğunlukla lise (n=15, % 41.7) ve yüksekokul (n=13, % 36.1) düzeyinde öğrenim gördükleri saptanmıştır. AMATEM grubundaki babalar ise çoğunlukla ilk (n=20, % 50.0) veya ortaokul düzeyinde öğrenim görmüşlerdir (n=16, % 40.0). MDB grubundaki babaların çoğu lise (n=19, % 50.0) ve ilkokul düzeyinde (n= 14, % 36.8) eğitim almıştır. Tüm gruplardaki çocukların anneleri ise çoğunlukla ilkokul düzeyinde öğrenim görmüşlerdir (Kontrol=19, %52.8, AMATEM=15, %37.5, MDB= 22, %56.4). Kontrol grubundaki annelerin daha yaşlı olması dışında anlamlı fark saptanamamıştır. Ebeveynler ve çocuklarının sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1: Ebeveynler ve çocuklarının sosyodemografik ve klinik özellikleri

	AMATEM (n=40)	MDB (n=41)	Kontrol (n=36)	p*
Yaş	11.6 (3.4)	11.1 (3.4)	11.5 (3.6)	0.7
Öğrenim (yıl)	4.1 (3.1)	4.6 (3.4)	4.4 (3.5)	0.7
Anne yaşı	36.1 (5.9)	34.1 (4.7)	38.6 (5.0)	0.003
Baba yaşı	41.1 (6.0)	40.5 (6.1)	43.1 (5.3)	0.07
Anne öğrenimi (yıl)	5.1 (3.8)	7.1 (3.2)	6.5 (3.5)	0.1
Baba öğrenimi (yıl)	10.4 (2.7)	10.0 (2.5)	11.1 (2.8)	0.09
Baba KGİ-C	4.8 (0.7)	4.7 (0.7)	1.0 (0.0)	0.00

*Kruskal-Wallis Testi

Ebeveynlerin çocukları için doldurdıkları ÇGDÖ testleri değerlendirildiğinde, tüm alt testler için en yüksek puanların AMATEM grubunda saptandığı, daha sonra sırasıyla MDB ve kontrol

gruplarından çocukların geldiği görülmüştür. Somatik yakınmalar, anksiyete/ depresyon ve İçe Yönelim toplam puanı dışında tüm alt testler için gruplar anlamlı fark göstermektedir (Tablo 2).

Tablo 2: AMATEM, MDB ve kontrol grubundaki babaların çocukları için doldurulan Çocuklar ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ, CBCL) alt testlerinden alınan T puanları

		AMATEM (Ort., S.D.)	MDB (Ort., S.D.)	Kontrol (Ort., S.D.)	p
İçe Yönelim Sorunları	Sosyal İçe Dönüklük	53.1 (10.4)	50.1 (9.9)	47.2 (8.9)	0.04
	Somatik Yakınmalar	51.6 (10.8)	49.9 (10.0)	47.8 (8.7)	0.20
	Anksiyete/ Depresyon	52.9 (9.4)	50.2 (9.9)	48.9 (10.3)	0.20
İçe Yönelim Toplam		52.4 (9.8)	50.0 (10.0)	47.4 (9.5)	0.08
Dışa Yönelim Sorunları	Suçla yönelik davranışlar	54.5 (11.6)	50.0 (10.0)	45.1 (3.7)	0.00
	Saldırgan davranışlar	54.4 (10.0)	49.9 (10.0)	44.7 (7.2)	0.00
Dışa Yönelim Toplam		54.8 (10.0)	49.9 (9.8)	44.1 (6.4)	0.00
Sosyal		52.9 (9.9)	50.0 (10.0)	46.7 (9.1)	0.02
Düşünce		52.7 (11.2)	50.0 (10.0)	46.5 (8.0)	0.05
Dikkat		53.9 (9.5)	50.4 (9.5)	45.6 (9.0)	0.00
Toplam Sorun		54.5 (9.4)	49.7 (10.0)	45.3 (8.1)	0.00

* Kruskal-Wallis Testi

Erol ve Şimşek'in (19) önerdiği şekilde, içe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorun alt testleri T puanları 64 ve üzeri olanlar ve/ veya diğer alt testler için T puanları 70 ve üzeri olanların klinik düzeyde sorunu olabileceği kabul edildiğinde; kontrol grubundan sadece üç çocuğun içe yönelim alt testinden anlamlı düzeyde puan aldığı diğer tüm alt testlerde AMATEM ve MDB gruplarının kontrollerden farklılaştığı görülmüştür.

Bazı babaların birden fazla çocukları değerlendirmeye alındığından, tek bir çocuğu olan babalar ayrıca analiz edilerek gruplar arası farkların değişip değişmediği kontrol edilmiştir. Bu

analizde anksiyete / depresyon, dikkat sorunları, suçla yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar, dışa yönelim sorunları ve toplam sorunlar bakımından grupların anlamlı fark göstermeye devam ettiği görülmüştür (Kruskal-Wallis Testi, sırasıyla p= 0.03, 0.00, 0.04, 0.00, 0.00 ve 0.01).

AMATEM ve MDB grubundaki babaların çocuklarını değerlendirmelerinin KGİ ile değerlendirilen hastalık şiddetinden etkilenip etkilenmediğini saptayabilmek için KGİ ve ÇGDÖ puanları arası ikili korelasyonlar Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirilmiş ancak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Tablo 3: ÇGDÖ alt testlerinde klinik olarak anlamlı düzeyde puan alanların alt gruplara göre oranı

		AMATEM (n=40)	MDB (n=41)	Kontrol (n=36)
İçe Yönelim Sorunları	Sosyal İçe Dönüklük	% 2.5 (1)	% 4.8 (2)	% 0.0 (0)
	Somatik Yakınmalar	% 7.5 (3)	% 2.4 (1)	% 2.8 (1)
	Anksiyete/ Depresyon	% 5.0 (2)	% 4.8 (2)	% 0.0 (0)
İçe Yönelim Toplam		% 17.5 (7)	% 12.2 (5)	% 8.4 (3)
Dışa Yönelim Sorunları	Suçla yönelik davranışlar	% 15.0 (6)	% 4.8 (2)	% 0.0 (0)
	Saldırgan davranışlar	% 12.5 (5)	% 4.8 (2)	% 0.0 (0)
Dışa Yönelim Toplam		% 17.5 (7)	% 9.6 (4)	% 0.0 (0)
Sosyal		% 7.5 (3)	% 2.4 (1)	% 5.6 (2)
Düşünce		% 10.0 (4)	% 2.4 (1)	% 2.8 (1)
Dikkat		% 5.0 (2)	% 2.4 (1)	% 0.0 (0)
Toplam Sorun		% 20.0 (8)	% 9.6 (4)	% 0.0 (0)

TARTIŞMA

Bu araştırmada Doğu Anadolu Bölgesi'nde tedavi edilmek üzere AMATEM birimine yatırılan, daha önce herhangi bir psikiyatrik tedavi almamış, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre klinik görüşme ile Alkol ve Madde Bağımlılığı veya Kötüye Kullanımı tanılarını alan erkek hastaların çocuklarında belirtilen yakınmaların değerlendirilmesi ve MDB tanılı babalar ve sağlıklı babaların çocukları için bildirilen yakınmalar ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmamızda en yüksek puanların AMATEM grubunda saptandığı, daha sonra sırasıyla MDB ve kontrol gruplarından çocukların geldiği görülmüştür. Somatik yakınmalar, anksiyete/ depresyon ve İçe Yönelim toplam puanı dışında tüm alt testler için gruplar anlamlı fark göstermektedir. İçe yönelim sorunları klinik olarak anlamlı düzeyde olan çocukların oranı AMATEM grubunda sağlıklı kontrollerdekine göre iki kat artmış olarak bulunmuştur. Dışa yönelim ve toplam sorun alt testlerinde klinik olarak anlamlı düzeyde puan alan çocukların tümü AMATEM ve MDB gruplarındadır ve AMATEM grubunda bu çocukların oranı MDB grubuna göre iki kat artmıştır.

Seher ve arkadaşları (17) Tipi I alkolizmi olan babaların çocuklarında ruhsal bozukluk yaygınlığını % 60 olarak bildirmiştir. Bu araştırmada çocukların karşıladığı bildirilen tanılar MDB, Separasyon Anksiyetesi, Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu, kekemelik, enürezis, tik, yaygın anksiyete, karşıt olma - karşı gelme ve öğrenme bozukluklarını içermektedir. Yine bu araştırmada en az 2 tanıyı karşılayan çocukların oranı % 32.0 olarak bildirilmiştir. DSM-IV-TR gibi kategorik tanı sistemlerinden farklı olarak ÇGDÖ, ebeveynler tarafından bildirilen yakınmaları boyutsal olarak değerlendirmektedir. Dolayısıyla, araştırmamızda ÇGDÖ'nün farklı alt ölçeklerinde anlamlı ölçüde yüksek puanlar saptanması Seher ve arkadaşlarının (17) bildirmiş olduğu farklı tanımlarla uyumlu yakınmaları yansıtabilir. Ancak, aynı araştırmacıların ÇGDÖ ile yürütmüş oldukları diğer bir araştırmada Tip I alkolizmi olan babaların çocuklarında sadece saldırganlık ve toplam sorun alt testlerinde anlamlı ölçüde yüksek puan saptamış olmaları bu önermeyle uyuşmamaktadır (16). Bu fark araştırmaların örneklemelerine (üçüncü basamak eğitim hastanesinin AMATEM servisine karşılık ikinci basamak bölge hastanesinin AMATEM servisi),

araştırmanın yürütülmüş olduğu coğrafi bölgeye (Ege Bölgesine karşılık Doğu Anadolu Bölgesi) veya bizim araştırmamızda ÇGDÖ'nin her iki ebeveyn tarafından doldurulmuş olmasına bağlı olabilir.

Geçmişte üretilmiş olan araştırmalarda ana ya da babada MDB tanısının çocuklarda hem içe hem de dışa yönelim bozukluklarının sıklığını artırdığı bildirilmiştir (20, 21, 26). Ülkemizde daha önce yapılmış olan bir araştırmada annesinde MDB olan çocukların %70.6'sının bir ruhsal bozukluk tanısını karşıladığı bildirilmiştir. Bu araştırmaya MDB tanısı alan tek bir baba ve çocuğu dahil edilebilmiştir. Bu çocukta da MDB saptanmıştır. MDB tanılı annelerin çocuklarında bildirilen tanılar Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu, dışa atım bozukluğu, MDB, kekemelik ve tik bozukluklarını içermiştir (18). Ülkemizde daha önce yürütülmüş olan ve MDB, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluk tanılı annelerin çocuklarında bildirilen yakınmaları ÇGDÖ ile değerlendirmiş olan diğer bir araştırmada ise dikkat sorunları, saldırgan davranışlar ve sosyal içe dönüklük alt testlerinden anlamlı ölçüde daha yüksek puanlar bildirilmiştir (19). Araştırmamızda, geçmiş araştırmalarda bildirildiğine benzer biçimde MDB tanılı babaların çocuklarının ÇGDÖ'nin anksiyete / depresyon ve somatik yakınmalar dışında tüm alt testlerinde kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek puanlar gösterdikleri saptanmıştır. Verilerimiz babadaki MDB tanısının da çocuklar için annedekine benzer önemde olduğu önermesini desteklemektedir.

Yaptığımız çalışmada yazındaki bilgilerle uyumlu olarak, somatik yakınmalar, anksiyete / depresyon ve içe yönelim alt testleri dışında tüm alt testlerde AMATEM grubu, MDB ve kontrol gruplarına göre anlamlı ölçüde yüksek puan almıştır. Tip I alkolizm ayrıca afektif alkolizm olarak da adlandırıldığı, nöbetler halinde alkol alımı, suçluluk duyguları ve anksiyete / depresyonda olduğu gibi mizacın zarardan kaçınma boyutunda artış ile karakterize olduğundan bu babaların çocukları somatik yakınma, anksiyete/ depresyon ve içe yönelim belirtileri bakımından MDB grubuna benzeyebilir (15). Buna karşılık Tip II Alkolizmi olan babaların çocuklarının diğer alt testler bakımından Tip I alkolizmden farklılaşabileceği düşünülebilir. Bu önermeyi test edebilmek için ek araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Geçmiş araştırmalarda ÇGDÖ Toplam Sorun T puanı 63 ve üzeri olanların oranı alkolik ebeveynlerin çocuklarında % 26- 23, 70

ve üzeri olanların oranı ise % 10- 7 civarında bildirilmiştir (27, 28). Araştırmamızda toplam sorun T puanı 64 ve üzeri olanların AMATEM grubunda oranı % 20 olarak saptanmıştır ve bu sonuç daha önce bildirilenlerle uyumludur.

Araştırmamızın en önemli kısıtlılığı, çocukların psikiyatrik muayene ile doğrudan değerlendirilmemiş olmasıdır. Çeşitli psikiyatrik tanıları karşılayan ebeveynlerin çocuklarının ÇGDÖ ve benzeri ölçekler aracılığı ile dolaylı olarak değerlendirildiği araştırmaların hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde daha önce gerçekleştirilmiş olması, babalardaki ruhsal bozuklukların çocukları üzerine etkilerini değerlendiren araştırmaların sayıca azlığı ve iki ayrı tanıyı karşılayan babaların çocuklarının birbirleri ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırılmış olması sebebiyle çalışmamız sunulmaya değer görülmüştür (17- 21, 27, 28). Ölçeklerden kesim puanı üzerinde alan çocuklar psikiyatrik muayeneye yönlendirilmiş ve ailelerine bilgi verilerek ruh sağlıkları desteklenmeye çalışılmıştır. ÇGDÖ'nde bildirilen yakınmaların babaların ruhsal bozukluklarından etkilenmesini önlemek amacıyla ölçek her iki ebeveyn tarafından birlikte doldurtulmuştur. Ancak annelerin geçmişte herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı alıp almadıkları ve gebelikleri sırasında alkol kullanıp kullanmadıkları sözel olarak sorgulandığından, ölçek puanlarının ebeveynlerin ruhsal bozukluklarından etkilenmesi olasılığı tamamen dışlanamamıştır. Ayrıca babaların geçmişlerindeki DEHB öyküsünün Wender-Utah ve benzeri ölçeklerle dışlanmamış olması bir kısıtlılık olarak sayılabilir.

Ayrıca babalarda yapılandırılmış görüşme teknikleri kullanılarak eşlik eden I. ve II. eksen psikopatolojilerin taranmamış olması, kontrol grubu ile çalışma grubundaki ailelerin işlevsellik açısından denkleştirilmemiş olması, çocukların K-SADS gibi yapılandırılmış görüşmelerle değerlendirilmemesi, Tip II alkolizmi olan babaların dahil edilmemesi ve ölçeklere dayanan kesitsel bir çalışma olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır. İleride yapılacak olan araştırmalarda çevresel etkenleri anlayabilmek için benzer işlevsellikçe sahip kontrol grupları oluşturulması her iki ebeveynin de I. ve II. eksen psikopatolojiler açısından yapılandırılmış görüşme teknikleri ile taranması, sosyoekonomik ve sosyokültürel etkileri en aza indirmek için homojen örneklemelerin oluşturulması ve uzun süreli takip çalışmaları konuyla ilgili bilinmeyenlere katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Grant BF. Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *Am J Public Health* 2000; 90: 112- 115
- 2- Sher KJ, Walitzer KS, Wood PK, Brent EE. Characteristics of children of alcoholics: putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 427-428
- 3- Carbonneau R, Tremblay RE, Vitaro F, et al. Paternal alcoholism, paternal absence and the development of problem behaviors in boys from age six to twelve years. *J Stud Alcohol* 1998; 59: 387- 398.
- 4- Chassin L, Barrera M. Substance use escalation and substance use restraint among adolescent children of alcoholics. *Psychol Addict Behav* 1993; 7: 3- 20.
- 5- Chassin L, Pitts SC, De Lucia C, Todd M. A longitudinal study of children of alcoholics: predicting young adult substance use disorders, anxiety and depression. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 106- 119.
- 6- Chassin L, Rogosch F, Barrera M. Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *J Abnormal Psychol* 1991; 100: 449- 463.
- 7- Puttler RI, Zucker RA, Fitzgerald HE, Bingham R. Behavioral outcomes among children of alcoholics during the early and middle childhood years: familial subtype variations. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22: 1962- 1972.
- 8- Rubio-Stipec M, Bird H, Canino G, et al. Children of alcoholic parents in the community. *J Stud Alcohol* 1991; 52: 78- 88.
- 9- Chermack ST, Stoltenberg SF, Fuller BE, Blow FC. Gender differences in the development of substance-related problems: the impact of family history of alcoholism, family history of violence and childhood conduct problems. *J Stud Alcohol* 2000; 61: 845- 852
- 10- Light JM, Irvine KM, Kjerulf L. Estimating genetic and environmental effects of alcohol use and dependence from a national survey: a "quasi-adoption" study. *J Stud Alcohol* 1996; 1996; 57: 507- 520.
- 11- Heath AC, Bucholz KK, Madden PA, et al. Genetic and environmental contributions to alcohol dependence risk in a national twin sample: consistency of findings in women

- and men. *Psychol Med* 1997; 27: 1381- 1396.
- 12- Christoffersen MN, Soothill K. The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *J Subst Abuse Treat* 2003; 25: 107- 116.
 - 13- Berkowitz A, Perkins HW. Personality characteristics of children of alcoholics. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 206- 209
 - 14- Dawson DA, Grant BF. Family history of alcoholism and gender: their combined effects on DSM-IV alcohol dependence and major depression. *J Stud Alcohol* 1998; 59 (1): 97-106.
 - 15- Cloninger CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987; 236: 410- 416.
 - 16- Akbaş S, Tütüncü E, Tamar M, ve ark. Tip I ve Tip II alkolik çocuklarında akademik başarı. *Bağımlılık Derg* 2003; 4: 91- 95
 - 17- Akbas S, Tütüncü E, Tamar M, ve ark. Tip I ve Tip II alkoliklerin çocuklarında psikopatoloji. *Bağımlılık Derg* 2004; 5: 101- 106.
 - 18- Yıldız ÖÇÖ, Şişmanlar ŞG, Ağaoğlu B, ve ark. Anne - babalarında ruhsal bozukluk olan çocukların ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* 2006; 9: 123- 130.
 - 19- Tufan AE, Boşgelmez Ş. Major depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu tanılarını alan annelerin çocuklarında bildirilen bedensel yakınmalar arasında bir fark olabilir mi: Bir Ön Çalışma. *Türkiye’de Psikiyatri* 2009; 11 (1): 1-7.
 - 20- Wilson S, Durbin CE. Effects of paternal depression on fathers’ parenting behaviors: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 167- 180
 - 21- Fletcher RJ, Feeman E, Garfield C, Vimpani G. The effects of early paternal depression on children’s development. *Med J Aust* 2011; 195: 685- 689.
 - 22- Achenbach TM, Edelbrock C. Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry 1981.
 - 23- Erol N, Arslan L, Akçakın M. The adaptation and Standardization of the Child Behavior Check-list among 6-18 Year Old Turkish Children. *Eunethydis European Approaches to Hyperkinetic Disorders içinde*. Sergeant J (ed), Fotorotor, Egg, Zurich, 1995: 109-113.
 - 24- Erol N, Şimşek Z. Okul Çağı Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı. Mentis Yayınevi, Ankara 2010.
 - 25- Guy W. Early clinical drug evaluation unit (EC-DEU) assessment manual for psychopharmacology. Revised. NIMH publication DHEW publ NO (Adm) 76-338. Bethesda MD: National Institute of Mental Health 1976; 217-222.
 - 26- Bijl RV, Cuijpers P, Smit F. Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. *Soc Psychiatric Epidemiol* 2002; 37: 7-12.
 - 27- Jacob T, Leonard K. Psychosocial functioning in children of alcoholic fathers, depressed fathers and control fathers. *J Stud Alcohol* 1986; 47: 373- 380.
 - 28- Wall TL, Garcia-Andrade C, Wong V, et al. Parental history of alcoholism and problem behaviors in native-american children and adolescents. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24 (1): 30- 34.

Compulsive Buying Scale: Validity, Reliability and Its Psychometric Characteristics in Our Society

Zorlantılı Satınalma Ölçeği: Geçerlik, Güvenilirlik, Toplumumuzda Psikometrik Özellikleri

Zeki Yüncü¹, Sermin Kesebir²

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to search the validity and reliability of compulsive buying scale belonging to Valence, d'Astous and Fortier on our language.

Method: 10 cases diagnosed with impulse control disorder not otherwise specified (compulsive buying) and 100 cases diagnosed with bipolar disorder, which are in 8 weeks remission period, are taken into this study according to DSM-IV. Healthy individuals from our hospital staff are taken into this study. These healthy individuals do not have any psychiatric symptoms and psychiatric treatment according to SCID-NP. This staffs are similar to cases with bipolar disorder in terms of age and gender. Scale validity, internal consistency and reliability are stated by factor analysis and correlations. Susceptibility, specificity, prevalence and cut off point are determined by ROC curve.

Results: The average point of compulsive buying scale in cases diagnosed with bipolar disorder and compulsive buying is higher than healthy individuals. Internal consistency of the scale is calculated as 0.80. This test disintegrates into 3 dimensions in factor analysis. Tendency to spend corresponds 22.5 % of the variance, reactive aspect corresponds 53 % of the variance and guilty corresponds 24.5 % of the variance. There found a strong relation between Compulsive Buying Scale and Baratt Impulsivity Inventory. There found a moderate relation between Compulsive Buying Scale and Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory. There exists a strong reverse correlation between Compulsive Buying Scale and Rosenberg Self Esteem Scale. Scale sensitivity is determined as 0.790 and specificity is determined as 0.955 in ROC curve. According to this prevalence is determined as 9.6 % and cut off point is calculated as 42 and more in 95 % confidence interval.

Conclusion: It is stated that compulsive buying scale distinguishes the cases diagnosed with bipolar disorder and compulsive buying from healthy individuals. Turkish forms of compulsive buying scale are acceptable. These forms are also short, simple, based on self report and easy to apply.

Key Words: Compulsive buying, validity, reliability

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Valence, d'Astous ve Fortier'e ait olan zorlantılı satınalma ölçeğinin dilimizdeki geçerlik ve güvenilirliğini araştırmaktır.

Yöntem: Bu amaçla, ayaktan hasta birimimizde izlenen ve bilgilendirilmiş onam veren, DSM-IV'e göre Dürtü kontrol bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan (zorlantılı satınalma) tanılı ve eştanısı bulunmayan 10, iki uçlu bozukluk tanılı ve en az 8 haftadır düzelme döneminde olan 100 olgu ardışık olarak ölçeklerle değerlendirilmiştir. Sağlıklı bireyler SCID-NP ölçütlerince daha önce psikiyatrik yakınması, başvurusu ve tedavi öyküsü olmayan, yaş ve cinsiyet olarak iki uçlu bozukluk olguları ile benzer hastanemiz çalışanlarıdır. Ölçek geçerliliği, iç tutarlılık, geçerliliği faktör analizi ve test bağıntıları ile ortaya konmuştur. Duyarlılık, özgüllük, yaygınlık ve kesme noktası ROC eğrisi ile saptanmıştır.

Bulgular: Hasta grubunda zorlantılı satınalma ölçeği puan ortalaması iki uçlu bozukluk ve zorlantılı satınalma tanılı olgularda sağlıklı bireylerden yüksektir ($p=0.018$ ve $p<0.001$). Ölçeğin iç tutarlılığı 0.80 olarak hesaplanmıştır. Faktör analizinde ayrılan üç alt boyuttan harcama eğilimi, varyansın % 22.5'ini, reaktif satınalma varyansın % 53'ünü ve suçluluk alt boyutu varyansın % 24.5'ini karşılamaktadır. Zorlantılı satınalma ölçeği ile Baratt Dürtüsellik Ölçeği arasında güçlü, zorlantılı satınalma ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği arasında ise orta derecede bir bağıntı gösterilmiştir. Zorlantılı satınalma ölçeği ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği arasında güçlü bir ters bağıntı vardır. ROC eğrisinde ölçek duyarlılığı 0.790, özgüllüğü 0.955 olarak saptanmıştır. Buna göre % 95 güven aralığında yaygınlık % 9.6, kesme noktası 42 ve üzeri olarak hesaplanmıştır.

Sonuç: Zorlantılı satınalma ölçeğinin, iki uçlu bozukluk ve zorlantılı satınalma tanılı olguları sağlıklı bireylerden ayırt ettiği gösterilmiştir. Zorlantılı satınalma ölçeği Türkçe formu, kabul edilebilir geçerlik ve güvenilirlik test sonuçları ile kısa ve basit, kişinin geri bildirimine dayalı ve uygulama kolaylığı olan bir ölçüm aracıdır.

Anahtar Kelimeler: Zorlantılı satınalma, geçerlik, güvenilirlik.

¹ Doç. Dr., Ege Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir

² Prof. Dr., Üsküdar Üniversitesi İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi, İstanbul

İletişim/Corresponding Author:
Doç. Dr. Zeki Yüncü

E-mail address:
zekiyuncu@gmail.com

Date of submission:
August 5, 2014

Date of acceptance:
September 23, 2014

INTRODUCTION

Cases of compulsive buying were first reported in the literature in 1992 (1). Compulsive buying may be defined as spending money excessively and irrationally or excessive buying of things which are not needed. According to ICD-10 and DSM-IV, compulsive buying is defined as “not otherwise specified impulse control disorder” (2). It was established to be the most common of impulse control disorders by Grant and colleagues (3). In some reports, it is evaluated among “obsessive compulsive spectrum disorders” and in some others among “behavioral dependencies” (4-7). Mood irregularity, tendency to being dependent and lack of cognitive control are presented as components of compulsive buying in both models (8). When it is linked to daily life events and positive affect, it is stated that after buying action, this positive affect decreases and disappears and meanwhile the urge to buy arises again (9). Based upon the fact that, the frequency of buying behavior does not prevent the decrease in mood, the impulsive nature of the action was stressed.

The most important comorbid diagnoses of compulsive buying are mood and anxiety disorders, obsessive compulsive disorder (OCD), binge eating, substance use disorder (SUD), personality disorder and impulse control disorders (10). It has been reported that especially comorbid diagnosis of mood disorder increases the severity of compulsive buying. (11, 12). It has been suggested that compulsive buying has a familial component and mood disorder and SUD was found to be more common in the families of these people (13). In another recent study, behavioral dependencies including compulsive buying were investigated among cases diagnosed with bipolar disorder (BD) and found to be more common than healthy controls (14). In the same study, in bipolar cases with behavioral dependence, impulsivity scores were found to be higher than those in other BD cases while their cooperativeness scores were lower.

Valence et al's defined four dimensions of compulsive buying behavior (15). The first one is a state of strong emotional arousal and increased inner tension. This component was termed “tendency to spend”. Second dimension termed “reactive aspect” refers to the knowledge that buying will decrease this tension and not being able to cope with this tension. Third one is the post purchase guilt at cognitive level. Fourth dimension, char-

acteristics of the family environment of these individuals were described. However, this dimension, including the nature of intra family relations, was excluded from the scale as its coefficient of inner consistency was found to be low.

Individuals who suffer from compulsive buying can not evaluate their condition as a disease and do not attempt to seek treatment unless other psychiatric complaints are also present. In addition, if compulsive buying is not mentioned as special condition or is not the subject of an investigation, it is not questioned much by physicians or psychiatrists. However, they incur marked material losses. These material losses are followed by difficulties and losses experienced in interpersonal relations in family, and with friends and business associates. Therefore, compulsive buying is a phenomenon that should be questioned, defined and treated in clinical practice.

However, there is no measurement tool whose reliability and validity has been demonstrated in our country. Compulsive buying scale developed by Valence et al's was used in many studies (16-18). Its translation and reliability of translation were made by Kesebir et al's in our country (18). It is a measurement tool which is short, simple and easy to administer based upon self report. The aim of the present study is to investigate the reliability and validity of compulsive buying scale developed by Valence, d'Astous and Fortier in our language and secondarily to examine the psychometric characteristics of compulsive buying in our society.

METHODS

Sample

For this aim, 10 cases diagnosed with impulse control disorder not otherwise specified (compulsive buying) and 100 cases diagnosed with bipolar disorder, which are in 8 weeks remission period, are taken into this study according to DSM-IV. Healthy individuals group was composed of the staff of our hospital who did not have any psychiatric referral, compliant and treatment history before according to SCID-NP criteria, and who were similar to BD cases in terms of age and gender. Gender ratios (female/male) were 58/49 in patients group and 55/45 in healthy individuals. Mean of age were 34.05 ± 6.8 and 32.74 ± 9.1 respectively. As feedback from 3 cases

in BD group was not found to be reliable, the data of overall 207 individuals were evaluated.

Tools

Structured Clinical Interview for DSM-IV -Axis I Disorders (SCID-I): Turkish version of structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (19).

Structured Clinical Interview for DSM-III-R -nonpatients (SCID-NP): Turkish version of structured clinical interview for DSM-III-R –nonpatients (20).

Compulsive buying scale (CBS): This scale has 12 items and is a likert type scale in which each item is rated between 1 and 5 (15). Faber and O’Guinn’s version, rating was changed to “never” and “always” thinking that its semantic correspondence would be better (21). This version was preferred in the present study. In the reliability and validity testing of the translation, in test-retest administration with 20 healthy individuals, temporal consistency was found to be 0.94 (18).

Valence et al’s defined four dimensions of compulsive buying behavior (15). The first one is a state of strong emotional arousal and increased inner. This componets was termed “tendency to spend”. Second dimension termed “reactive aspect” refers to the knowledge that buying will decrease this tension and not being able to cope with this tension Third one is the post purchase guilt at cognitive level. Fourth dimension, characteristics of the family environment of these individuals were described. However, this dimension, including the nature of intra family relations, was excluded from the scale as its coefficient of inner consistency was found to be low. Compulsive buying scale developed by Valence et al’s was used in many studies. (16-18).

Barratt Impulsivity scale (BIS): This scale was developed by Barratt et al’s to measure impulsivity and has 30 items filled by the patients and its validity and reliability study in turkish was carried out by Güleç et al (22).

Beck Depression Inventory (BDI): It includes 21 items regarding depressive symptoms. In each item, there is a self report statement of four likert type. Its validity and reliability study in Turkish was carried out by Hisli (23).

Beck Anxiety Inventory (BAI): It is a 4 Lik-

ert type self evaluation scale developed by Beck. Its validity and reliability study in Turkish was carried out by Ulusoy et al (24).

Rosenberg self esteem scale (RSES): It was developed by Morris Rosenberg in 1965 and includes overall 63 items, with 12 subscales. Subscale of self esteem includes 10 items and is of four Likert type. It was adapted into Turkish by Çuhadaroglu (25).

Statistical analysis

Whether the sample size was adequate was tested using Kaiser Meyer Olkin measurement. Group comparisons were made with t test and variance analysis and, posthoc Bonferroni correction was made. For the reliability of the scale, cronbach alpha coefficient was calculated for inner consistency and item analysis was made. Structural validity was tested with factor analysis (Varimax PCA rotation). Confirmatory factor analysis was also made. In the evaluation of correlation with other scales for nomologic validity, Pearson correlation test was used. ROC curve was used in the determination of cutoff point.

RESULTS

KMO was calculated as 0.712 ($p= 0.005$, $ds= 153$, $\chi^2= 621.155$) for he size of the sample. No difference was found between patient and control groups matched for age (35.4 ± 10.6 and 34.1 ± 6.5) and gender (F/M: 57/50 and 57/43) in terms of BDI and BAI scores. RSES and BIS scores were found to be higher in patient groups ($p= 0.009$ and 0.035), while RSES score was higher in healthy individuals. ($p= 0.050$), (table-1).

In patient group, mean CBS score was 39.61 ± 9.45 in BD cases and 51.47 ± 5.34 in CB cases, being higher in both groups than healthy individuals ($p= 0.018$ and $p< 0.001$).

Internal consistency and Item Analysis

Internal consistency value of the scale was calculated to be 0.80. Variance value of each item and scale corelation is demonstrated in table-2.

Structure validity

In factor analysis, three dimensions were differentiated (table-3). Tendency to spend accounts for 22.5% of variance, reactive aspect for 53% of variance and guilt for 24.5% of variance (table-4).

Table 1: Comparing of CBS, BIS, BDI, BAI and RSES scores

	Patient n= 107	Control n= 100	Analysis t/ p	
CBS	45.6±4.44	28.3±8.12	3.33	0.009
BIS	32.14±11.12	23.44±12.32	2.23	0.035
BDI	8.51±3.72	7.18±4.03	1.16	0.180
BAI	10.34±5.51	9.52±5.73	0.70	0.395
RSES	17.13±4.91	19.72±4.85	1.70	0.050

CBS: Compulsive buying scale

BIS: Barratt impulsivity scale

BDI: Beck depression inventory

BAI: Beck anxiety inventory

RSES: Rosenberg self-esteem scale

F= 25.949, p= 0.001

Posthoc (Bonferroni) for CBS: BD=CB>HC (p= 0.018 ve p< 0.001)

Table 2: Item Analysis

Item number	Mean of item	Variance of item-scale	Correlation of item-scale	Cronbach alpha
1	3.41	63.51	0.78	0.83
2	3.43	63.55	0.79	0.84
3	3.16	53.43	0.48	0.71
4	3.01	53.34	0.55	0.74
5	3.44	53.36	0.61	0.75
6	4.35	74.45	0.81	0.89
7	3.12	63.23	0.67	0.70
8	3.78	64.28	0.68	0.75
9	3.91	64.44	0.69	0.76
10	4.16	75.51	0.89	0.87
11	3.45	73.86	0.86	0.83
12	3.69	74.17	0.88	0.85

Table 3: Factor matrix

	1.	2.	3.
1. When I have money, I cannot help but spend part or all of it (Param olduğunda tamamını ya da bir kısmını harcamadan duramam)	0.68		
2. I am often impulsive in my buying behavior (Bir şey satın alırken, çoğunlukla ani ve düşüncesizce davranırım)	0.75		
3. As soon as I enter a shopping center or mall, I have an irresistible urge to go into a shop and buy something (Alışveriş merkezine girer girmez, bir şey satın almak için karşı konulmaz bir istek duyarım)	0.61		
4. I am one of those people who often respond to direct mail offers (Pek çok ürünün, tanıtım, reklam ya da indirim çağrısına, çoğunlukla uyan insanlardan biriyim)	0.44		
5. I have often bought a product that I did not need, while knowing that I have very little money left (Çok az param kaldığında bile, ihtiyacım olmayan ürünleri satın almak sık sık yaptığım bir şeydir)	0.60		
6. For me, shopping is a way of facing the stress of my daily life and relaxing (Benim için alışveriş, gevşeme ve günlük hayatın stresinden kurtulma yoludur)		0.80	
7. I sometimes feel that something inside pushed me to go shopping (Bazı zamanlar, içimden bir şeyin beni alışveriş yapmaya ittiğini hissedirim)		0.85	
8. There are times when I have a strong urge to buy (Bir şey satın almak için karşı konulmaz bir istek duyduğum zamanlar olur)		0.82	
9. I often have an unexplainable urge, a sudden and spontaneous desire, to go and buy something (Çoğu kez, gidip bir şey satın almak için açıklanamaz bir istek, ani ve kendiliğinden gelen bir arzu duyarım)		0.78	
10. At times, I have felt somewhat guilty after buying a product, because it seemed unreasonable (Zaman zaman, bir şey satın aldıktan sonra kendimi suçlu gibi hissedirim, çünkü bunu mantıksız bulurum)			0.83
11. There are some things I buy that I do not show to anybody for fear of being perceived as irrational in my buying behavior (Satın alma davranışımın mantıklı olmadığının algılanmasından çekindiğim için, satın alıp kimseye göstermediğim şeyler vardır)			0.72
12. I have sometimes thought "If I had to do it over again, I would..." and felt sorry for something I have done or said (Bazı zamanlar, "bunu bir daha yaparsam" diye düşünsem de sonrasında bunu yaptığımı ya da söylediğime pişman olurum)			0.65

 χ^2 (53 df): 144.87

GFI: 0.95

AGFI: 0.89

RMSQR: 0.07

Table 4: Factor values and rates of accounting for variance

Factor	Value	Rate of account for variance	Composit reliability
1: Tendency to spend	3.479	22.5	0.72
2: Reaktive aspect	3.935	53.0	0.93
3: Guilt	3.842	24.5	0.81

Table 5: Correlation analysis

	CBS
BIS	$r = 0.68, p < 0.001$
BDI	$r = 0.52, p = 0.002$
BAI	$r = 0.43, p = 0.010$
RSES	$r = -.65, p < 0.001$

CBS: Compulsive buying scale

BIS: Barratt impulsivity scale

BDI: Beck depression inventory

BAI: Beck anxiety inventory

RSES: Rosenberg self-esteem scale

Nominal validity

A strong positive correlation was shown between CBS and BIS and moderate correlation was shown between CBS ile BDI and BAI (table-5). There was also a strong negative correlation between CBS and RSES.

Prevalance, sensitivity and specificity

Scale sensitivity is determined as 0.790 and specificity is determined as 0.955 in ROC curve, according to this prevalence is determined as 9.6 % and cut off point is calculated as 42 and more in 95 % confidence interval (table-6).

Table 6: Prevalance, specificity and sensitivity according to ROC curve

	Estimated value	CI %95
Prevalance	0.096	0.063-0.157
Sensitivity	0.790	0.751-0.869
Specificity	0.955	0.842-0.978

DISCUSSION

In the present study, it was shown that compulsive buying scale differentiated BD and compulsive buying disorder cases matched for age and gender from healthy individuals. In the present study, mean scores of CBS was found to be higher in cases diagnosed with BD and CB (compulsive buying) than those in healthy individuals. Other variables that were different in patient groups than healthy individuals were impulsivity and self esteem. It was observed that these components were strongly associated with compulsive buying. The fact that one of the variables with which compulsive buying is associated with self esteem was previously demonstrated (16, 26). Another characteristics observed in individuals with compulsive buying is the increase in purposeful activity (18). It was proposed that this is related to impulsivity. It was also stated in previous studies that increased need for activity in individuals with compulsive buying is at a higher rate than general community, which may be explained as a means of escape from depressive and anxious emotions (27).

In the present study, it may be thought that the relation between impulsivity and self esteem and

compulsive buying is relatively independent of mood. BD group was evaluated in remission period, in CB group comorbidity was excluded, and the remainders of the groups are healthy individuals. In addition, in the present study, moderate relation was shown between subthreshold depressive and anxious symptoms and compulsive buying although the relation was weaker than the relation with impulsivity and self esteem. Based upon these findings, it was thought that the relation between compulsive buying scale scores and impulsivity, depression, anxiety and self esteem scale scores provides evidence for the structural validity of compulsive buying scale.

In factor analysis, three dimensions were differentiated in parallel to original validity reliability study. In German society, factor structure differentiated in reactive aspect buying and guilt dimensions, while tendency to spend did not do so (16). This finding is an indication of the presence of cultural differences in compulsive buying patterns. In the present study, tendency to spend accounts for 22.5 of variance, reactive buying for 53 and guilt 24.5%. For dimensions, composite reliability was found to be respectively 0.72, 0.93 and 0.82. Accordingly, its being reactive is the most significant dimension of compulsive buying and and cor-

responds to 50% of variance by itself. Together with, confirmatory factor analysis, these results is an indication of the structural validity of the scale.

In the present study, cronbach alpha value of CBS was found to be 0.80. This value is within acceptable limits, demonstrating the reliability of the scale. This figure was reported to be 0.82 in the original study (15), 0.78 in a study on adolescents (28), and 0.92 in validity and reliability study in German (16). Internal consistency value for each of the 12 items is between 0.71 and 0.89.

The sensitivity of the scale was found to 0.790 and its specificity 0.955. Accordingly, cut off point of the scale is 42 and over. Similarly, in the study of Monahan et al's cut off point was also found to be 42 (29). In view of these findings, the prevalence of compulsive buying was calculated to be 9.6% (n=20). There are 8 cases with compulsive buying in BD group (8.2%), and 2 cases in healthy control group. (2%) point prevalence of compulsive buying in general community was reported to be 3.1% in Europe (30), while this rate was found to be 5.8% in USA (31).

The most important limitation of this study is that compulsive buying groups is smaller than BD and healthy groups, which is associated with low rates of seeking for medical attention among individuals with compulsive buying without any other comorbid psychiatric disorder. This validity and reliability study offers a clinical measurement tool for compulsive buying and a means for future epidemiological studies. According to our findings, CBS Turkish version is short and simple and easily applicable measurement tool based upon feedback from the person with its acceptable validity and reliability results.

REFERENCES

- 1- Manolis C, Roberts JA, Kashyap V. A critique and comparison of two scales from fifteen years of studying compulsive buying. *Psychol Rep* 2008; 1: 153-165.
- 2- Croissant B, Klein O, Löber S, Mann K. A case of compulsive buying-impulse control disorder or dependence disorder? *Psychiatr Prax* 2009; 4: 189-192.
- 3- Grant JE, Levine L, Kim D, Potenza MN. Impulse control disorders in adult psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 2005; 162(11): 2184-2188.
- 4- Grüsser SM, Thalemann C, Albrecht U. Excessive compulsive buying or behavioral addiction"? A case study. *Wien Klin Wochenschr* 2004; 5-6: 201-204.
- 5- Hollander E, Allen A. Is compulsive buying a real disorder, and is it really compulsive? *Am J Psychiatry* 2006; 10: 1670-1672.
- 6- Dell'Osso B, Allen A, Altamura AC, et al. Impulsive-compulsive buying disorder: clinical overview. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 4: 259-266.
- 7- Lejoyeux M, Avril M, Richoux C, et al. Prevalence of exercise dependence and other behavioral addictions among clients of a Parisian fitness room. *Compr Psychiatry* 2008; 4: 353-358.
- 8- Stein DJ. Classifying hypersexual disorders: compulsive, impulsive and addictive models. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 4: 587-591.
- 9- Silbermann A, Henkel A, Müller A de Zwaan M. The application of ecological momentary assessment to the study of compulsive buying. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008; 12: 454-461.
- 10- Mueller A, de Zwaan M. Treatment of compulsive buying. *Fortschr Neurol Psychiatry* 2008; 8: 478-483.
- 11- Mitchell JE, Burgard M, Faber R Crosby RD, de Zwaan M. Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behav Res Ther* 2006; 12: 1859-1865.
- 12- Mueller A, Mitchell JE, Mertens C, et al. Comparison of treatment seeking compulsive buyers in Germany and the United States. *Behav Res Ther* 2007; 7: 1629-1638.
- 13- Black DW. A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry* 2007; 1: 14-18.
- 14- Di Nicola M, Tedeschi D, Mazza M, et al. Behavioral addictions in bipolar disorder: Role of impulsivity and personality dimension. *J Affect Disord* 2010; 125 (1-3): 82-88.
- 15- Valence G, D'astous A, Fortier L. Compulsive buying: conceptual and measurement. *J Consum Policy* 1988; 11: 419-433.
- 16- Scherhorn G, Reisch LA, Raab G. Addictive buying in West Germany. *J Consum Policy* 1990; 13: 355-387.
- 17- Cole L, Scherrel D. Comparing scales measure compulsive buying: An exploration of their dimensionality. *Adv Consum Res* 1995; 22: 419-427.
- 18- Kesebir S, İşıtmez S, Gündoğar D. Compulsive buying in bipolar disorder: Is it comorbidity or complication? *J Affect Disord* 2012; 136 (3): 797-802.

- 19- Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 233-236.
- 20- Soriaş S, Saygılı R, Elbi H. DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi, Türkçe versiyonu. Bornova İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1990.
- 21- Faber, RJ, O'Guinn, TC. A clinical screener for compulsive buying. *Journal of Consumer Research* 1992; 19, 459-469.
- 22- Güleç H, Tamam L, Yazıcı Güleç M. Psychometric properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008; 18: 245-252.
- 23- Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1998; 6 (22): 118-127.
- 24- Ulusoy M, Sahin, Erkman H. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cognitive Psychotherapy* 1998; 12: 28-35.
- 25- Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda Benlik Saygısı. Uzmanlık tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1986.
- 26- Faber RJ, O'Guinn TC. Classifying compulsive consumers: Advances in the development of a diagnostic tool. *Adv Consum Res* 1989; 16: 738-744.
- 27- Faber RJ, O'Guinn TC. Compulsive Consumption and Credit Abuse. *Journal of Consumer Policy* 1988; 11: 97-109.
- 28- D'Astous, A, Maltais, J, Roberge C. Compulsive buying tendencies of adolescent consumers. *Advances in Consumer Research* 1990; 17: 306-312.
- 29- Monahan P, Black DW, Gabel J. Reliability and validity of a scale to measure change in persons with compulsive buying. *Psychiatry Res* 1996; 64 (1): 59-67.
- 30- Mueller A, Mühlhans B, Silberman A, et al. Compulsive buying and psychiatric comorbidity. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2009; 8: 291-299.
- 31- Koran LM, Faber RJ, Aboujaoube E, et al. Estimated prevalance of compulsive buying behavior in the United States. *Am J Psychiatry* 2006; 10: 1806-1812.

Kompulsif Satınalma Ölçeği

	Hiçbir zaman 1	Nadiren 2	Bazen 3	Çoğunlukla 4	Her zaman 5
1. Param olduğunda tamamını ya da bir kısmını harcamadan duramam.					
2. Bir şey satın alırken, çoğunlukla ani ve düşüncesizce davranırım.					
3. Alışveriş merkezine girer girmez, bir şey satın almak için karşı konulmaz bir istek duyarım.					
4. Pek çok ürünün, tanıtım, reklam ya da indirim çağrısına, çoğunlukla uyan insanlardan biriyim.					
5. Çok az param kaldığında bile, ihtiyacım olmayan ürünleri satın almak sık sık yaptığım bir şeydir.					
6. Benim için alışveriş, gevşeme ve günlük hayatın stresinden kurtulma yoludur.					
7. Bazı zamanlar, içimden bir şeyin beni alışveriş yapmaya ittiğini hissedirim.					
8. Bir şey satın almak için karşı konulmaz bir istek duyduğum zamanlar olur.					
9. Çoğu kez, gidip bir şey satın almak için açıklanamaz bir istek, ani ve kendiliğinden gelen bir arzu duyarım.					
10. Zaman zaman, bir şey satın aldıktan sonra kendimi suçlu gibi hissedirim, çünkü bunu mantıksız bulurum.					
11. Satınalma davranışının mantıklı olmadığından çekindiğim için, satın alıp kimseye göstermediğim şeyler vardır.					
12. Bazı zamanlar, “bunu bir daha yaparsam ...” diye düşünsem de sonrasında bunu yaptığımı ya da söylediğime pişman olurum.					

Kesme noktası 42 ve üzeri olarak hesaplanmıştır.

Gençlerin Tehlikeli Oyunu: Sentetik Kannabinoidler (Bonzai) Üzerine Bir Gözden Geçirme

A Dangerous Game That May Harm Kids and Teens: A Review on Synthetic Cannabinoids (Bonzai)

Ö. Ayhan Kalyoncu¹, Buse Ünlü², Ufuk Taştan³

ÖZET

Son yıllarda özellikle gençler arasında yayılan, bağımlılık yapan “Bonzai”, “sahte ot”, “K2”, “Jamaika” gibi sokak isimleriyle bilinen sentetik kannabinoid (SK), ciddi yan etkileri ve zararları olan bir uyuşturucu türüdür. Üreticileri tarafından içeriğindeki bileşenler sürekli olarak değiştirildiğinden SK olarak piyasada satılan maddelerin farmakolojik profillerinin saptanamıyor olması sağlık sektörü için ciddi tehlike yaratmaktadır. Kullanıcılar tarafından bilinen Bonzai ismi nedeniyle zararsız olduğuna dair oluşturulan yanlış algı SK’nın özellikle gençler arasında kullanımını kolayca popülerleştirmiştir. Ayrıca SK, “marihuananın yasal versiyonu” olarak tanıtıldığı için gençler, oluşabilecek tehlikeli sonuçları düşünmeden bu maddeyi kullanmaktadırlar. SK kullanımından dolayı oluşan etkiler, mizaç, bilişsel süreçler ve algı bozulmaları başlıkları altında toplanmıştır. SK kullanımı sonucu oluşan semptomlar şu şekilde sıralanabilir: değişen seviyelerde anksiyete, paranoya, bilişsel yetersizlikler, kalp çarpıntısı, halüsinasyonlar ve sanrılar. Bu gözden geçirme yazısındaki amaç, SK’ları tanıtarak, bu maddenin beyne, kişilerin günlük yaşamları ile işlevselliğine olan zararlarını ortaya koymaktır. PubMed veri tabanından, “sentetik marihuana”, “sentetik marihuana bağımlılığı”, “sentetik kannabinoid” anahtar kelimeleriyle elde edilen araştırmaların incelenmesi ve literatür taraması sonucu oluşturulan bu gözden geçirme yazısı, sentetik marihuana hakkında, çok sayıda araştırma olmaması sebebiyle kısmen marihuana ile karşılaştırmalı şekilde ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: sentetik kannabinoidler, marihuana, bonzai bağımlılığı, bonzai etkileri.

ABSTRACT

Synthetic cannabinoid (SC), also known by the street names “Bonzai”, “fake weed”, “K2” and “Jamaika” is a highly addictive drug with numerous serious adverse effects and dangers, has been rapidly spreading especially amongst young people during the recent years. The manufacturers of this drug are constantly changing the compounds, thus creating new recipes, making it difficult to identify the pharmacological profiles of the drug sold as a SC, poses a danger for the health sector. The wrong perception that is constructed around the name Bonzai, leads the abusers of the drug into thinking that this drug is harmless; this misconception is a reason why SC has become rapidly popular especially amongst teenagers. Plus, SC is marketed as a legal version of marijuana, therefore teens tend to use this drug without considering the dangerous consequences it may potentially lead to. The effects of SC can be clustered under mood, cognitive processes and impairments in perception. The impacts of the SC usage can be listed as the following symptoms; varying anxiety levels, paranoia, cognitive impairment, increases in heart rate, hallucinations and delusions. This review aims to introduce SCs and to exhibit the adverse effects it causes on the brain, on people’s daily lives and their functionality. By going through the PubMed database, this review is put forward after an examination of research and relevant literature according to the keywords; “synthetic marijuana”, “synthetic marijuana addiction”, and “synthetic cannabinoid”. Due to the limited number of research done on the selected topic, this review partially consists of comparisons between marijuana and SCs.

Key Words: Synthetic cannabinoids, marijuana, bonzai addiction, bonzai effects.

¹ Prof. Dr., Avrupa Meslek Yüksek Okulu
² Uzman Psikolog
³ Uzm. Dr., Universal Aksaray Hastanesi

İletişim/Corresponding Author:
Prof. Dr. Ö. Ayhan Kalyoncu

E-mail address:
akalyon@superonline.com

Date of submission:
August 1, 2014

Date of acceptance:
September 13, 2014

GİRİŞ

Uyuşturucu bağımlılığı, herkesin başına gelebilecek, insanları gerek kendi hareketleri gerekse aile ve arkadaşlardan dolayı etkilemesi muhtemelen olan bir durumdur. Bir beyin hastalığı olarak literatüre geçmiş olan uyuşturucu bağımlılığı, modern toplumun yüzleştiği en zararlı ve bir o kadar da maliyetli hastalıklardan biridir (1). Uyuşturucu bağımlılığı, kişilerin beyinlerindeki ödül, motivasyon, hafıza ve karar verme mekanizmalarını etkileyen, bağımlı kişinin uyuşturucu kullanmaya karşı kontrol edilemez bir dürtüsellik içinde olmasına bağlı olarak kronik olarak daha kötüye giden bir hastalık olarak tanımlanabilir. Peki, kişilerin kendilerini bu kısır döngüye sokmalarına ve zarar verici davranışlarda bulunmalarına iten motivasyon nedir? Özellikle nöroloji alanında yapılan araştırmaların artmasıyla, bu sorunun cevabına hücresel/moleküler ve davranışsal düzeylerde bakmak mümkündür. Bu konuda yapılan araştırmalar sayesinde uyuşturucu kullanımı sonucunda kişilerde oluşan hızlı davranışsal sonuçlarda beyin nasıl bir rol oynadığı ve uyuşturucu bağımlılığı ve yoksunluğu ile beyinsel süreçlerin nasıl bir etkileşim içinde olduğu konusuna ışık tutulmuştur (2). Türkiye’de özellikle son birkaç yılda popüler olan ve “yeni nesil” sentetik kannabinoid olarak adlandırılan bonzai, kullanımının artması ve toplum sağlığına karşı bir tehdit oluşturmasıyla sağlık dünyasına endişe salmaktadır. Özellikle, gençler ve ergenler arasında yaygın olan bonzai, “Spice”, “Jamaika” ve “K2” gibi isimlerle, esrarın verdiği keyfi verme garantisiyle satılmaktadır (3). Bu gözden geçirme yazısında SK’ların beyne olan etkileri ortaya konarak, bu maddenin kişilerin günlük aktiviteleri ile işlevselliklerini nasıl etkilediğini göstermek amaçlanmıştır.

ESRAR KULLANIMININ YARATTIĞI OLUMSUZLUKLAR

Esrar kullanımı çok eski uygarlıklara kadar dayanmakta ve esrar dünyada üzerinde en yaygın kullanılan illegal madde olarak bilinmektedir. Dünyada üretim alanı çok geniş olan bu madde, en çok tüketilen yasal olmayan maddeler sıralamasında amfetamin, opiyat ve kokainden önce gelir (4). İlk kullanım genellikle, 18 yaşın altındaki ergenlikte başlar. 2009’dan alınan bir veriye göre dünya nüfusunun 15-64 yaş arası kesiminin yüzde 2.8’i ile 4.5’i hayatlarında bir defa esrarı denediklerini

belirtmişlerdir (4). Bilimsel adıyla Cannabis Sativa, içeriğinde neredeyse her sınıf kimyasala sahip 489 bileşim ve 70 tür kannabinoid bulundurur. Bunların içinde bulunan delta 9 tetrahidrokannabinol (THC), esrara birincil psikoaktif özelliğini verir (5). Esrar kullanımına bağlı oluşan nöropsikolojik etkiler şu şekildedir: öfori, aşırı özgüven, rahatlama, anksiyete, panik ataklar ve dikkat kaybı. Kronik esrar kullanıcılarında psikolojik ve fiziksel bağımlılıktan bahsedilmektedir. Düzenli esrar kullanımı olan kişiler psikoz ve psikotik bozukluklar için risk grubu içinde yer alır (6). Bazı kullanıcılar, esrar kullanımına bağlı olarak birçok psikiyatrik rahatsızlık yaşayabilir ve yoksunluğa bağlı olarak fiziksel semptomlar geliştirirler. Esrarın yoksunluk semptomları arasında anksiyete, çabuk öfkelenme, uyku bozuklukları, hafif uyarılara karşı şiddetli tepki gösterme ve ağrılar bulunur. Yapılan araştırmalar neticesinde, esrarda bulunan THC bileşeninin bu yoksunluk etkilerini yarattığı ortaya konmuştur (7).

BONZAI KULLANIMININ YARATTIĞI OLUMSUZLUKLAR

A. Sentetik Kannabinoid (Bonzai) Nedir?

İlk olarak 2004 yılında Avrupa’da üretildiğinde “zararsız”, “marihuana’ya yasal bir alternatif” ve “tasarımcı uyuşturucusu” gibi açıklamalarla pazarlanmıştır (8). Birçok Avrupa ülkesinde yaş sınırlamasına bakılmaksızın internet üzerinden satışı yapılmaya başlanmıştır. Popülerliği yakın zamanda artış gösteren SK, özellikle gençler tarafından keyif vereceğine ve duygudurumda rahatlama, mizaçta yükselme yaratacağına dair inanıştan dolayı kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde acil servis ve adli kliniklere SK kullanımının olumsuz sonuçları nedeniyle başvuruların arttığı, Almanya’da ise 15-18 yaş grubundaki kişilerin yüzde 6’sının bu maddeyi denemiş olduğu bildirilmekte ve SK kullanımı yaygınlığının giderek artması sağlık çalışanlarını endişelendirmektedir (9). Bunun yanı sıra, “bitkisel tütsü” olarak da satışı yapılmakta olan SK’nın dumanının inhale edilerek kullanımının da esrar benzeri psikoaktif etkiler yaptığı görülmektedir. SK’nın yarattığı bu esrarvari mizaç yükseltici etkiler, internet üzerinden temininin kolay olması, ucuzluğu ve yakın zamana kadar idrar veya kan tahlillerinde sentetik bileşenlerin saptanamaması, bu uyuşturucu türünü gençler arasında moda haline getiren faktörlerden başlıcalarıdır. Satılan paketlerin

üzerinde “İnsan kullanımına uygun değildir” ibaresi yer almasına rağmen, kullanıcılar arasında marihuanadan farksız olduğu düşünüldüğünden bu paketlemenin caydırıcı bir özelliği kalmamaktadır (9). SK, laboratuvar ortamında ot ve benzeri maddelerin kimyasal likitlerle spreylenmesi sonucu oluşturulan ve normal marihuananın içinde bulunan tetrahid-rokannabinol (THC) maddesi gibi bir etki yapması beklenen bir uyuşturucu türüdür. Yapılan biyokimyasal analizler sonucunda ortaya çıkan tablo, bu psikoaktif etkilerin pazarlandığı şekilde SK’nın içinde bulunan bitkisel bileşenlerden değil, sentetik kannabinoid eklentilerinden olduğu yönündedir (10). SK, biçimsel olarak farklı olsa da marihuanada bulunan psikoaktif bileşim THC’ye işlevsel olarak benzerliği olan molekül gruplarından oluşmaktadır (11).

SK yapımında kullanılan kimyasalların içinde bulunan THC maddesi, marihuananın içindekinden çok daha kuvvetli bir etkiye sahip olduğundan kullanıcılar için çok daha zararlı sonuçlar doğurmaktadır. Sentetik marihuanada bulunan kanabisvari bileşenler beyindeki hücre reseptörlerini etkileyerek marihuanada bulunan THC’nin yarattığı etkiden 100 kat fazlasını yaratmaktadır. (Bu bileşenler, HU-210, CP 47,497, JWH-018, JWH-073, JWH-398, JWH- 250’dır) (12). Bu sentetik kimyasallar ile beyindeki THC reseptörleri arasındaki bağ ne kadar güçlenirse, kişilerin madde kullanımına bağlı anksiyete ve paranoya yaşama ihtimalleri de o kadar artar. SK yapımında kullanılan gerek bu kimyasalların gerekse oluşturdukları yan etkilerin farmakolojik profilleri hakkında uzmanlar tarafından sahip olunan bilgi çok azdır. Bunun nedeni SK’nın içindeki bileşenler saptanıp yasaklandıkça, üreticilerin yeni bileşimler oluşturarak üretime devam etmeleri ve tahmin edilmesi güç karışımları kontrolsüz biçimde piyasa sürmeleridir.

B. Sentetik Kannabinoid ile Marihuana Arasındaki Benzerlikler ve Farklılıklar

SK’nın içeriği hakkında yeterli mevcut bilimsel veri olmaması bu maddeyi kannabis ile karşılaştırmayı güç kılmaktadır. Örneğin, kannabis binlerce yıldır medikal, dini ve endüstriyel alanlarda göreceli olarak zararsız bir şekilde kullanılmaktadır (13). Kannabinoidlerin terapötik anlamda ağrı, mide bulantıları, kusma, iştahsızlık, epilepsi, serebral travma, glokom, multipl skleroz, Parkinson ve Huntington Hastalığı’nda görülen hareket bozuklukları ile anksiyete ve duygudurum bozukluklarında tedavi

aracı olarak kullanıldığı bilinmektedir (10). SK’nın yapımında kullanılan şimdiye kadar saptanmış olan kimyasal maddelerin ise tıbbi hiçbir faydalarının olmadığı ortaya konmuştur. Bununla birlikte, marihuananın ilaç sektöründeki potansiyel kullanımı halen araştırmaların odak noktalarından biridir.

Bonzai, veya diğer adıyla SK’lar ortaya çıktıklarından beri, marihuanaya benzer etkilerin yanı sıra çok daha ciddi ve şiddetli yan etkilere sahiptirler (14). Bu gözden geçirme yazısında yararlanılan vaka raporları incelendiğinde SK’nın tahmin edilemez ve çok güçlü zararlı etkiler oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır (15). Benzer şekilde 2012 yılında yazılan E. W. Gunderson ve arkadaşları tarafından yapılan literatür taramasında da, SK kullanımının oluşturduğu etkileri, marihuananın etkilerine benzetmişler ve özellikle mizaç yükselmesi ve bilişsel süreçlerdeki zayıflama (hafıza ve konsantrasyon) üzerinde durmuşlardır. Yukarıda da bahsedilen, pazarlama ve erişimin kolay olması faktörleri bu makalede de tekrar vurgulanmıştır. Şöyle ki, vaka raporlarında, kişilerin “doğal ot”, “tütsü benzeri madde” ve “alternatif marihuana” gibi etiketlerden etkilendikleri, paketlemenin küçük ve renkli olması, dikkat çekici isimler kullanılması gibi detayların temin ve kullanım isteğini arttırıcı olduğu belirtilmiştir (8).

SK’nın insanların psikolojik ve fizyolojik yapısı üzerinde yarattığı etkiler, THC’nin yol açtığı zararlardan daha fazladır ve sentetik marihuananın kişiler üzerindeki psikoz, nöbetler, intihareğilimigibisonuçlara sebebiyet verdiği bilinmektedir. Popüleritesinin bir kısmın zararsızlığına dayandırılan marihuananın aksine SK’ların sebep olduğu ölüm ile sonuçlanan vakalardan da söz etmek mümkündür (16).

SK’lar etkilerini merkezi ve çevresel sinir sisteminde bulunan CB1 ve CB2 reseptörleri aracılığıyla ortaya çıkarırlar (17). 1998 yılında fare beyinde kannabinoid reseptörleri incelenmiş ve buna dayanarak insan beyindeki CB1 reseptörleri ile çevresel CB2 reseptörleri hakkında bilgi edinilmeye başlanmıştır (1). Bu kannabinoid sisteminin insanların acı, iştah ve duygudurum düzenlenmesindeki karmaşık rolü de gün geçtikçe anlaşılmakta ve netlik kazanmaktadır. Özetle CB1 reseptörleri marihuananın yarattığı psikotropik etkilerden sorumludur. SK’ların da CB1 reseptörlerine bağlanıp, agonist görevi görmesi bonzainin, marihuanaya alternatif olarak bir potansiyeli olduğunu kimyasal boyutta açıklamaktadır. Bu kannabinoidlerin CB1 reseptörleri ile etkileşimi sonucunda duygudurum-

da değişimler (mizaç yükselmesi, anksiyete veya panik), hafıza kaybı, zaman algısında kopma, işitsel ve görsel algılamada bozulmalar yaşanmaktadır.

Marihuananın farmakolojik etkileri THC tarafından uyarılan kannabinoid reseptörlerinin harekete geçmesi sonucu oluşur. CB1 ve CB2 reseptörleri, beyin ödül mekanizmasında devreye girerek kişilerin bağımlılık geliştirmelerinden sorumludur. CB1 reseptörleri insan beyinde neokortekste bulunur, korteksin, düşünme, akıl yürütme, problem çözme gibi yüksek bilişsel süreçlerinde rol oynayan frontal bölgelerde yoğunlaşmıştır. Duyuların ile serebellum ve bazal gangliyonlardan gelen hareket ile ilgili bilgilerin işlenmesinde görev alan talamik çekirdekte de bu reseptörler yoğun biçimde bulunmaktadır. Aynı şekilde diğer limbik bölgeler (hipokampus, amigdalar kompleks ve entorinal korteks gibi) içinde benzer durum mevcuttur. Yapılan araştırmalar CB1 reseptörlerinin aktive olması ile kişilerde madde arama davranışının tetiklemekte olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni olarak limbik CB1 reseptörlerinin mesolimbik dopamin nöronları üzerindeki etkisi bildirilmiştir (18). Esrar kullanıcılarında riskli durumlarda bilişsel performansta kötüleşme, karar alma mekanizmasının zayıflaması ve psikomotor aktivite hızında düşüş görülür (19).

C. Sentetik Kannabinoidlerin Zararları

Sentetik marihuananın kişiler üzerinde yol açtığı etkiler, algı ve mizaç değişimi, skleralarda kızarma, mide bulantısı, kalp çarpıntılar, kusma, uyuşukluk, ateş yükselmesi ve ağız kuruluğu olarak sıralanabilir. Bunlar, belirli organları hedef alarak kişiyi etkileyebildiği gibi, semptomların şiddeti kişisel farklılıklara göre değişiklik gösterebilir. Marihuanadan farklı olarak SK'larda bulunan kimyasallar nedeniyle kullanıcıların daha kuvvetli etkiler yaşaması muhtemeldir. Bazı kullanıcılar psikotik semptomlar geliştirebilir, aşırı anksiyete, paranoya ve halüsinasyon gibi etkiler yaşarlar (20).

a. Renal Etkileri

SK kullanımına bağlı olarak akut böbrek yetmezliği rapor edilmiştir (21). Bu böbrek rahatsızlığının kusma ve karın ağrılarına da neden olduğu belirtilmiştir.

b. Solunum Sistemine Etkileri

SK kullanımının nefes darlığına yol açıp açmadığı

kesin olarak bilinmemektedir. Bir olgu bildirimine göre 4 ay boyunca SK kullanımı akciğerlerde sıvı birikimi oluşturarak solunumu zorlaştırmıştır (21). SK ile akciğerlerde oluşabilecek hasarın daha iyi ortaya konması için yapılacak araştırmalar ışığında daha çok bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır.

c. Kardiyovasküler Etkiler

SK kullanımının kardiyovasküler etkileriyle ilgili sahip olunan bilgi, kalp atışlarının hızlanmasıyla sınırlıdır. Bununla birlikte, hem tansiyon yükselmesi hem de tansiyon düşüklüğüne yol açtığı bilinmektedir (21).

d. Gastrointestinal Sistem Etkileri

Kannabinoid hiperemesis sendromu (CHS), kannabinoid kullanımı durdurulduğunda azalan, inatçı ve tekrarlayan karın ağrıları, şiddetli mide bulantısı ve kusmalara sebep olan ve aylarca sürebilen bir hastalıktır. Rutin şekilde marihuana kullanımı olan ve ancak sonradan yoğun şekilde SK tüketmeye başlayan bir vakada CHS belirtileri geliştiği ve SK kullanımının sonlanması ile belirtilerin hafiflediği bildirilmiştir (21).

e. Merkezi Sinir Sistemi Etkileri

SK'ların merkezi sinir sistemi üzerindeki ciddi etkileri şu şekilde sıralanabilir: konfüzyon, psikoz, bilinç bulanıklığı, hafıza kaybı ve nöbetler. Ayrıca, kronik günlük kullanıma bağlı olarak oluşan ciddi bilişsel bozukluklardan da bahsedilmektedir. Şiddeti daha az olmakla birlikte, baş dönmesi, göz bebeklerin büyümesi, düşük göz kapakları, istem dışı oluşan göz hareketleri ve konuşmada yavaşlık gibi nörolojik semptomlar da yaygındır. Gurney ve arkadaşlarının 2014 yılında yayınladıkları gözden geçirme yazısında bildirilen diğer semptomlar, yönelim bozukluğu, uyku hali, tepkisizlik ve agresyondur (10). Bunlar her ne kadar hafif semptomlar olarak görünüyorsa da, kişilerin araba kullanmak gibi günlük işlevsellikleri üzerinde ciddi bozulmalara yol açmaktadır.

f. Epileptik Nöbetler

SK'ların hangi mekanizma dolayısıyla kişilerde nöbet oluşturduğu kesin olarak bilinmemekle birlikte, kullanıcılarda nöbet eşliğini düşürdüğü ihtimali üzerinde araştırmalar sürmektedir. Bununla birlikte, nöbete sebep olanın SK'ların kendisi mi, yoksa bu ürünlerin içinde bulunan diğer maddeler mi olduğu henüz saptanamamıştır (11,21).

g. Psikoz

Psikoz, kişilerin gerçek ile sanrıları, yanlış inanışları birbirinden ayıramadığı ve düşüncelerin ciddi oranda bozulduğu zihinsel bir durumdur. Kan-nabis kullanımına bağlı psikoz oluşumu nadir olmak-la birlikte, psikotik semptomların ortaya çıkması olasılığı THC dozuna bağlı olarak artmaktadır. SK kullanımına bağlı olarak oluşan psikoz vakası sayısı her geçen gün artmaktadır. SK'ların içerisinde bulu-nan ve THC'ye benzerlik gösteren JHW 018'in psikoz vakalarına sebep olduğu düşünülmektedir. Hatta, THC ile kıyaslandığında JHW 018'in daha güçlü bir CB1 reseptörü agonisti olmasının da etkisi olduğu önermesinde bulunulmuştur. Önceden psikoz epizodları yaşamış olanlar ile psikiyatrik hastalık riski altında bulunan kişilerde sentetik kannabinoid kullanımının nükse yol açtığı belirtilmektedir (22).

SONUÇ

Sentetik kannabinoid (Bonzai) maddesinin her geçen gün popülerleşerek kullanıcı sayısının hızla artması nedeni ile oluşturduğu zararlar daha fazla göz önüne serilmektedir. Üreticiler SK bileşimlerinin formüllerini sık sık değiştirerek piyasaya farklı türler sunmakta ve ülkelerin bu bileşimlerin içeriğindeki maddeler hakkında yasal düzenlemeler yapmalarının önüne geçmektedir.

Literatür taramasından elde edilen en önemli sonuç SK'nın marihuanadan daha ciddi ve zararlı yan etkileri olduğudur. Mide bulantıları, kusma, kalp çarpıntıları, hipertansiyon, aşırı terleme, çarpıntı, titreme, uyuşukluk gibi fiziksel etkilerinin yanı sıra merkezi sinir sistemi üzerine olan zararlar ve bazı sentetik kannabinoid bileşenlerinin kullanımının nöbet, böbrek iflası ve ölüm ile sonuçlandığı belirtilmiştir. Ayrıca SK kullanımına bağlı görülen diğer psikiyatrik sorunlar: psikoz (halisülasyon ve paranoya) oluşumu, iç huzursuzluk, öfori, depresyon, anksiyete, bilişsel süreçlerde zayıflama, bilinç kaybı, irritabilite ve kabuslardır.

Birçok ülkede legal bir statüye sahip olmayan SK'lar üzerine yapılan araştırmalar çok fazla olmamakla birlikte, bu gözden geçirme yazısında da ele alınan vaka bildirimleri SK'nın kullanıcılarda oluşturduğu psikoaktif etkiler ve potansiyel riskleri hakkında önemli bilgiler sunmaktadır. SK bileşenlerinin neler oldukları hakkında kesin bilgiler olmadığından, hayvan modelleri üzerinde yapılan araştırmalar SK kullanımının etkisi hakkında genel birtakım bilgiler vermektedir (23,24). Gelecekte kontrollü araştırma

ve deneylerin yapılması, SK'ların etkileri hakkında daha sağlıklı bilgilere ulaşılmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Cadet JL, Bisagno V, Milroy CM. Neuropathology of substance use disorders. *Acta Neuropathol* 2014; 127: 91-107.
- 2- White FJ. A behavioural/systems approach to the neuroscience of drug addiction. *J Neurosci* 2002; 22: 3303-3305.
- 3- Seely KA, Lapoint J, Moran JH, Fattore L. Spice drugs are more than harmless herbal blends: a review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2012; 39: 234-243.
- 4- Management of substance abuse. http://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en/ (10 Ağustos 2014'te ulaşıldı).
- 5- Maldonado R, Rodriguez de Fonseca F. Cannabinoid addiction: behavioral models and neural correlates. *J Neurosci* 2002; 22: 3326-3331.
- 6- Zuardi AW. History of cannabis as a medicine: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28:153-157.
- 7- Castellanos D, Singh S, Thornton G, et al. Synthetic cannabinoid use: a case series of adolescents. *J Adolescent Health* 2011; 49: 347-349.
- 8- <http://www.bonzaigercegi.com/en/index.asp> (15 Ağustos 2014'te ulaşıldı).
- 9- Brents LK, Prather PL. The K2/ spice phenomenon: emergence, identification, legislation and metabolic characterization of synthetic cannabinoids in herbal incense products. *Drug Metab Review* 2013; 1-14.
- 10- Gurney SMR, Scott KS, Kacinko SL, et al. Pharmacology, toxicology, and adverse effects of synthetic cannabinoid drugs. *Forensic Sci Rev* 2014; 26: 54-78.
- 11- Gunderson EW, Haughey HM, Ait-Daoud N, et al. "Spice" and "K2" herbal highs: a case series and systematic review of the clinical effects and biopsychosocial implications of synthetic cannabinoid use in humans. *Am J Addict* 2012; 21: 320-326.
- 12- Jerry J, Collins G, Streem D. Synthetic legal intoxicating drugs: the emerging incense and bath salt phenomenon. *Cleve Clin J Med* 2012; 79 : 258-264.
- 13- Leung L. Cannabis and its derivatives: reivew of medical use. *J Am Board Fam Pract* 2011; 24: 452- 462.

- 14- Parka B, McPartlandb JM, Glass M. Cannabis, cannabinoids and reproduction Prostag Leukotr Ess 2004; 70:189.
- 15- Carson RH, Brown A. Synthetic Cannabinoid Intoxication. J Emerg Med 2013; 44: 360-366.
- 16- Boone, C. Teen's death officically linked to synthetic pot. The Atlanta Journal Constitution [online] 2012 Available from: URL: http://www.ajc.com/news/news/local/teens-death-officially-linked-to-synthetic-pot/nQWKk/?__federated=1. Accessed date: 20.08.2014
- 17- Understanding the "Spice" phenomenon. Available at: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_80086_EN_SpiceThematicpaperfinalversion.pdf (18 Ağustos 2014'te ulaşıldı).
- 18- Brighton PJ, Marczylo TH, Rana S, et al. Characterization of the endocannabinoid system, CB(1) receptor signalling and desensitization in human myometrium. Br J Pharmacol 201; 164: 1479–1494.
- 19- Alıcı T, Uzbay İT. Kannabinoidler: ödüllendirici ve bağımlılık yapıcı etkilerinin nörobiyolojisi ve nöropsikofarmakolojisi üzerine bir gözden geçirme. Bağımlılık Dergisi 2006; 7: 140-149.
- 20- Hurst D, Loeffler G, McLay R. Psychosis associated with synthetic cannabinoid agonists: a case series. The American Journal of Psychiatry 2011; 168: 119.
- 21- Hopkins CY, Gilchrist BL: A case of cannabinoid hyperemesis syndrome caused by synthetic cannabinoids; J Emerg Med 45:544; 2013.
- 22- Peglow S, Buchner J, Briscoe G. Synthetic cannabinoid induced psychosis in a previously nonpsychotic patient. Am J Addiction 2012; 21: 287-288.
- 23- Robson P. Therapeutic aspects of cannabis and cannabinoids. Brit J Psychiat 2001; 178: 107-115.
- 24- Logan BK, Reinhold LE, Xu A, Diamond FX. Identification of synthetic cannabinoids in herbal incense blends in the United States. J Forensic Sci 2012; 57:1168.

Dezomorfin (Krokodil) Bağımlılığı**Dr. Gökben Hızlı Sayar¹****Dr. Serdar Nurmedov¹**¹ Üsküdar Üniversitesi, Nİstanbul Hastanesi

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de madde bağımlılığı en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Sentetik ya da yarı-sentetik maddelerin sayısının gün geçtikçe artması ile birlikte hekimlerin karşısına da yeni tıbbi tablolar çıkmaktadır.

Madde bağımlıları diğer birçok tıbbi riskin yanında steril olmayan ve diğer kullanıcılarla paylaşılan enjektörlere bağlı cilt ve yumuşak doku enfeksiyonları için artmış risk taşırlar. (1) Madde enjeksiyonlarına bağlı cilt enfeksiyonları, ülserasyonlar, skar dokuları; sigara şeklinde içilen maddeleri kullananlarda parmak nekrozları, kronik metamfetamin kullanımına bağlı oral hijyen azlığı ve çürükler, marihuana kullanımına bağlı jinekomasti, nazal yolla kokain alımına bağlı septum granülomları ve septum perforasyonu, hatta sentetik madde imal edilen laboratuvarlardaki patlamalara bağlı yanıklar psikiyatristler kadar dermatologların da tanıdığı madde kullanımının kutanöz belirtileridir. Ancak kutanöz belirtiler bakımından ön plana çıkan ve krokodil olarak tanınan dezomorfinin sebep olduğu cilt lezyonları diğer maddelerden daha şiddetlidir.

Dezomorfin (C₁₇H₂₁NO₂, dihidrodezoksimorfin) sentetik bir opioiddir.(3) 1932’de morfine bağımlılık yapmayan, tolerans gelişimi izlenmeyen, solunum depresyonu ve bulantı yapmayan bir alternatif olması amacı ile geliştirilmiştir. Ancak sonuçta ortaya çıkan madde morfine kıyasla daha hızlı etki başlangıçlı, daha kısa yarı ömürlü ve daha şiddetli bağımlılık yapıcı özelliklere sahip olmuştur.(4) Diğer opioidler gibi dezomorfin de analjezi, sedasyon ve öfori etkilerine sahiptir. 1940’larda “Permonid” markası ile postoperatif ağrılarda kullanılmak üzere piyasaya sürülmüşse de şiddetli ba-

ğımlılık yapıcı özelliklerinin fark edilmesi ile 1952’de piyasadan çekilmiştir. 2003 yılından bu yana Rusya ve Batı Avrupa’da yaygınlaşmaktadır. Henüz bildirilmiş olgu sayısı az olmakla birlikte Türkiye’de nadir de olsa kullanımı görülmeye başlanmıştır.

Son dönem yaygınlaşan sentetik opioidler gibi dezomorfin de birçok başka madde ile kontamine halde piyasaya verilmektedir. Ancak “krokodil”i farklı kılan bir diğer özelliği de birçok kullanıcının kendi evlerinde imal edebilmesidir. Gazyağı ve boya incelticisi (kurşun içerir) ile seyreltilmiş kodeinin hidroklorik asit, iyot ve kırmızı fosfor (kibrit kutularından temin edilmektedir) ile kaynatılması yoluyla elde edilen bu madde iv enjeksiyon şeklinde kullanılır.(5) Bileşenine katılan toksik maddeler nedeni ile krokodil oldukça hızlı biçimde damarları, kasları ve diğer dokuları harap eder. Bu maddeyi kullananlarda şiddetli ülserasyonlar, abseler, gangren, thromboflebit, cilt nekrozu, kemik doku hasarının ve amputasyonla sonuçlanmanın oldukça sık görülmesi nedeni ile maddeye “krokodil” adı verilmiştir ve dezomorfin madde bağımlıları arasında “keşleri yiyen madde” (drug that eats junkies) olarak tanımlanır. (6) Bileşenindeki iyot nedeni ile tiroid bezine, fosfor nedeni ile kırıldak dokulara, ağır metaller nedeni ile elektrolit metabolizmasına ciddi zarar verir.

Henüz ülkemizde bildirilen bir olgu bulunmamasıyla birlikte kliniklerde nadir de olsa görülmeye başlanan “krokodil” kullanımının belirtileri ve sonuçları hakkında bilgi sahibi olmamız önemlidir. Kullanıma bağlı doku kayıplarının dramatik sonuçları internet ortamında herhangi bir arama motorunda “krokodil” kelimesinin aranması ile görülebilir.

Sayın Dr. Gökben Hızlı Sayar,
Dr. Serdar Nurmedov,

Dezomorfin (Krokodil)Bağımlılığı

Ülkemizde ve tüm dünyada Bonzai başta olmak üzere sentetik kannabinoidlerin 2000'li yılların başından itibaren nasıl hızla yayıldığına ve günümüzde nasıl ciddi bir halk sağlığı sorunu haline geldiğine tanıklık etmekteyiz.

Bu nedenle ender vaka bildirimleri olsa da Dezomorfin (Krokodil) Bağımlılığı özelinde sentetik opioidlere de sizlerin aracılığıyla Bağımlılık Dergisi'nde yer vermeyi oldukça önemli bulmaktayız. Geçmiş acı tecrübelerimiz bağımlılık alanında çalışan klinisyenlerin olası her türlü yeni vakalara karşı hazırlıklı olması gerçeğini belirgin şekilde ortaya koymaktadır.

Sentetik kannabinoidlerde olduğu gibi sentetik opioidlerin de piyasada değişik isimlerle ve kontamine halde bulunabileceği hususuna vurgu yapmanızı oldukça kaygı yaratan bir risk olarak görmekteyiz. Yine internet aracılığıyla yeni bir uyuşturucu maddeyle ilgili bilgilenmenin ve ona ulaşmanın kolay olduğunu da göz önüne alarak, panik ortamı yaratmadan ciddi önlemler alınması gerektiği apaçık ortadadır.

Şu anda sokakta popüler olan ve yaygın kullanılan sentetik kannabinoidler (Bonzai) olduğu gibi yarın sentetik opioidler(Krokodil) ya da bir başka maddenin olabileceği riskini düşünerek hareket etmemiz gerekmektedir.

Asıl amacımız madde bağımlılığı mücadelesi olmakla beraber Dezomorfin (Krokodil) gibi yeni ve ender olan bağımlılıkların erkenden tanınması, kimlerin daha çok risk altında olduğunun belirlenmesi tedavi başarımızı arttıracaktır. Bağımlılık sorunuyla ilgili farkındalığı arttıracak sivil toplum kuruluşları ve başta hükümet olmak üzere tüm siyasi partileri de harekete geçirecek çözüm üreten projelere ihtiyacımız oldukça fazladır. Bu nedenle sizlerin şahsında Bağımlılık Dergimizin yeniden yapılanma sürecinde bizlerden akademik desteklerini esirgemeyen herkese teşekkürlerimizi sunarız.

Saygılarımla

Editorial Komite adına
Dr. Yasin Genç

İnternet ve Çocuklar**Doç. Dr. Sinan Mahir Kayıran¹**¹ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
Amerikan Hastanesi**Sayın Editör,**

Derginizin 2014 yılı ilk sayısında yayımlanan 'Çağımızın Sağlık Sorunu: Çocuklarda İnternet Bağımlılığı' başlıklı, Duygu Gözen ve ark. tarafından hazırlanmış makaleyi ilgi ile okudum (1). Bu yazı ağırlıklı olarak çocukları internet bağımlılığının korunmada hemşirenin rolü üzerinde durmak amacıyla hazırlanmış olsa da ülkemizde böyle bir çalışma olmadığından, çoğunlukla bir literatür taraması ile dünyada ve ülkemizde internet bağımlılığı ile ilgili yapılmış makalelerin taranması bakımından iyi düzenlenmiş bir çalışmadır. Bu çalışmalar da internet bağımlılığı için risk faktörleri olarak yaş, cinsiyet, psikolojik sorunlar, evde internet kullanımı, amacı ve bağlanma süresi belirtilmiştir. Ancak bu çalışmalar farklı sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarını kapsamaktadır. Yüksek sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarında yaptığımız ve 2010 yılında yayımlanan araştırmamızda yüksek gelir grubunda tüm elektronik medyaya ve internete

ulaşım imkanı daha yüksek olmaktadır (2). Hem bu çalışmamızda hem de sadece internet kullanımını irdelediğimiz şuan devam eden ve yazım aşamasındaki yüksek sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarında internete ulaşım ile birlikte internet kullanımı daha fazla olmaktadır. Ekonomik düzeyle birlikte internet kullanım alışkanlıkları sürekli artmaktadır. Budurumun internet bağımlılığı için bir risk faktörü olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- 1- Gözen D, Kurt AS, Canbulat N. Çağımızın Sağlık Sorunu: Çocuklarda İnternet Bağımlılığı. Bağımlılık Dergisi 2014; 15(1): 34-39.
- 2- Kayıran SM, Soyak G, Gürakan B. Electronic media use by children in families of high socioeconomic level and familial factors. Turk J Ped 2010; 52(5) : 491-499.

Sayın Doç. Dr. Mahir Kayıran,

Dergimize gösterdiğiniz ilgiye çok teşekkür ederiz. Bağımlılık Dergisi Yayın Kurulu adına Çocuk ve Ergen Psikiyatri Uzmanı Gürkan Odabaşoğlu'nun mektubunuza yanıtı aşağıda yer almaktadır.

Dr. Yasin Genç

Sayın Doç. Dr. Mahir Kayıran,

DSM 5'de "madde kullanımı ve bağımlılık bozuklukları" başlığı altında yer verilen yeni bağımlılık tanımlarına davranışsal bağımlılık kavramının da girmesiyle internet bağımlılığı ve online oyun bağımlılığı konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Klasik bağımlılık anlayışının değiştiği günümüzde, internet bağımlılığının daha fazla çocuk ve ergenleri etkilediği düşünülecek olursa bu konudaki riskleri iyi bilmek her bağımlılık gibi önlenabilir özellikleri ortaya çıkararak, konuya

daha kapsamlı yaklaşmamızı kolaylaştırır. Online dünyanın hızı ve değişkenliğini düşündüğümüzde risk faktörlerinin de bu oranda farklılaştığı görülmektedir. Aileler ve çocuklar arasında yaşanan teknolojik bilgi farklılıkları da yaklaşım zorlukları getirmektedir. Bu konuda bilinçlenme kılavuzları ve aile eğitimlerinin de çok önemli olduğu görülmektedir.

Konuya olan duyarlılık gelişmesine katkıda bulunmak amacıyla "online oyun bağımlılığı", "internet kumar bağımlılığı" gibi araştırma konularının daha sık dergimizde yer almasına çalışarak davranışsal bağımlılıkları daha iyi tanımlayabileceğimizi düşünüyoruz.

Saygılarımla

**Editöryal Komite adına
Dr. Gürkan Odabaşoğlu**

İstanbul'daki 10. Sınıf Öğrencileri arasında Tütün Kullanımı ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi***Tobacco Use among 10th Grade Students in Istanbul and Related Variables***

Cüneyt Evren

Bilge Evren

Müge Bozkurt

Asian Journal of Psychiatry

2014; (8): 69-75

Sigara tüm dünyada ilk sıralarda yer alan önle-
nebilir bir ölüm ve hastalık sebebidir. Yetişkinlerin
çoğunluğu sigaraya ergenlik döneminde başlamak-
tadır. Ergenler için ortaokul ve lise dönemi, mad-
de kullanımı ve diğer riskli davranışlar için yüksek
risk dönemi oluşturmaktadır. Birçok araştırmada
tütün ve alkolün de yer aldığı madde kullanımının,
suç ve şiddet içeren davranışları anlamlı olarak
yordadığı bulunmuştur. Bu sebeple, ergenlik döne-
minde tütün kullanımını engellemek, morbidite ve
mortaliteyi azaltmak için kritik bir öneme sahiptir.

Türkiye'de tütün kullanım sıklığı ve diğer faktör-
lerle ilişkisi üzerine yeterli sayıda araştırma bulun-
mamaktadır. Bu araştırmanın amacı, İstanbul'daki
10.sınıf öğrencilerinin sigara ve nargile kullanım sık-
lığını araştırmak ve tütün kullanım sıklığı ile çeşitli
sosyodemografik, psikolojik ve davranışsal özellikler-
in ilişkisini incelemektir. Özbildirime dayalı kesitsel
ve internet üzerinden çevrimiçi olarak yürütülen bu
araştırma, İstanbul'un 15 farklı ilçesinde yer alan
45 okulda gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya 2343 kız
2614 erkek olmak üzere toplam 4957 öğrenci katıl-
mıştır. Katılımcılara demografik bilgileri, aile özellik-
leri, okul hayatı, sosyal ilişkileri, tütün, nargile, alkol,
esrar, uçucular, eroin, kokain, reçetelendirilmemiş
yasal trankilizanlar ve yasal olmayan trankilizanlar
gibi maddelerin kullanımı ile sorular sorulmuştur.

Çalışmanın sonucunda, ayda birkaç kez sigara
kullananların oranı %2.7, haftada bir çok kez içen-
lerin oranı %1.8, ve her gün sigara içenlerin oranı
%5.6 olarak bulunmuştur. Nargile kullanımı içinse

bu oranlar sırasıyla %15.8, %2.3 ve %0.9 bulun-
muştur. Hem sigara hem de nargile kullanımı er-
keklerde kızlara göre daha fazla bulunmuştur. Her
gün tütün kullanan (sigara ve nargile) grubun, di-
ğer gruplara göre yaşça daha büyük olduğu, okul
başarılarının ortalamasının altında olduğu, daha
fazla disiplin cezası aldıkları, okulda daha fazla
devamsızlık yaptıkları, hukuksal problemlerinin
olduğu, çalışmak zorunda oldukları ve aileleri-
nin arkadaşlarına karşı negatif bir tutum içinde
olduğu bulunmuştur. Ayrıca her gün tütün kulla-
nan grupta, düzenli alkol kullanımı, alkol dışında
madde deneme girişimleri ve çevresinde madde
kullanımı; hiç kullanmayan ve ayda birkaç kez tü-
tün kullanan gruba göre daha fazla görülmüştür.
Bunlara ek olarak, her gün tütün kullanan grup,
daha fazla kavgaya karışma, kendini yaralama, in-
tihar girişi, kontrol edilemeyen öfke nöbetleri,
psikolojik travma öyküsü, kaygı ve anhedoni gibi
davranışsal ve psikolojik problemler belirtmiştir.

Sonuç olarak bu çalışmada, tütün ve özellikle
de nargile kullanım sıklığı yüksek bulunmuştur. Ay-
rıca tütün kullanımı ve psikolojik, sosyal ve davra-
nışsal problemler arasında güçlü bir ilişki bulunmuş-
tur. Tütün kullanımını, uzun vadeli sağlık ve sosyal
sonuçlarından dolayı bir halk sağlığı sorunudur.
Bu nedenle, ergenlik döneminde tütün kullanımını
özellikle de nargile kullanımını azaltmak için önleyi-
ci ve koruyucu çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Uzm. Klinik Psk. Nejla Yıldız

Türkiye’de İnternet Bağımlılığı Polikliniği’ne Ayaktan Başvuran Erkek Hastalarda Depresyon, Yalnızlık, Öfkeli Davranışlar ve Kişilerarası İlişki Tarzları

Depression, Loneliness, Anger Behaviours and Interpersonal Relationship Styles in Male Patients Admitted to Internet Addiction Outpatient Clinic in Turkey

Ömer Şenormancı
Ramazan Konkan
Oya Güçlü
Güliz Şenormancı

Psychiatria Danubina 2014; 26: 39-45

İnternet kullanımı, günlük hayatımızın vazgeçilmez bir parçasıdır ve toplumda yaygın şekilde görülmektedir. Buna karşın internet bağımlılığı, aşırı internet kullanımına bağlı olarak günlük hayattaki işlevselliğinin bozulmasıdır. Bu araştırmanın amacı, depresyon, yalnızlık, öfke ve kişilerarası ilişki tarzının internet bağımlılığı üzerinde yordayıcı etkisini belirlemektir. Araştırmaya, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İnternet Bağımlılığı Polikliniği’ne başvuran ve Young (1998) kriterlerine göre internet bağımlılığı tanısı koyulan 18-20 yaşları arasındaki 40 erkek hasta katılmıştır. Araştırmada İnternet Bağımlılığı Testi, Beck Depresyon Envanteri, Sürekli Öfke İfade Tarzı Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Kişilerarası İlişkiler Tarzı Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmanın sonucunda, öfkeyi içte tutmanın ve internet kullanma süresinin, internet bağımlılığını yordadığı bulunmuştur. Ayrıca, internet bağımlılığının depresyon ve kişilerarası ilişkilerde ketleyici tarz ile pozitif korelasyona sahip olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, kişilerarası ilişkilerinde problem yaşayan kişilerin, interneti daha tatmin

edici ilişkiler sağlamak için kullandıkları düşüncesini desteklemektedir. Araştırmacılar, klinisyenlerin hastaların aşırı ve kontrolsüz interneti kullanma sürelerini düzenlemelerinin ve terapilerde duyguları kabul etmeye ve öfkeyi ifade etmeye odaklanmanın internet bağımlılığı hastaları için faydalı olacağını belirtmektedir. Ayrıca, araştırmacılar sadece internet kullanma süresine bakılarak internet bağımlılığı tanısı koyulmaması gerektiğini de vurgulamaktadır.

Psk. İlkay Soykal

Kitabın Adı:

BAĞIMLILIK SANAL VEYA GERÇEK

Yazarlar:

Prof.Dr. Nevzat Tarhan
Uzm. Dr. Serdar Nurmedov

Yayınevi: Timaş Yayınları

Günümüzde ilk başta sigara, alkol ve uyuşturucu madde ile akla gelen ancak yaşamımızın birçok alanında karşılaşılabileceğimiz bağımlılık sorunu, Prof. Doktor Nevzat Tarhan ve Uzman Doktor Serdar Nurmedov'un "Bağımlılık Sanal veya Gerçek" adlı kitabında kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır.

Üç temel bölümden oluşan bu önemli eserin ilk iki bölümde yazarlığı Nevzat Tarhan üstlenmiştir. İlk bölümde, "Bağımlılıkta Eski ve Yeni Yaklaşımlar" başlığıyla, esas olarak bağımlılık ve beyin ilişkisine vurgu yapılmış ve takip eden konularda ise hipnoz bağımlılıktaki yeri, kişilik-bağımlılık ilişkisi, psikolojinin bağımlılığı nasıl açıkladığı ve bağımlılık yaratan maddelerin etkileri anlatılmıştır. İkinci bölümde, "Davranışsal Bağımlılıklar" başlığıyla, sanal bağımlılıklar, kumar bağımlılığı, cinsel bağımlılık, alışveriş-toplama-biriktirme bağımlılığı detaylı bir şekilde ele alınmış ve bilimsel gerekçeleri ile açıklanmıştır. Özellikle sosyal medya, internet ve bilgisayar konuları tek tek ele alınmış; tedavisi, yaygınlığı ve önleme çalışmaları vaka örnekleri ışığında anlatılmıştır.

Üçüncü bölümde yazarlığı Serdar Nurmedov üstlenmiştir. "Alkol ve Madde Bağımlılığı" başlığıyla ilk etapta bağımlılığın temel özellikleri, nedenleri, tanı kriterleri, bağımlılığın psikolojisi, eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar ele alınmıştır. Sonrasında alkol bağımlılığı ve bağımlılık yapan maddeler (opiat, sedatif ve hipnotik ilaçlar, amfe-

tamin, kokain, halüsinojenler, esrar, uçuşu maddeler) tek tek ele alınmış ve de tedavi seçenekleriyle birlikte detaylı bir şekilde okuyucuya sunulmuştur.

Kitabın arka kısmında, okuyucuların kendilerini veya çevresindekileri değerlendirmeleri için anketler ve bu süreci daha iyi takip edebilmeleri için hastalığa ilişkin terminoloji ile yasalar hakkında önemli bilgiler verilmiştir. Bunlar; Alkol Bağımlılığı Öykü Formu, Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT), Beck Depresyon Envanteri, Tedavi Motivasyonu Anketi, Alkol/Esrar/Eroin Altkültürü Argosu ve Bağımlılık ve Yasalar'dır.

Çağımızın önemli sorunlarından biri olan bağımlılığın biyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan ele alındığı, bağımlılık ve beyin ilişkisinin önemle vurgulandığı ve de bağımlılık sorunu hakkında önleyici ve koruyucu bir çalışma olmasının amaçlandığı bu kapsamlı eseri okurken tüm sorularınıza cevap bulacağınız düşüncesindeyim.

Herkese iyi okumalar dilerim.

Psk. Merve Yalçınay

Kadınlar ve Alkolizm**Uzm. Dr. Defne Eraslan**

Alcoholism rates are rising among young women. Women are very vulnerable to acute and chronic medical and psychological effects of ethanol use. However, because women with alcohol abuse are less likely to get involved in legal or workplace problems, and because family support is not strong as for male alcoholics, it is more difficult for alcoholic women to be referred to mental health professionals. Even if they do have a chance to see a specialist for a comorbid condition, they are often underdiagnosed. We discuss the need to be aware of and create solutions for alcohol problems in women.

Bağımlılık, yaşayan kişilerin önemli bir oranının çoğu zaman tedaviye gelmeyi tercih etmemeleri nedeniyle diğer bozukluklardan ayrılıyor. Bu nedenle bağımlılık tedavisinde, motivasyonu sağlamak için, hastanın çevresinde bu durumdan olumsuz etkilenen herkesin katkısı çok önem kazanıyor. Bağımlılıkla mücadele eden kişi iş hayatında, aile içi ilişkilerinde sorun yaşadıkça, yasal ve maddi zorluklar ile karşılaştıkça, çevrenin desteği ile tedaviye başvurma olasılığı da artabiliyor. Basitçe söylersek, bağımlı çevresinin ve toplumun başını ne kadar çok ağrıtırса, tipik bağımlı profiline ne kadar çok uyarsa, yardıma ulaşma olasılığı o kadar fazla. Aynı bakış açısıyla, sosyal ve tıbbi açıdan daha çok kendine zarar veren bir kişinin tedavi için yönlendirilmesi daha zor.

Bağımlılık ile uğraşan uzmanların, gürültülü çoğunluk kadar sessiz azınlığı da tanımaya ve on-

lara özgü tarama ve tedavi yöntemleri geliştirmeye çalışmaları çok önemli. Alkol bağımlılığı söz konusu olduğunda, buradaki “sessiz azınlık” kadınlar. Dünyada da ülkemizde de kadınlarda alkol kötüye kullanımı erkeklere kıyasla daha düşük. Ancak, yapılan epidemiyolojik araştırmalar, genç kadınlarda alkol kötüye kullanımının giderek arttığını ve erkek yaşlılarındaki orana yaklaştığını gösteriyor. Bu durumda, yakın bir gelecekte alkole bağlı psikolojik ve tıbbi sorun yaşayan kadınlarla çok daha fazla karşılaşacağız. Kadınlar, etanolün akut etkilerine karşı daha hassaslar. Bu durum, bağımlılık riskini azaltıyor gibi görünse de, bir kez alkolizm geliştiğinde, kadınlar çok daha büyük risk altında kalıyorlar.

Alkolizmi olan kadınların intihar, alkol ile ilişkili kazalar, karaciğer hastalıkları ve diğer bedensel hastalıklar nedeniyle ölme oranları erkeklerin neredeyse iki katı. Kadınlar, çok daha düşük alkol alımı ile alkole bağlı karaciğer hasarı, kalp kası sorunları ve kalça kırıkları gibi sorunlara açık hale geliyorlar. Meme kanseri ile alkol kullanımı arasında açık bir ilişki var. Gebelikte alkol kullanımının bebeğe etkileri iyi bilinse de , alkolizmi olan kadınlara gebelik döneminde veya emzirirken nasıl destek olunması gerektiği konusunda bir yöntem uyguluyor veya araştırıyor değiliz.

Kadınlar psikososyal açıdan da alkol bağımlılığından daha fazla etkileniyorlar. Depresyon, anksiyete bozuklukları gibi başka psikiyatrik sorunlar ile eş tanı oranı kadınlarda erkeklere kıyasla çok daha yüksek. Çocukluk

veya gençliğinde fiziksel ya da cinsel travma yaşayan kadınlarda alkol ile ilişkili sorunlar daha sık görülüyor. Zaten zor bir çocukluk geçirmiş ve başka psikiyatrik sorunları olan bir kadın, alkolizm geliştikten sonra yakınlarından da destek almakta zorlandığında, ağır psikososyal kayıplar yaşıyor. Alkol kötüye kullanımı olan bir çok erkeğin yanında görmeye alıştığımız fedakar eş, anne, kardeşlere kadın alkolikler söz konusu olunca rastlayamıyoruz.

Alkol alan kadın ile ilgili toplumsal önyargılar nedeniyle, hastaların ya da yakınlarının bu sorunu farkedip yardım istemesi çok daha zor. Erkekler alkol alıp eşlerine şiddet uyguladıkları, ehliyetlerini kaybettikleri veya ertesi gün işe gidemedikleri için kadınlara kıyasla daha hızlı çözüm yoluna girip bir uzmanla karşılaşabiliyorlar. Oysa evde oturan, araç kullanmayan ve ailesinden utandığı için gizli gizli içki tüketen bir kadının, yardım istemesi de, başı belaya girmediği için yardıma ihtiyacının olduğunun fark edilmesi de çok daha zor. Klasik alkolik prototipine uymadıkları için, başka tıbbi nedenlerle sağlık hizmeti aldıklarında da kadınlarda alkol kullanımı yeterince sorgulanmıyor. Bir çok araştırma, klinisyenlerin belirli bir sorun için “tipik” özellikler taşıyan bireylere daha kolay tanı koyduğunu, ama alkolik kadınlar gibi zihinlerdeki klasik modele uymayan kişiler söz konusu olduğunda semptomların göz ardı edilebildiğini gösteriyor.

Buz dağının sadece görünen yüzü için çözüm geliştirsek bağımlılık gibi önemli bir sorunu çöze-bilmemiz mümkün değil. Alkolizm ve onun toplum-sal sonuçları konusunda ilerleme kaydetmek istiyor-sak, kadınlar gibi tanı ve tedavisinde güçlük yaşanan gruplar için de programlar geliştirmek önemli. Ne yazık ki, bilimsel çalışmalar da pratik nedenlerle çoğu zaman, kolay ulaşılan, “tipik” hastaları kapsıyor.

Bu konuda ne yapılabilir? Kadınların da dahil edildiği bilimsel çalışmalara ağırlık verilebilir, destek sağlanabilir. Genç psikiyatrist ve psikologlar eğitilirken, kadınlarda birinci tanı ya da eş tanı olarak bağımlılık sorununa değinilebilir. Bu konu aile hekimleri, kadın doğum uzmanları gibi, alkol sorunu yaşayan kadınlara ulaşabilecek hekimlerin ilgi alanına taşınabilir. Ama bunların hepsinden önce, klinisyenlerin hasta görüşmelerinde kadın erkek tüm bireylere, geçiştirmeden, korkutmadan ve önyargısızca bağımlılık ile ilgili soruları sormayı günlük uygulamalarının bir parçası haline getirmeleri gerekir. Sormak her zaman doğru cevap alacağınız anlamına gelmez, ama belki bu durumla tek başına baş etmeye çalışan bir insan için bir kapı aralayabilir. Biliyoruz ki, bağımlılık tedavisi, yapayalnız yürütülemeyecek kadar zorlu bir süreçtir.

Türkiye Psikiyatri Derneği

Sentetik Esrar Türevleri (Bonzai) İle İlgili Basın Açıklaması

04.09.2014

*****Ülkemiz bağımlılık politikalarının çağımız koşullarına uygun olarak oluşturulmasına ve ilgili tüm kurum ve kuruluşların sorumluluklarını ciddiyle ele almaları gerekmektedir.***

*****Hastalara sağlıklı bir tedavi uygulanabilmesi için tedavi kurumlarında SK tarama testleri hızla yaygınlaştırılmalıdır.***

Sentetik kannabinoidler (SK)ya da sentetik esrar türevleri Türkiye’de “Bonzai” adı ile bilinen, beyni etkileyen, bağımlılık yapan maddelerdir. Bu maddelerin kullanımı son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artmaktadır.

SK’ler Çin’de ve Hindistan’da laboratuvar ortamlarında toz halinde üretilerek tüm dünyaya dağıtılmaktadır. Bu maddeler daha sonra çeşitli çözücüler içinde çözülmekte ve bitki karışımlarının üzerine püskürtülmekte, kurutulduktan sonra paketlenerek satışa sunulmaktadır. Çok sayıda ticari markaları ve isimleri olmakla birlikte Türkiye’de yaygın olarak kullanılan isimler “Bonzai” ve “Jamaika”dır. Ne yazık ki günümüzde bu madde oldukça kolay ulaşılabilir bir hale gelmiştir. Gerek yurt içinde gerek yurt dışında internet siparişi yoluyla çok kolay ulaşılabilirdiği dikkat çekmektedir. Bu siteler kapatılsada yeni siteler vasıtasıyla dağıtımı yapılabilmektedir. Ayrıca satışa sunulan paketler üzerinde paketin içeriği hakkında bilgi verilmemekte ya da yanlış bilgiler yer almaktadır.

SK’ler ilk ortaya çıktıklarında henüz yasal düzenlemelere tabi olmadıklarından ve maddenin vücutta parçalanması sonucunda oluşan son ürünleri

saptamaya yönelik olarak her zaman yapılan tarama testlerinde saptanamadıklarından kısa sürede yaygınlaşmıştır. Bu maddeler öncelikle ilk piyasaya çıktıklarında yanlış tanıtıldıkları ve denetlenmedikleri için bağımlılık yapmayan keyif vericileri denemek isteyen ya da yeni bir madde arayışında olan ancak yasal süreçlerden endişe edenler ve adli kontrole tabi olan kişiler arasında kullanılmaya başlamıştır. Ancak SK’lerin kullanımındaki artış ve karşılaşılan sorunun büyüklüğü fark edildikten sonra tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önlemler alınmaya başlamıştır. Türkiye’de 2011’den bu yana SK’ler Uyuşturucu Maddelerin Denetlenmesi Hakkında Kanuna tabi hale gelmişlerdir. 2013 yılında bakanlar kurulu kararıyla bu kanunun kapsadığı SK’lerin kapsamı genişletilmiştir. Ancak yasal önlemleri aşabilmek için sürekli olarak yeni SK’ler piyasaya sürülmektedir. SK’leri rutin madde tarama testlerinde saptanamamaktadır, ancak yakın zamanda bazı devlet hastanelerinde bazı SK türlerinin taramasını yapan testler denenmeye başlanmış, ne yazık ki henüz bu testler yaygın hale gelmemiştir. Çoğu hastanede halen SK kullandığını belirterek tıbbi yardım arayışına giren kişilere herhangi bir tarama test uygulanamamakta,

bu durum tanı, tedavi ve hastanın tedavi sürecini takipte tıbbi ve adli açıdan zorluk yaratmaktadır.

SK den ilk haberdar olunma şekillerinden biri de bu tür maddeleri kullanan kişilerin ciddi yakınmalarla acil servislere başvurmaları ile olmuştur. SK kullanımı sonrasında kişilerde çarpıntı, göğüs ağrısı, huzursuzluk, solunum güçlükleri, kusma ve bulantı, bilinç kaybı, varsanılar ve sanrıların yanında intihar düşüncesi ya da girişimi, kendine ve başkasına zarar verici davranışlar, kalp krizi, böbrek yetmezliği ya da epileptik nöbetler gibi hayatı tehdit edebilecek belirtiler de görülebilmekte, ölüm vakaları bildirilmektedir. Bu maddenin kullanımı sonrasında gerçeği değerlendirmenin bozulduğu şizofreni benzeri psikotik tablolarla da karşılaşmaktadır. Bu yüzden SK kullanımı sonrasında kişiler yaşadıkları fiziksel ve psikiyatrik belirtiler nedeniyle sıklıkla acil tıbbi yardım başvurusunda bulunmaktadır.

SK'lerin bağımlılık yapıcı etkileri oldukça yüksektir. Kullanan kişilerde çok sık kullanma ihtiyacıyla kısa sürede bağımlılık geliştirebilmektedir. SK kullanım bozukluğu olan kişiler bu maddeyi bırakmaya çalıştıklarında ise terleme, uykusuzluk, çarpıntı, huzursuzluk, bedensel ağrılar, bulantı ve kusma gibi yoksunluk belirtileri yaşayabilmekte bu belirtiler geçici de olsa maddeyi bırakmak isteyen kişiyi zorlayabilmektedir. SK'leri bırakmak isteyen kişilerin psikiyatri polikliniklerine ya da bağımlılık merkezlerine yardım başvurusunda bulunmaları, burada ayaktan ya da yataklı tedavi programlarına katılabilmeleri bağımlılık problemlerinin üstesinden gelmesinde çok önemli bir faktördür.

Son zamanlarda medyada sıklıkla "bonzai" kullanımı ile ilgili haberler çıkmakta, "bonzai" kullanımı sonrası görülen ölüm vakalarından bahsedilmekte ya

da bu maddeyi kullandığı iddia edilen kişilerin görüntüleri internet üzerinden paylaşılmaktadır. Toplumun sağlıklı olarak bilinçlendirilmesi ve SK'ler konusunda uyarılarak önlem alınmasında medyaya çok önemli bir rol düşmektedir. Ancak adımlar doğru atılmalı, bu maddeyi özendirici olabilecek bilgi aktarımından kaçınılmalıdır. Bu konuda bilimsel gerçeklikle hareket edilmeli günlük söylemlerden kaçınarak ilgili kurumlarla işbirliği içinde topluma bilgi sunulmalıdır.

SK'ler ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Ne yazık ki yapılan çalışmalar SK kullanımının özellikle gençler arasında yaygın olduğunu göstermektedir. Bu da alınacak önlemlerle ilgili kararların acilen yürürlüğe konması gerektiği konusunda bizi uyarmaktadır. Gerek SK kullanımının önüne geçilebilmesi için gerekse bundan sonrada karşımıza çıkabilecek bu tür maddelere karşı şimdiden ciddi önlemler alınmalı, öncelikle kolay erişimin engellenmesi sağlanmalıdır. Halkımızı doğru olarak bilgilendirecek, yönlendirecek ve koruyacak projeler oluşturulmasına ihtiyaç vardır. Bu projelerde hekimler, medya, emniyet, sivil toplum kuruluşları birlikte hareket etmeli ve önleyici çalışmalarda bulunulmalıdır. Madde kullanımı olan kişiler madde bağımlılığı tedavi merkezlerinden yardım alabilecekleri konusunda bilgilendirilerek bu kurumlara yönlendirilmelidir. Ayrıca hastalara sağlıklı bir tedavi uygulanabilmesi için tedavi kurumlarında SK tarama testleri hızla yaygınlaştırılmalı, sürekli yeni bir çeşidi ortaya çıkan SK'lerle ilgili yasal açıkların bütümemesi için bu maddeler yakından takip edilmeli ve düzenlemelerin güncel kalması sağlanmalıdır.

SK kullanımı ile ilişkili olarak acil servislere, psikiyatri polikliniklerine ve aile hekimlerine çok sayıda hasta başvurmaktadır. Kısa süre içerisinde, önleme

programlarının yanı sıra tedavi için başvuran SK kullanıcılarına yaklaşım konusunda ilgili tıbbi dalların birlikte hareket edebileceği multidisipliner bir tedavi planı oluşturma zorunluluğu acilen gerekmektedir.

Tüm bunların ışığında ülkemizin bağımlılık politikalarının çağımız koşullarına uygun olarak oluşturulmasına ve ilgili tüm kurum ve kuruluşların sorumluluklarını ciddiyetle ele almalarına ihtiyaç olduğu bir kez daha görülmektedir. Mad-

de kullanımını ve madde kullanım bozukluğunu çağımızın ciddi bir sorunu olarak ele alıp uzun vadeli ve kalıcı devlet politikaları geliştirmeli ve gerekli önleme ve tedavi programları üretilmelidir.

Türkiye Psikiyatri Derneği
Alkol Madde Kullanım Bozuklukları
Çalışma Birimi adına
Doç. Dr. Cüneyt Evren

Türkiye Psikiyatri Derneği ***Basın Açıklamasına İstinaden,***

Son yıllarda artan uyuşturucu kullanımı ve özellikle de yeni nesil, psikoaktif madde kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak hayatları tehdit etmekte. Türkiye Psikiyatri Derneği birçok toplumsal konuda olduğu gibi bağımlılık konusunda da uyarmaya devam ediyor. 04.09.2014 tarihli “ Sentetik Esrar Türevleri (Bonzai)” ile ilgili basın açıklamasında bu maddeler ile ilgili her türlü gerçekliği açık bir şekilde ortaya koymuş ve gerekli önerileri ile de ışık tutmuştur. Yazının anlaşılabilirliği ve yeni eğitim yılının da göz önünde tutulması ile zamanlamanın oldukça yerinde olduğunu düşünmekteyiz.

Bağımlılık Dergimizde bu paylaşıma yer ver-

memize fırsat veren Derneğimiz Yönetim Kuruluna, bilgi ve deneyimlerini kaleme döken Doç. Dr. Cüneyt Evren’e katkılarından dolayı teşekkürlerimizi sunuyoruz. Bu basın açıklamasını dağıtım yerlerimiz olan; üniversite, hastane ve AMATEM bölümlerine yeniden taşıyıp pekişmesinin uygun olduğunu düşündük.

Sonuç sağlıklı yaşamlar ise; bağımlılık alanındaki bilimsel çalışmalar kadar toplumsal bilinçlendirmelerin de zaruri olduğu yadsınamaz.

Dr. Belinda Maşalı

BİLİMSEL TOPLANTI VE KONGRELER / SCIENTIFIC EVENTS AND CONGRESSES

ULUSAL KONGRELER 2014

Kongre Adı	Tarih	Yer	İletişim İçin
7. Ulusal Anksiyete Kongresi	18-21 Eylül 2014	Girne-Kıbrıs	http://www.anksiyete2014.org/
7. Nöropsikiyatri Günleri	30 Ekim - 1 Kasım 2014	İstanbul Bilim Üniversitesi	http://www.noropsikiyatrigunleri.org/
50. Ulusal Psikiyatri Kongresi	12-16 Kasım 2014	Antalya	http://www.psikiyatri.org.tr/eventDetail.aspx?e=176

ULUSLARARASI KONGRELER 2014

Kongre Adı	Tarih	Yer	İletişim İçin
44th EABCT Congress	10-13 Eylül 2014	The Hague-Hollanda	http://www.eabct2014.org
1. Uluslararası Anadolu Cinsel Sağlık Kongresi & Uluslararası Cinsel Sağlık Festivali	11-14 Eylül 2014	The Green Park Otel, İstanbul	http://www.sexologycongress2014.com/
WPA 2014 - 16th World Congress of Psychiatry	14-18 Eylül 2014	Madrid- İspanya	http://www.wpamadrid2014.com/registration/register-now/
Dünya Ruh Sağlığı Konfederasyonu'nun Uluslararası Kongresi	9-11 Ekim 2014	Atina	www.wfmh2014.gr
The 22nd International Conference on Eating Disorders Alpbach	16 - 18 Ekim 2014	Tyrol -Avusturya	http://www.netzwerk-essstoerungen.at/index_e.html
Dünya Psikiyatri Birliği Tematik Konferansı	30 Ekim-2 Kasım 2014	Atina	http://www.psychrelatedsciences.org/
Global Addiction Conferences	10-12 Kasım 2014	Rio de Janeiro-Brasil	http://www.globaladdiction.org
Dünya Sosyal Psikiyatri Kongresi	13-15 Kasım 2014	Londra	http://www.waspsjubilee2014.com/index.htm
Uluslararası Otizm Konferansı-ULOK	14 - 16 Kasım 2014	Antalya	http://www.inca2014.com/
1st IAGP International Congress on Research and Group Psychotherapy and Processes on chronic stress	20-23 Kasım 2014	Atina	http://www.iagp.com/events/
The 10th International Congress on Mental Dysfunction&Other Non-Motor Features in Parkinson's Disease	4-7 Aralık 2014	Nice	http://www2.kenes.com/mdpd2014/pages/home.aspx
European Conference on Youth Mental Health: from the continuity of psychopathology to the continuity of care	16-18 Aralık 2014	Venedik	https://www.etchouches.com/ehome/87435

DÜZELTME / CORRECTING

Dergimizin 2014 Yılı, 2. Sayısında yayınlanan "Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tütün, Alkol ve Ürünlerini Kullanım Sıklığı ve Risk Etmenleri" başlıklı makalenin bazı yazar unvanları ve başyazarın iletişim bilgilerinde sehven bir karışıklık olmuştur. Doğru bilgiler aşağıdaki şekilde olacaktır. Yazarlarımıza anlayışlarından dolayı teşekkür ederiz.

- Emine Avcı; Uzm. Dr., Halk Sağlığı Uzmanı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı AD Epidemiyoloji Bilim Dalı
Emine Füsün Civi; Uzm. Dr., Çankaya Toplum Sağlığı Merkezi
Tuğba Özdemirhan; Araş. Gör. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

Address reprint requests to: Uzm. Dr. Emine Avcı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 8. Kat Halk Sağlığı AD Uzman Doktor Odası Balçova - İzmir - TURKEY
Phone: +90 (232) 412 40 28

Bağımlılık Dergisi Telif Hakkı Devri Formu

Biz aşağıda imzaları bulunan:

(Yazar(lar)ın Adı):
.....
tarafından yazılmış

(Makale Adı):
.....

başlıklı makale konusunda, Bağımlılık Dergisi'nin yazı kendisine ulaşıncaya kadar hiçbir sorumluluk taşımadığını kabul ederiz.

Aşağıda imzaları bulunan yazar(lar) olarak sunduğum(uz) makalenin etik kurallara uygun bir çalışma dizaynıyla yapıldığını, orijinal olduğunu, herhangi bir başka deriye yayınlanmak üzere verilmeyeceğini; daha önce yayınlanmadığını (eğer tümüyle yada bir bölümü yayınlandı ise yukarıda adı geçen dergide yayınlanabilmesi için gerekli her türlü izin alındığını) ve orijinal telif hakkı formu ile birlikte Bağımlılık Dergisi'ne gönderildiğinin garanti edildiğini ve yayınlanacak yazı(lar)da düzeltme yapma hakkının Bağımlılık Dergisi Yayın Kurulu'na devredildiğini ve makalenin yazar(lar)ı olarak Telif hakkı dışında kalan patent v.b. bütün tescil edilmiş haklarını; yazar(lar)ın gelecekteki kitaplar ve dersler gibi çalışmalarında; makalenin tümü yada bir bölümünü ücret ödemeksizin kullanmak hakkını ve makaleyi satmamak koşulu ile kendi amaçları için çoğaltma hakkını Bağımlılık Dergisi'ne devredildiğini tasdik eder(ler).

(Yazar(lar) tarafından imzalanmak üzere):

Adı, Soyadı: imza: tarih: / /
Adı, Soyadı: imza: tarih: / /
Adı, Soyadı: imza: tarih: / /

Yazışma Adresi:
.....

Tel: Faks: E-mail:

NOT: Lütfen formu doldurunuz, imzalayınız ve aşağıdaki adrese metninle birlikte gönderiniz.
Bağımlılık Dergisi, Meşelik Sk. No: 36/6 Hrisovergi Apt. 80060 Taksim / İstanbul

Copyright Form of Journal of Dependence

We undersigned:

(Name(s) of authors(s)):
.....

Agree and undertake that the Journal of Dependence has no the article titled responsibility about

(Title of the article):
.....
until it is received by them,

I (we), undersigned, agree and undertake that the article submitted by author(s) follow(s) all the ethical designs, is original, is never submitted to another journal to be published, and that cases where a part or the whole of the article is published, necessary permission is guaranteed for the article to be published in the above mentioned journal and that the article is forwarded to the Advisory Board of the Journal of Dependence with the copyright form filled. Furthermore, we agree and undertake to hand: All the registered rights, except copyright, such as license; the right to use the whole or part of the article for the future books or lessons of the author(s) without any cost and the right to reproduce the article for personal use, except for the purpose of selling it, over to the Journal of Dependence.

Name, Surname: signature: date: / /
Name, Surname: signature: date: / /
Name, Surname: signature: date: / /

Correspondence address:
.....

Phone: Fax: E-mail address:

NOTE: Please read and sign the above form before returning it to the below address, attached to the article.
Journal of Dependence, Meşelik Sk. No: 36/6 Hrisovergi Apt. 80060 Taksim / İstanbul

DERGİMİZE GÖNDERİLEN ÇALIŞMALARIN YAYINLANMA KRİTERLERİ
THE EVALUATION CRITERIA FOR NEW ARTICLES' PUBLICATION IN OUR JOURNAL

Başlık

1. Yazının içeriği ile uyumlu mu?
☐Yeterli ☐Yetersiz
Açıklamalar:

Özetler

1. Yapılan çalışmanın amacını kapsıyor mu?
2. Çalışmada uygulanan temel işlemler belirtilmiş mi?
3. Çalışmada varılan başlıca sonuçlar istatistiksel önemi belirterek açıklanmış mı?
4. Anahtar sözcükler konunun bütünlüğü hakkında bilgi veriyor mu?
☐Yeterli ☐Yetersiz
Açıklamalar:

Giriş

1. Çalışmanın gerekçesi yeterince vurgulanmış mı?
2. Dayandığı bilimsel düşünceler yeterince açıklanmış ve kaynaklar ile desteklenmiş mi?
3. Tutarlı ve bütünlüklü bir yaklaşım oluşturulmuş mu?
☐Yeterli ☐Yetersiz
Açıklamalar:

Yöntem

1. Deneklerin seçimi, sayısı ve özellikleri açıkça anlatılmış mı?
2. Etik kurallara uyulmuş mu?
3. Kullanılan ilaç veya kimyasal maddelerin jenerik adları, dozları ve uygulama yolları belirtilmiş mi?
4. Deneklerin araştırmayı tamamlayıp tamamlamadıkları hakkında bilgi verilmiş mi?
5. Çalışmada kullanılan istatistiksel yöntemler belirtilmiş mi?
6. İyi bilinmeyen veya yeni yöntemler için kaynak gösterilmiş mi?
7. İstatistiksel verilerin, kısaltmaların veya sembollerin kısa tanımı yapılmış mı?
8. Çalışmada kullanılan istatistiksel yöntem güvenilir mi?
9. Kullanılan istatistiksel teknikler eldeki verilere ve uygulanan araştırma desenine uygun mu?
☐Yeterli ☐Yetersiz
Açıklamalar:

Bulgular

1. Bulgular uygun bir sıraya göre metin, tablo veya şekiller üzerinde gösterilmiş mi?
2. Bulguların değerlendirilmesi yeterli mi?
☐Yeterli ☐Yetersiz
Açıklamalar:

Tartışma

1. Çalışmada elde edilen bulgular, literatürdeki veri veya bilgilerle yeterince karşılaştırılmış mı?
2. Farklı bulgular için yeterince açıklama yapılmış mı?

3. Elde edilen sonuçlar ile çalışmanın amacı arasında bir bağlantı kurulabilmiş mi?
4. Çalışmada sağlanan ipuçlarına dayanılarak ileri sürülen yeni varsayımlar yeterli mi?
5. Çalışmada önerilere gerektiği kadar yer verilmiş mi?
☐Yeterli ☐Yetersiz
Açıklamalar:

Teşekkür

1. Yardım ve diğer katkılar için edilen teşekkür uygun mu?
☐Yeterli ☐Yetersiz
Açıklamalar:

Kaynaklar

1. Çalışmada eski ve yeni kaynaklardan yeterince yararlanılmış mı?
2. Kaynaklar konu ile ilgili mi?
3. Kaynaklarda dergi yazım kuralları izlenmiş mi?
☐Yeterli ☐Yetersiz
Açıklamalar:

Tablo ve Şekiller

1. Tablo ve şekiller metin içinde geçtikleri sıraya göre numaralanmış mı?
2. Başka bir yerde yayımlanmış olan tablo ve şekillerin özgün kaynağı belirtilmiş mi?
3. Tablo ve şekillerde kullanılan sembol ve kısaltmalar dipnotlarda yeterince açıklanmış mı?
4. Tablo ve şekiller yazı için gerekli mi?
5. Tablo veya şekillerde kullanılan açıklamalar yeterli mi?
☐Yeterli ☐Yetersiz
Açıklamalar:

Kısaltmalar

1. Yazıdaki kısaltmalar uygun mu?
☐Yeterli ☐Yetersiz
Açıklamalar:

Üslup

1. Makale anlaşılabilir bir ifade ile yazılmış mı?
2. Kullanılan dilin yazım ve gramer kurallarına uyulmuş mu?
☐Yeterli ☐Yetersiz
Açıklamalar:

Açıklama, eleştiri ve sonuç değerlendirmesi:

.....
.....
.....
.....

1- Bağımlılık dergisi; psikiyatri, nörobiyoloji, psikoloji, sosyoloji, antropoloji, felsefe, sosyal hizmetler ve adli tıp alanlarında disiplinler arası bilimsel bir yayındır. İçeriğinde deneysel çalışmalar, klinik çalışmalar, derlemeler, olgu sunumları, kısa bildirimler, yeni yayınların tanıtımı, toplantı ve kongre duyuruları, editöre mektup türünden yazılara yer verilir. Bağımlılık dergisi dört ayda bir yayımlanır.

2- Yazıların dili Türkçe ve İngilizce'dir. Yazılar kolay anlaşılır olmalı, mümkün olduğunca yabancı sözcüklerin Türkçe karşılıkları kullanılmalı, alışılmamış sözcüklerin yabancı dildeki karşılıkları ilk kullanımlarında parantez içinde verilmelidir. Yazı içinde geçen ilaçların ticari adları yerine jenerik adları Türkçe okunduğu biçimde verilmelidir. Yazının içinde dipnot kullanılmamalı, açıklamalar yazı içinde verilmelidir.

3- Dergiye gönderilecek yazı türleri aşağıda gösterilmiştir:

Araştırma yazıları: Bilimsel yöntem ve kurallara uygun olarak yapılan araştırmaları içerir. Bu bölüme gönderilen yazıların daha önce başka bir dergide yayımlanmamış ya da yayın için kabul edilmemiş olması gerekir.

Derlemeler: Derginin yayın kapsamını oluşturan bilim alanlarında güncel bir konuya ilişkin literatür bilgilerini ve yazarın düşüncelerini içeren yazılardır. Bu tür yazıların o konuda en az iki yerli ya da bir dış yayını olan yazarlarca yazılmış olması gerekir. Danışman değerlendirmesiyle ilgili kurallar bu tür yazılar için de geçerlidir.

Olgu Sunumu: İlginç klinik olgu ve olguların sunumları burada yer alacaktır. Bu yazıların çift aralıklı 10 sayfayı geçmemesi gerekir.

Kısa bilgiler: 4 sayfa ve 2 şekil ya da tabloyu aşmayan yeni uygulamalarla ilgili yazılar, yeni yayınlardan yapılan özetler bu kapsamdadır.

Editöre Mektuplar: Dergide yayımlanan çalışmaların eleştirilerini içeren yazılardır.

Kitap Tanıtımı: İlgili alanlarda yayımlanmış kitapların tanıtım ve eleştirisini içeren yazılar bu bölümde yer alacaktır.

Tez Tanıtımı: Bağımlılık alanında yapılan uzmanlık ve doktora tezlerinin tanıtılması için dergi yayın kuruluna çalışmanın bir örneğinin bir ön tanıtımla birlikte gönderilmesi gerekir.

4- Gönderilen yazıların başka bir dergide yayımlanmış ya da yayına kabul edilmemiş olması gerekir. Daha önce kongre yada bilimsel toplantılarda bildirilmiş ve özeti yayımlanmış çalışmalar kabul edilir.

a) Yazılar A-4 boy kağıda çift aralıklı olarak bilgisayarla yazılmalı ve kağıdın iki tarafında 3 cm boşluk bırakılmalıdır. Yazıların uzunluğu, şekil ve tablolar dahil 20 sayfayı geçmemelidir.

b) Yazının en az bir örneği yazar(lar)ca saklanmalı,

bir örneği e-mail olarak dergimize gönderilmelidir.

c) Yazı metninin bütün yazarlarca okunup onaylandığını, yayın hakkının Bağımlılık Dergisi'ne devredildiğini ve yazışma adresini içeren bir belge bütün yazarlarca imzalanmalı ve faks veya posta yoluyla gönderilmelidir.

d) Yazılar, yazarların, ad, soyad, unvan ve çalışma adresleriyle birlikte her türlü yazışmanın yürütüleceği yazışma adresi, telefon, faks numaraları ve elektronik posta adresi bulunan bir mektupla gönderilmelidir. Yazarlar doğrudan çalışmayı yapan ve yazan kişiler olmalıdır, çalışmayı destekleyen yada çalışmaları ile ilgili danışılan kişilerin adları gerekirse teşekkür bölümünde anılmalıdır. Araştırma yazılarında çalışmanın yapıldığı kurum belirtilmelidir.

e) Dergide yayımlanmak üzere gönderilen yazıların uzmanlarca tarafsızca değerlendirmeye alınabilmesi için, yazarların isim ve adresleri sadece kapak sayfasında yer almalıdır.

f) Fotoğraflar ve şekiller jpeg dosyası formatında olarak ayrıca gönderilmelidir. Renkli fotoğraf yayımlanması ücret ödenmesini gerektirir.

g) Yazılar dergimize ulaştığında ilk sıradaki yazara alındı yazısı gönderilir. Daha sonra en az üç danışmanca içerik yada yayın kurallarına uygunluk açısından incelendikten sonra Yayın Kurulu'na değerlendirilir. Yayın Kurulu yazıyı yayımlamaya, düzeltilmesi için geri göndermeye, düzelterek yayımlamaya ya da yayımlamamaya yetkilidir. Dergiye gönderilen yazılar yayımlansın ya da yayımlanmasın bilgi verilir.

h) Gönderilen yazılar Uluslararası Tıbbi Editörler Kurulu'na hazırlanan "Biomedikal" dergilere gönderilecek yazılarda aranan ortak özellikler'in 3. baskısındaki kurallara uygun olmalıdır. Bu kurallar şu dergilerde yayımlanmıştır. British Medical Journal, 1988, 296:401-405. Annals of Internal Medicine 1988, 108:258-265. Literatür (Tıp Dünyasından Seçmeler) Mart 1989, 58: 165-170.

i) Yayımlanan yazıların sorumluluğu yazar(lar)a aittir.

5- Araştırma yazıları aşağıdaki sıraya uyularak hazırlanmalıdır.

Kapak sayfası: Yazı başlığı (Türkçe-İngilizce), yazarların adı, ünvanları, çalıştıkları kurum.

Özetler sayfası: Özetler Türkçe ve İngilizce olmak üzere iki dilde olmalı, yazının Türkçe ve İngilizce başlıklarını taşımalı; "Amaç, Yöntem, Bulgular, Sonuç (Objective, Method, Results, Conclusion) alt başlıklarından oluşmalıdır. Türkçe özet 150-200 sözcük, İngilizce özet 200-250 sözcükten oluşmalıdır. Özetlerin sonuna mutlaka Index Medicus'a göre seçilmiş 3-6 anahtar sözcük konmalıdır. Türkçe anahtar sözcükler, İngilizce anahtar sözcüğün tam karşılığı olmalıdır (Kullanılan anahtar sözcüğün Index Medicus'ta bulunan anahtar sözcüklerin arasında olup olmadığını Internet NLM MeSH Browser sayısından kontrol edilebilir)

Ana metin: "Giriş, Yöntem, Bulgular, Tartışma, Teşekkür (gerekli görülmüşse), Kaynaklar, Tablolar (her tablo başlık ve dip notlarıyla ayrı sayfada olmalıdır), resim alt yazıları " bölümlerini içermelidir.

Tablolar: Microsoft Word'de "Tablo Ekle" bölümünü seçtiğinizde açılan tablo şekliyle yapılmalı (en basit haliyle), tabloların biçimlerinde karışık düzenlemelere gidilmemeli, tablolara veriler girilirken space bar tuşu ile boşluk verilmemelidir.

Kaynaklar: Yayına ilişkin seçilmiş; kitap, makale veya diğer kaynaklardan meydana gelmiş bir listedir. Kaynaklar; atf yapıldığı yerde parantez içine alınarak sayı olarak gösterilmelidir. Kullanılan kaynakların tümü metin sonunda bir liste halinde sunulmalıdır. Bu liste hazırlanırken ilk önce yazarın ya da yazarların soyadı, adlarının baş harfi, çalışmanın başlığı, dergi, yayınlandığı tarih, derginin cildi, başlangıç ve bitiş sayfa numaralarına yer verilmelidir.

Beş ya da daha fazla yazar olduğu durumlarda, üçüncü isimden sonra (,) konarak "et al" veya "ve ark" ifadesi kullanılabilir. Dört yazar olması durumunda tamamının isminin yazılması gerekir. Özetler ve kişisel görüşler kaynak gösterilmemelidir.

Kaynak olarak kullanılan dergi Index Medicus'a girmiş ise dergi Index Medicus'taki kısaltılmış şekliyle yazılmalıdır. Index Medicus'a girmeyen dergiler ve Türkçe dergiler kısaltılmadan olduğu gibi yazılmalıdır.

Yine dergi sayfaları bir cilt boyunca düzenli olarak numaralandırılıyorsa ay ve sayı numarası yazılmamalıdır. Kullanılan kaynak özel isimler dışında küçük harflerle yazılmalı ve (:) işareti sonradan da küçük harflerle devam etmelidir.

Eğer kaynağı editör ya da editörlerce hazırlanan kitaptan bir bölüm ise bölüm yazarı, bölüm adı, editör veya editörlerin adı, kitap adı, kaçınıcı baskı olduğu, basımevinin bulunduğu şehir, basımevi, yayınlandığı yıl ve sayfa numaraları belirtilmelidir. Kitabın ismindeki harfler büyük harfle başlamalı, alınan kısım ise küçük harflerle yazılmalıdır.

Tezden alıntı için tezin yazarı, tezin ismi (bütün kelimeler büyük harfle başlamalı), uzmanlık tezi, yayımlandığı şehir, üniversite, fakülte ve bölüm, yayımlandığı yıl konulmalıdır.

Kaynakların doğru yazılış biçimlerine örnekler:

1- Dergideki makaleler

Yabancı makale için;

Ungvari GS, Holloko RI. Successful treatment of litigious paranoia with pimozide. Can J Psychiatry 1993; 38: 4-8.

Rosselli MC, Ardila AC, Moreno SC, et al. Cognitive decline in patients with familial Alzheimer's disease associated with E 280 a presenilin-1 mutation: a longitudinal study. J Clin Exp Neuropsychol 2000; 22: 483-495.

Yerli makale için;

Çayköylü A, Aydın N, Karalar F. Atipik antipsikotiklerle ortaya çıkan bir geç diskinezi ve süpersensitivite psikoze olgusu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2001; 11: 37-40.

Yerli ya da yabancı makalelerde cilt ya da sayı eki için;

Wasylenski DA. The cost of schizophrenia. Can J Psychiatry 1994; 39 (Suppl.2): 65-69.
Basılmamış makale;
Littvwhite HB, Donald JA. Pulmonary blood flow regulation in an aquatic snake. Science 2002 (Baskıda).

2- Kitaptan alıntılar

Tek yazarlı kitaptan alıntı için;

Doğan O. Davranış Bilimleri. 2. Baskı, Sivas: Önder Matbaası, 1999: 41-49.
Andreasen NC. Brave New Brain. 1. Baskı, New York: Oxford University Press, 2001: 278-314.

Kitaptan bir bölüm için, bir editör varsa;

Mc Nab S. Lacrimal surgery. Willshaw H (editor). Practical Ophthalmic Surgery. New York: Churchill Livingstone, 1992: 191-211.

Kitaptan bir bölüm için, birden fazla editör varsa

Taylor R. Depression and gynaecological disorders. Robertson MM, Katona CLE (editors). 1. Baskı, New York: John Wiley & Sons, 1997: 133-144.

Editörler aynı zamanda kitabın içindeki metin ya da metinlerin yazarı ise önce alınan metin yazılır takiben kitabın ismi yine kelimeler büyük harfle başlatılarak yazılır.

Diener HC, Wilkinson M (editors). Drug-induced headache. Headache. 1. Baskı, New York: Springer-Verlag, 1988: 45-67.

Çeviri Kitaptan Alıntı için;

Milkman HB, Sederer LI. Alkolizm ve Madde Bağımlılığında Tedavi Seçenekleri, Doğan Y, Özden A, İzmir M (Çevirenler). 1. Baskı, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 1994: 79-96.

3- Tezden alıntı için;

Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, 1992.

Youssef NM. School Adjustment of Children with Congenital Heart Disease. Pittsburgh: Pittsburgh University Medical Faculty, Department of Psychiatry, 1988.

4-Bildiri için;

Kalyoncu A, Mırsal H, Pektaş Ö, ve ark. Alkol Bağımlılığında Klinik Tedavi Sonrası Bir İzleme Çalışması. VI. Anadolu Psikiyatri Günleri Bilimsel Çalışmalar Kitabı, 1997: 267-272.

5. Web Sitesi için;

Yazar varsa yazılmalı. Sitede yer aldığı gibi başlık düzenlenmelidir. Websayfasının adresi (sayfaya giriş tarihi). Stern M. Radial nerve entrapment. <http://www.emedicine.com/orthoped/topic549.htm> (12 Aralık 2005'te ulaşıldı).

Kaynak elektronik formatta yazılan bir makale ise; Mary KS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1985 1(1). Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm>. Accessed date: 25.12.1989.