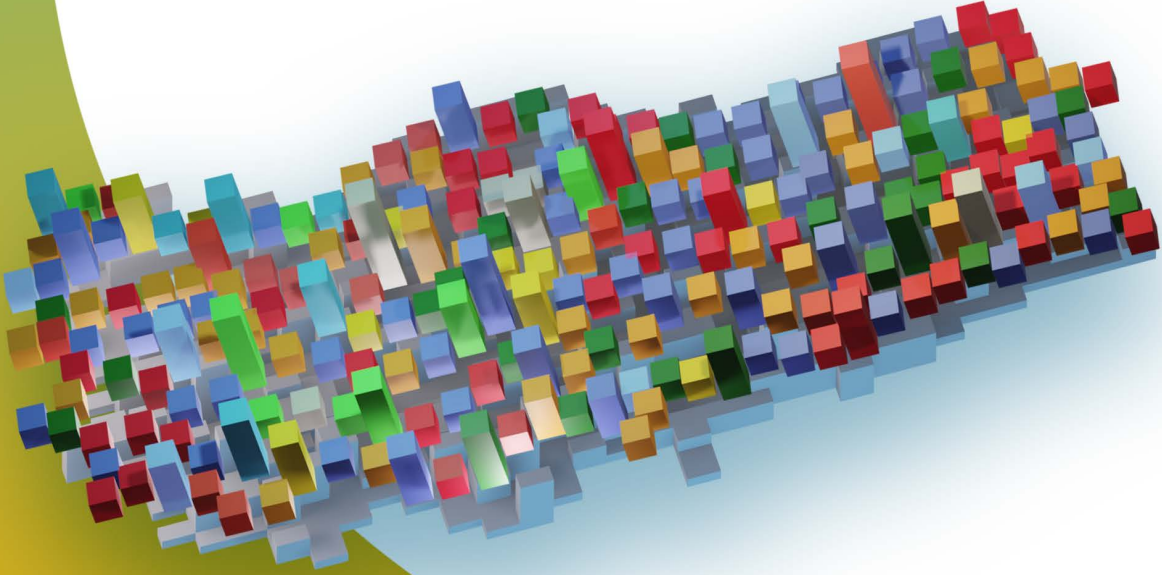


# TURBAHAR

**Türkiye Bağımlılık  
Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası  
Proje Sonuç Raporu 2019**



**Dr. Hüseyin ÜNÜBOL  
Dr. Gökben HIZLI SAYAR**



**ÜSKÜDAR  
ÜNİVERSİTESİ  
YAYINLARI - 21**

**Dr. Hüseyin Ünübol**

**Dr. Gökben Hızlı Sayar**

# **TURBAHAR**

**Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası  
Proje Sonuç Raporu 2019**

**İstanbul 2019**

Copyright © 2019

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ YAYINLARI – 21

**TURBAHAR**  
**Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası**  
**Proje Sonuç Raporu 2019**

Dr. Hüseyin Ünübol  
Dr. Gökben Hızlı Sayar

**Kapak ve Grafik Tasarım**

İrfan Sayar

**ISBN:**

978-605-9596-21-3

**Yayıncılık Sertifika No:**

42573

**Matbaa Sertifika No:**

22823

**Baskı Tarihi:**

2019

**Baskı Sayısı:**

1. Baskı

**İletişim Bilgileri**

[www.uskudar.edu.tr](http://www.uskudar.edu.tr) – [yayin@uskudar.edu.tr](mailto:yayin@uskudar.edu.tr)

Tel: 0216 400 22 22 / Faks: 0216 4741256

Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No: 14 Pk: 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye

**Baskı Cilt:**

Armoni Nuans Görsel Sant. ve İltş. Hiz. San. ve Tic. A.Ş.

Yukarı Dudullu Mah. Tavukçuyolu Cad. Palas Sok. No: 3 Ümraniye / İstanbul

Tel: 0216 540 36 11 www.armoninuans.com

Fikir ve Sanat Eserleri Yasası gereğince bu eserin yayın hakkı anlaşmalı olarak T.C. Üsküdar Üniversitesi'ne aittir. Her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir. Bu kitabın hiçbir kısmı yayıncısının yazılı izni olmaksızın elektronik veya mekanik, fotokopi, kayıt ya da herhangi bir bilgi saklama, erişim sistemi de dahil olmak üzere her hangi bir şekilde çoğaltılamaz.

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	6
TEŞEKKÜR.....	8
TABLolar DİZİNİ .....	11
GRAFİKLER DİZİNİ .....	14
HARİTALAR DİZİNİ.....	18
KISALTMA VE SEMBOLLER.....	20
ÖZET.....	21
1. ARAŞTIRMANIN ARKA PLANI .....	23
1.1. Kimyasal Bağımlılıklar.....	24
1.1.1. Sigara .....	24
1.1.2. Alkol.....	26
1.1.3. Bağımlılık Yapıcı Diğer Maddeler .....	30
1.1.4. Madde Kullanımından Koruyucu Etmenler .....	35
1.1.5. Madde Kullanımı İçin Risk Etmenleri .....	36
1.2. Davranışsal Bağımlılıklar.....	36
1.2.1. Kumar Bağımlılığı .....	37
1.2.2. Alışveriş Bağımlılığı.....	41
1.2.3. Sosyal Medya Bağımlılığı.....	43
1.2.4. Yeme Bağımlılığı .....	47
1.2.5. Dijital Oyun Bağımlılığı.....	49
1.2.6. Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı.....	51
2. ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE HEDEFLERİ.....	56



2.1 Araştırmanın Amaçları .....	56
2.2. Araştırmanın Hedefleri .....	56
2.3. Araştırmanın Gerekçeleri .....	57
2.4. Etik Onay.....	57
<b>3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....</b>	<b>58</b>
3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	58
3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri .....	59
3.3. Örneklem .....	59
<b>Tablo 1. Türkiye İstatistiksel Bölge Birimleri Sınıflandırması.....</b>	<b>60</b>
3.4. Katılımcıların Seçilmesi .....	61
3.5. Verilerin Toplanması.....	63
3.6. Veri Analizi .....	64
3.7. Saha Araştırma Ekibinin Eğitimi .....	65
<b>3.8 Veri Toplama Araçları .....</b>	<b>65</b>
3.8.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	66
3.8.3. Kısa Semptom Envanteri.....	68
3.8.4. Kişilerarası İlişkilerde Yaşantılar Ölçeği .....	71
3.8.5. Kişisel İyi Oluş Envanteri .....	74
3.8.6. Toronto Aleksitimi Ölçeği.....	76
3.8.7. Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği.....	77
<b>4. ARAŞTIRMA BULGULARI.....</b>	<b>80</b>
4.1. Sosyodemografik Bulgular .....	80
4.2. Kimyasal Bağımlılıklar ile İlişkili Sonuçlar .....	89
4.2.1.Sigara Kullanımı ile İlişkili Sonuçlar.....	89

4.2.2. Alkol Tüketimi ile İlişkili Sonuçlar .....	99
4.2.3. Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı ile İlişkili Sonuçlar.....	108
4.3. Davranışsal Bağımlılıklar ile İlişkili Sonuçlar.....	116
4.3.1. Kumar Bağımlılığı ile İlişkili Sonuçlar.....	118
4.3.2. Alışveriş Bağımlılığı ile İlişkili Sonuçlar .....	124
4.3.3. Sosyal Medya Bağımlılığı ile İlişkili Sonuçlar.....	130
4.3.4. Yeme Bağımlılığı ile İlişkili Sonuçlar .....	137
4.3.5. Dijital Oyun Bağımlılığı ile İlişkili Sonuçlar.....	143
4.3.6. Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı ile İlişkili Sonuçlar .....	150
4.4. Ruh Sağlığı Değişkenlerine Ait Sonuçlar.....	157
4.4.1. Ruh Sağlığı Değişkenlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı .....	157
4.4.2. Ruh Sağlığı Değişkenlerinin Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Dağılımı.....	172
4.4.3. Ruh Sağlığı Değişkenlerinin Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	187
4.5. Türkiye Duygu Haritaları .....	201
4.5.1. Türkiye Anksiyete Haritası.....	201
4.5.2. Türkiye Depresyon Haritası .....	202
4.5.3. Türkiye Somatizasyon (Bedenselleştirme) Haritası.....	203
4.5.4. Türkiye Hostilite Haritası .....	204
4.5.5. Türkiye Aleksitimi Haritaları .....	205
4.5.6. Türkiye Kişisel İyi Oluş Haritası .....	207
4.5.7. Türkiye Pozitif Duygu Haritası .....	208
4.5.8. Türkiye Negatif Duygu Haritası .....	209
4.5.9. Türkiye Bağlanma Haritaları .....	210
4.6. Kimyasal Bağımlılıklarla Psikolojik Parametrelerin İlişkileri.....	212

4.6.1. Sigara Kullanımı ile Psikolojik Parametrelerin İlişkileri .....	212
4.6.2. Alkol Kullanımı ile Psikolojik Parametrelerin İlişkileri.....	226
4.6.3. Madde Kullanımı ile Psikolojik Parametrelerin İlişkileri.....	240
5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	254
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	255
6.1. Sigara Kullanımı.....	255
6.2. Alkol Kullanımı .....	256
6.3. Tekli ve Çoklu Madde Kullanımı .....	257
6.4. Kumar Bağımlılığı .....	259
6.5. Alışveriş Bağımlılığı .....	260
6.6. Sosyal Medya Bağımlılığı .....	260
6.7. Yeme Bağımlılığı .....	261
6.8. Dijital Oyun Bağımlılığı .....	262
6.9. Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı.....	262
7. KAYNAKÇA.....	264
8. EKLER.....	273
Ek-1 Etik Kurul Onayı.....	273
Ek-2 Saha Ekibi .....	274
Ek-3 Kullanılan Ölçek ve Anketler .....	277

## ÖNSÖZ

Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı akademisyen ve öğrencileri büyük bir projeyi başarı ile tamamladılar. Türkiye'nin ruh sağlığı politikalarını belirleyenlerin elini çok kolaylaştıracak bu çalışma, nerede olduğumuzu bize gösterdi. Sahada çalışan 125 Klinik Psikoloji Lisansüstü öğrencisi ile 24 bini aşkın kişi üzerinde Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası (TURBAHAR) çalışması bitirildikten sonra, 2019 yılı Şubat ayında proje çıktısı sunumu da gerçekleştirildi.

Bir alanda politika belirlenirken birinci öncelik bir SWOT analiz yaparak güçlü ve zayıf alanları, imkân ve kabiliyetleri, tehdit ve fırsatları belirlemektir. Daha sonra kesin ve muhtemel ihtiyaç analizleri çıkarılır. SWOT analizi yapmak için de tabiri caizse ruh sağlığımızın tomografisi yani profili önümüze serilmeli, bir komutan gibi stratejik hedef belirlenmeli, yapılacak yığınaklar ve yatırımlar, eylem planı ortaya çıkarılmalı, önem ve öncelikler belirlenmelidir. Gelişmiş ülkeler politikaları bu şekilde belirledikleri için kaynaklarını doğru kullanılabilmektedirler.

Bu büyük emek ve zaman isteyen bir çalışma idi. Şu ana kadar bu denli bilimsel bir bağımlılık ve ruh sağlığı epidemiyolojik profilimiz ortaya çıkarılmamıştı. Eğer bu konunun istatistiksel olarak takip edilmesi mümkün olursa, bugün çıkarılan ön profilden sonra, belirli aralıklarla önlemlerin sonuçları izlenecektir. Gelişmiş ülkeler hastalıklarda bu yöntemle mücadele ederek birçok hastalığın kökünü kazıyabilmiştir.

Hastalıklarla mücadele de dört basamak söz konusudur.

1. Tedavi, en pahalı ve zor yöntemdir.
2. Rehabilitasyon, alevlenme ve nüksü önlemek hedeflenir, çoğu zaman multidisiplinerdir.
3. Önleme, risk etmenlerine göre aday hastalar erken tanı ile belirlenir ve tedaviye alınır.
4. Koruma için farkındalık ve bilgilendirme çalışmaları yapılır.

Hangi kademedeki hangi yoğunlukta çalışma olacağı eylem planı içerisinde belirtilir.

Üsküdar Üniversitesi akademisyen ve öğrencileri, hiçbir kamu kaynağı kullanmadan bu araştırmayı yürütmüşlerdir. Bu araştırma ve raporun mutlaka eksikleri ve sınırlılıkları var, ancak “daha iyi, iyinin düşmanıdır” diyerek uzmanların anlayışına sığınarak ve karar vericilerin faydalanması dileği ile Üsküdar Üniversitesi Yayınları olarak sunuma arz ediyoruz.

Çalışmanın liderleri Üsküdar Üniversitesi Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı başkanı psikiyatrist Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Ünübol’a, Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı başkanı psikiyatrist Doç. Dr. Gökben Hızlı Sayar’a, sahada çalışan klinik psikoloji yüksek lisans öğrencilerimize, her bir katılımcıya ve bütün emeği geçenlere teşekkür ediyorum.

Gelecek kuşakların ruh sağlığının daha iyi ve güzel olmasında bir katkımız olabilirse ne mutlu bize.

15 Ağustos 2019

Prof. Dr. Nevzat Tarhan

## TEŞEKKÜR

Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası Projesi yürütücüleri olarak, bu araştırmanın yürütülmesine olanak sağlayan Üsküdar Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Nevzat Tarhan'a, Üsküdar Üniversitesi Mütevelli Heyeti Başkanı Sn. Furkan Tarhan'a, en içten şükranlarımızı sunarız. Araştırmanın hayata geçirilmesinde ve araştırma süreci boyunca devamlı özverili destekleri için Prof.Dr. Mehmet Zelka'ya, Prof.Dr. Muhsin Konuk'a, Prof.Dr. Deniz Ülke Arıboğan'a, Prof.Dr. Nesrin Dilbaz'a, Doç.Dr. Cemal Onur Noyan'a, Doç.Dr. Türker Tekin Ergüzel'e, Selçuk Uysaler'e, Asil Barış Bağ'a, Emine Dönmez'e, Tahsin Aksu'ya, Murat Gündoğdu'ya, Nihat Kaya'ya, Yalçın Ayan'a, Hüseyin Balcı'ya, İbrahim Demirci'ye, Eda Bilir'e, Ahmet Topoğlu'na, Esen Can'a teşekkürlerimizi iletmek isteriz.

Araştırma bulgularının değerlendirme sürecinde verdiği değerli destekten dolayı Tayfun Gözler'e, raporun yazımında yaptıkları katkılardan dolayı Melisa Aksu'ya ve İdil Arasan'a, kapak tasarımı için İrfan Sayar'a özellikle teşekkür ederiz.

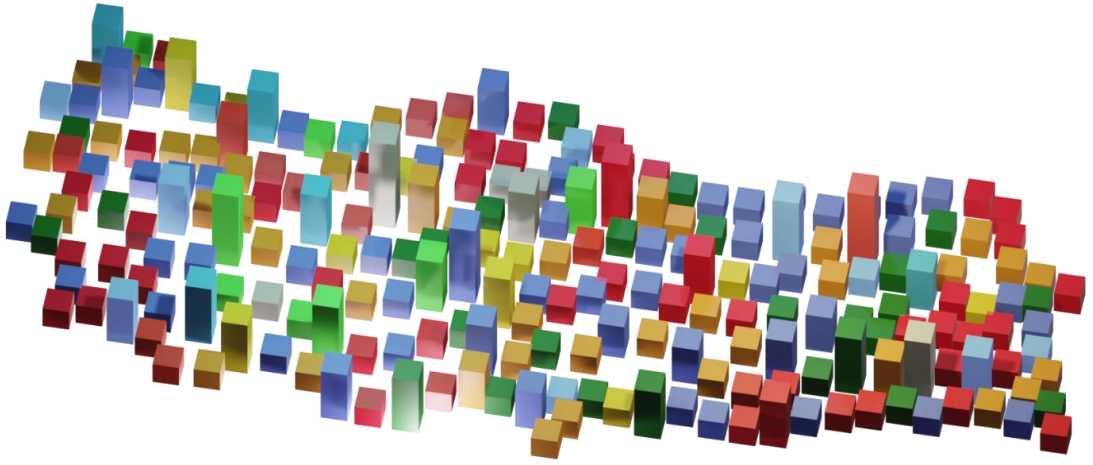
En büyük teşekkürü ise özveri ile saha çalışmasını yürüten 125 lisansüstü öğrencimize sunmak isteriz. Afra Yadigar Terzi, Mübarek Aydın, Beyza Arıduru, Şura Yılmaz, Rukiye Aydın, Gizem Zorlu, Işıl Toka, Koray Acar, Seher Tunçer, Sedef Ceylan Çevik, Beste Kara, Ekin Alan, B. Naz Alır, Esra Elitaş, Cemre Mentеше, Deniz Dirin, Gaye Göklü, İlayda Sezen, Sena Kuyumcuoğlu, Sude Yaşa, Nida Boğa, Melike Çapkın, Berna Baydil, Sena Çalın, Rüveyda Ata, Narin Özer, Şebnem Geylani, Deniz Derya Sarı, Metehan Şenocak, Berat Sena Varlık, Okan Dursun, Enise Öziç, Nuray Yılmaz, Cansu Yılmaz, Samet Çoban, Şeyda Ak, Kübra Mete, Zehra Aydınol, Şenay Dayan, Merve Akçıl, Mihriban Taşpınar, Hülya Aydın, Elif Kocaman, Hande Su Kökçü, Özge Engin, Büşra Sürmeli, Nazlı Dilayra Ayvalıoğlu, Özün Sena Altaş, Yusuf Yerli, Zeynep Kahveci, Ali Işıktaş, Betül Aktürk, Kübra Bakırcı, Sezer Akşit, Beyza Yaz, Berika Gizem Yıldırım, Taner Güler, Zeynep Kır, Kübra Tehci, Berfin Demir, Burcu Beyler, Canan Bulduk, Gülsüm Bircan, E. Çağla Zengül, Aslı Korkmaz, Zeliha Şahin, Aylin Furun, Ezgi Akyel, Ezgi Damla Erol, Hilal Teberoğlu, Aybüke Karataş, Ege Kayhan, Gülçin Mete, Kübra Yılmaz, Merve Beşik, Cemre Hazal Çevik, Haydar Keşen, Rabia Üçeş, Seda Bay, Tuğba Bakar, Hasretnur Enginyurt,

Hatice Mehveş Onar, Serap Yüksel, Şeyma Hazal Kaya, Büşra Keyik, Gizem Öztürk, Mustafa Günel, Zeynep Aygün, Mine Sütcü, Şahika Tural, Z. Büşra Dursun, Ayça Gül Akbaba, Beyza Yüksel, Burak Sunkur, Rıdvan Yamangil, B.Nilay Şahin, Hülya Özgür, Büşranur Keleş, Derya Zaimoğlu, Ayşe Naz Hazal Sezen, N. Handan Macit, Büşra Boz, Hatice Yıldız, Sedef Evlice, Yağmur Yazar, Melisa Er, Bedriye Ege, Osman İcil, Merve Gören, Merve Erten, Nurcan Sönmez, Tuğçe Bilgin, Berna Tefenlili, Cemile Sargin, İclal G. Atayay, Sena Sarıtabak, Ayşenur Yılmaz, Feyza Sümbül, İdil Büşra Ayhan, İnci Nur Ülkü, Ayşegül Özkula, Burak İyidir, Merve Paçacı, Mülkiye Özden ve Özge Bedir; sizler olmasaydınız bu araştırma yapılamazdı.

Uzun araştırma süreci boyunca her an destekleri ile yanımızda olan eşlerimiz Başak Ünübol ve İrfan Sayar'a minnettarız. Çocuklarımız Zeynep Sayar ve Yankı Ünübol'dan ise onlardan çaldığımız tüm vakitler için mahcubiyet içinde af diliyoruz.

Doç. Dr. Gökben Hızlı Sayar

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Ünübol



## Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası Proje Sonuç Raporu 2019



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye İstatistiksel Bölge Birimleri Sınıflandırması

Tablo 2: İBBS-2 Bölgelerinde Araştırmaya Dahil Edilen Katılımcı Sayıları

Tablo 3. Cinsiyet ve Yaş Grubuna göre Katılımcıların Dağılımı

Tablo 4. İBBS-2 Bölgelerine Göre Çalışmada Yer Alan Katılımcıların Yaş Dağılımı

Tablo 5. Katılımcıların Medeni Durumlarının Cinsiyet ve Yaşa Göre Dağılımı

Tablo 6. Katılımcıların Eğitim Durumlarının Cinsiyet ve Yaşa Göre Dağılımı

Tablo 7. İBBS-2 Bölgelerine Göre Çalışmada Yer Alan Katılımcıların Çocuk Sayısı Dağılımı

Tablo 8. Katılımcıların Sigara İçme Durumlarının Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 9. İBBS-2 Bölgelerine Göre Çalışmada Yer Alan Katılımcıların Sigara İçme Durumu Dağılımı

Tablo 10. İBBS-2 Bölgelerine Göre Çalışmada Yer Alan Katılımcıların Günlük İçtikleri Sigara Sayısı Dağılımı

Tablo 11. Katılımcıların Günlük İçtikleri Sigara Sayısının Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 12. Katılımcıların Alkol Kullanım Durumlarının Cinsiyet ve Yaşa Göre Dağılımı

Tablo 13. Katılımcıların Alkol Kullanım Sıklıklarının Cinsiyet ve Yaşa Göre Dağılımı

Tablo 14. İBBS-2 Bölgelerine Göre Çalışmada Yer Alan Katılımcıların Alkol Kullanım Durumlarının Dağılımı

Tablo 15. İBBS-2 Bölgelerine Göre Çalışmada Yer Alan Katılımcıların Alkol Kullanım Sıklıklarının Dağılımı

Tablo 16. Katılımcıların Madde Kullanım Durumlarının Cinsiyet ve Yaşa Göre Dağılımı

Tablo 17. İBBS-2 Bölgelerine Göre Çalışmada Yer Alan Katılımcıların Madde Kullanım Durumlarının Dağılımı

Tablo 18. Katılımcıların Madde Kullanım Durumlarının Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Tablo 19. Katılımcıların Kullandıkları Maddelerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 20. Katılımcıların Bağımlılık Risk Gruplarının Ortalama, Minimum ve Maksimum Puanları

Tablo 21. Katılımcıların Kumar Bağımlılığı Risk Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 22. Katılımcıların Kumar Bağımlılığı Risk Durumunun Yaşa Göre Dağılımı

Tablo 23. Katılımcıların Kumar Bağımlılığı Risk Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 24. Katılımcıların Kumar Bağımlılığı Risk Durumunun Medeni Duruma Göre Dağılımı

Tablo 25. Katılımcıların Alışveriş Bağımlılığı Risk Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 26. Katılımcıların Alışveriş Bağımlılığı Risk Durumunun Yaşa Göre Dağılımı

Tablo 27. Katılımcıların Alışveriş Bağımlılığı Risk Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 28. Katılımcıların Alışveriş Bağımlılığı Risk Durumunun Medeni Duruma Göre Dağılımı

Tablo 29. Katılımcıların Sosyal Medya Bağımlılığı Risk Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 30. Katılımcıların Sosyal Medya Bağımlılığı Risk Durumunun Yaşa Göre Dağılımı

Tablo 31. Katılımcıların Sosyal Medya Bağımlılığı Risk Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 32. Katılımcıların Sosyal Medya Bağımlılığı Risk Durumunun Medeni Duruma Göre Dağılımı

Tablo 33. Katılımcıların Yeme Bağımlılığı Risk Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 34. Katılımcıların Yeme Bağımlılığı Risk Durumunun Yaşa Göre Dağılımı

Tablo 35. Katılımcıların Yeme Bağımlılığı Risk Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 36. Katılımcıların Yeme Bağımlılığı Risk Durumunun Medeni Duruma Göre Dağılımı

Tablo 37. Katılımcıların Dijital Oyun Bağımlılığı Risk Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 38. Katılımcıların Dijital Oyun Bağımlılığı Risk Durumunun Yaşa Göre Dağılımı

Tablo 39. Katılımcıların Dijital Oyun Bağımlılığı Risk Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 40. Katılımcıların Dijital Oyun Bağımlılığı Risk Durumunun Medeni Duruma Göre Dağılımı

Tablo 41. Katılımcıların Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı Risk Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 42. Katılımcıların Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı Risk Durumunun Yaşa Göre Dağılımı

Tablo 43. Katılımcıların Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı Risk Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 44. Katılımcıların Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı Risk Durumunun Medeni Duruma Göre Dağılımı

Tablo 45. Ruh Sağlığı Değişkenleri Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 46. Ruh Sağlığı Değişkenleri Puanlarının Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 47. Ruh Sağlığı Değişkenleri Puanlarının Medeni Durum Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 48. Ruh Sağlığı Değişkenleri Puanlarının Sigara Kullanım Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 49. Ruh Sağlığı Değişkenleri Puanlarının Alkol Kullanım Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 50. Ruh Sağlığı Değişkenleri Puanlarının Alkol Kullanım Durumuna Göre Dağılımı

## GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Katılımcıların Eğitim Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılım Grafiği

Grafik 2. Katılımcıların Sigara İçme Durumlarının Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılım Grafiği

Grafik 3. Katılımcıların Günlük İçtikleri Sigara Sayısının Yaşa Göre Dağılım Grafiği

Grafik 4. Yaş Gruplarına Göre Anksiyete Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 5. Yaş Gruplarına Göre Depresyon Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 6. Yaş Gruplarına Göre Olumsuz Benlik Algısı Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 7. Yaş Gruplarına Göre Somatizasyon (Bedenselleştirme) Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 8. Yaş Gruplarına Göre Hostilite (Düşmanlık) Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 9. Yaş Gruplarına Göre Duyguları Tanımada Güçlük Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 10. Yaş Gruplarına Göre Duyguları İfadede Güçlük Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 11. Yaş Gruplarına Göre Kişisel İyi Oluş Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 12. Yaş Gruplarına Göre Pozitif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 13. Yaş Gruplarına Göre Negatif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 14. Yaş Gruplarına Göre Kaçınmacı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 15. Yaş Gruplarına Göre Kaygılı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 16. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Anksiyete Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 17. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Depresyon Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 18. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Olumsuz Benlik Algısı Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 19. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Somatizasyon Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 20. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Hostilite (Düşmanlık) Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 21. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Duyguları Tanımada Güçlük Puanı Ortalaması  
Grafiği

Grafik 22. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Duyguları İfadede Güçlük Puanı Ortalaması  
Grafiği

Grafik 23. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Kişisel İyi Oluş Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 24. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Pozitif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 25. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Negatif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 26. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Kaçınmacı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 27. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Kaygılı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 28. Medeni Durum Gruplarına Göre Anksiyete Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 29. Medeni Durum Gruplarına Göre Depresyon Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 30. Medeni Durum Gruplarına Göre Olumsuz Benlik Algısı Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 31. Medeni Durum Gruplarına Göre Somatizasyon Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 32. Medeni Durum Gruplarına Göre Hostilite (Düşmanlık) Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 33. Medeni Durum Gruplarına Göre Duyguları Tanımada Güçlük Puanı Ortalaması

Grafiği

Grafik 34. Medeni Durum Gruplarına Göre Duyguları İfadede Güçlük Puanı Ortalaması

Grafiği

Grafik 35. Medeni Durum Gruplarına Göre Kişisel İyi Oluş Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 36. Medeni Durum Gruplarına Göre Pozitif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 37. Medeni Durum Gruplarına Göre Negatif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 38. Medeni Durum Gruplarına Göre Kaçınmacı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 39. Medeni Durum Gruplarına Göre Kaygılı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 40. Sigara Kullanım Durumuna Göre Anksiyete Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 41. Sigara Kullanım Durumuna Göre Depresyon Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 42. Sigara Kullanım Durumuna Göre Olumsuz Benlik Algısı Puanı Ortalaması

Grafiği

Grafik 43. Sigara Kullanım Durumuna Göre Somatizasyon Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 44. Sigara Kullanım Durumuna Göre Hostilite (Düşmanlık) Puanı Ortalaması

Grafiği

Grafik 45. Sigara Kullanım Durumuna Göre Duyguları Tanımada Güçlük Puanı Ortalaması

Grafiği

Grafik 46. Sigara Kullanım Durumuna Göre Duyguları İfadede Güçlük Puanı Ortalaması

Grafiği

Grafik 47. Sigara Kullanım Durumuna Göre Kişisel İyi Oluş Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 48. Sigara Kullanım Durumuna Göre Pozitif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 49. Sigara Kullanım Durumuna Göre Negatif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 50. Sigara Kullanım Durumuna Göre Kaçınmacı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 51. Sigara Kullanım Durumuna Göre Kaygılı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 52. Alkol Kullanım Durumuna Göre Anksiyete Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 53. Alkol Kullanım Durumuna Göre Depresyon Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 54. Alkol Kullanım Durumuna Göre Olumsuz Benlik Algısı Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 55. Alkol Kullanım Durumuna Göre Somatizasyon Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 56. Alkol Kullanım Durumuna Göre Hostilite (Düşmanlık) Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 57. Alkol Kullanım Durumuna Göre Duyguları Tanımada Güçlük Puanı Ortalaması

Grafiği

Grafik 58. Alkol Kullanım Durumuna Göre Duyguları İfadede Güçlük Puanı Ortalaması

Grafiği

Grafik 59. Alkol Kullanım Durumuna Göre Kişisel İyi Oluş Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 60. Alkol Kullanım Durumuna Göre Pozitif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 61. Alkol Kullanım Durumuna Göre Negatif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 62. Alkol Kullanım Durumuna Göre Kaçınmacı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 63. Alkol Kullanım Durumuna Göre Kaygılı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 64. Madde Kullanım Durumuna Göre Anksiyete Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 65. Madde Kullanım Durumuna Göre Depresyon Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 66. Madde Kullanım Durumuna Göre Olumsuz Benlik Algısı Puanı Ortalaması

Grafiği

Grafik 67. Madde Kullanım Durumuna Göre Somatizasyon Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 68. Madde Kullanım Durumuna Göre Hostilite (Düşmanlık) Puanı Ortalaması

Grafiği

Grafik 69. Madde Kullanım Durumuna Göre Duyguları Tanımada Güçlük Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 70. Madde Kullanım Durumuna Göre Duyguları İfadede Güçlük Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 71. Madde Kullanım Durumuna Göre Kişisel İyi Oluş Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 72. Madde Kullanım Durumuna Göre Pozitif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 73. Madde Kullanım Durumuna Göre Negatif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği

Grafik 74. Madde Kullanım Durumuna Göre Kaçınmacı Bağlanma Puanı Ortalaması  
Grafiği

Grafik 75. Madde Kullanım Durumuna Göre Kaygılı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği

## HARİTALAR DİZİNİ

Harita 1: İBBS-1 Bölgelerinin Coğrafi Sınırları

Harita 2. İBBS-2 Bölgelerine Göre Sigara İçme Oranları Haritası

Harita 3. İBBS-2 Bölgelerine Göre Günde Bir Paketten Fazla Sigara İçme Oranları Haritası

Harita 4. İBBS-2 Bölgelerine Göre Her Gün Alkol Tüketenlerin Oranları Haritası

Harita 5. İBBS-2 Bölgelerine Göre Tek Tip Madde Kullananların Oranları Haritası

Harita 6. İBBS-2 Bölgelerine Göre Çoklu Tip Madde Kullananların Oranları Haritası

Harita 7. İBBS-2 Bölgelerine Göre Kumar Bağımlılığı Riski Yüksek Katılımcıların Oranları Haritası

Harita 8. İBBS-2 Bölgelerine Göre Alışveriş Bağımlılığı Riski Yüksek Katılımcıların Oranları Haritası

Harita 9. İBBS-2 Bölgelerine Göre Sosyal Medya Bağımlılığı Riski Yüksek Katılımcıların Oranları Haritası

Harita 10. İBBS-2 Bölgelerine Göre Yeme Bağımlılığı Riski Yüksek Katılımcıların Oranları Haritası

Harita 11. İBBS-2 Bölgelerine Göre Dijital Oyun Bağımlılığı Riski Yüksek Katılımcıların Oranları Haritası

Harita 12. İBBS-2 Bölgelerine Göre Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı Riski Yüksek Katılımcıların Oranları Haritası

Harita 13. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Anksiyete Belirtisi Puanları Haritası

Harita 14. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Depresyon Puanları Haritası

Harita 15. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Somatizasyon Puanları Haritası

Harita 16. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Hostilite Puanları Haritası

Harita 17. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Duyguları Tanımada Güçlük Puanları Haritası

Harita 18. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Duyguları İfadede Güçlük Puanları Haritası

Harita 19. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Kişisel İyi Oluş Puanları Haritası



Harita 20. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Pozitif Duygu Puanları Haritası

Harita 21. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Negatif Duygu Puanları Haritası

Harita 22. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Duyguları Tanımda Güçlük Puanları Haritası

Harita 23. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Duyguları İfadede Güçlük Puanları Haritası

## KISALTMA VE SEMBOLLER

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANOVA: Tek Yönlü Varyans Analizi

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

F: Anova Testi Değeri

İBBS: İstatistiksel Bölge Birimleri Sınıflandırması

LSD: Liserjik asit dietilamid

N: Denek Sayısı

Ort: Ortalama

p: Anlamlılık Düzeyi

SS: Standart Sapma

SWOT: Strengths (üstünlükler), Weaknesses (zayıflıklar), Opportunities (fırsatlar), Threats (tehditler)

THC: Tetrahidrokannabinol

TURBAHAR: Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve ve Ruh Sağlığı Haritası

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

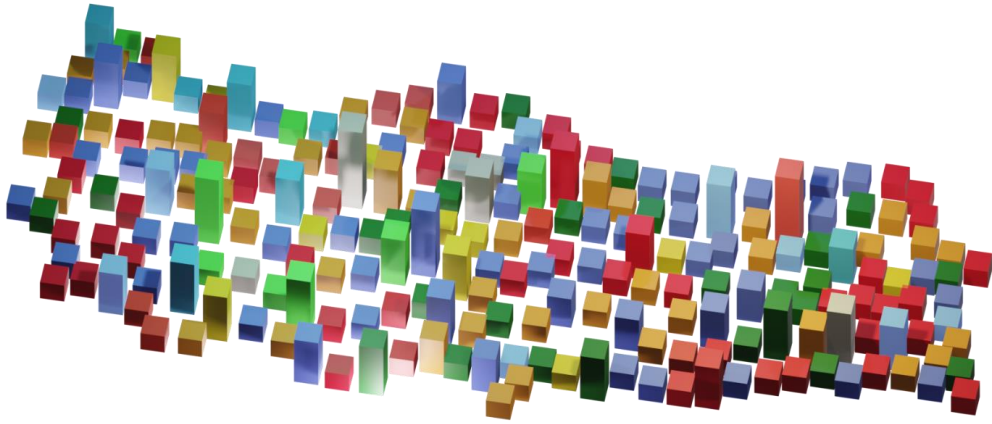
## ÖZET

Bu yayın 1 Eylül 2018 – 9 Şubat 2019 tarihleri arasında Türkiye genelinde yürütülen, Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası çalışmasının sonuçlarını içermektedir. Araştırmanın ana hedefleri 18 yaş ve üzeri nüfusta, sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı yaygınlığını saptamak; alışveriş, kumar, sosyal medya, dijital oyun, yeme, cinsellik ve pornografi bağımlılığı risk gruplarını belirlemek; belirtilen kimyasal ve davranışsal bağımlılıklarla ilgili olabilecek psikolojik risk faktörlerini incelemek; kimyasal ve davranışsal bağımlılıklar için cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, mesleki durum ve İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması 2. seviyesindeki 26 bölgede, risk faktörleri yaygınlıkları arasında farkları belirlemektir. Bu çalışmada ruh sağlığı değişkenleri farklı veri toplama araçları ile ölçülmüştür. Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon (bedenselleştirme), hostilete (düşmanlık) puanları; Toronto Aleksitimi Ölçeği aracılığı ile duyguları tanıma güçlüğü ve duyguları ifade güçlüğü puanları; Kişisel İyi Oluş Envanteri aracılığı ile kişisel iyi oluş puanı; Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği aracılığı ile pozitif duygu ve negatif duygu puanları; Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri aracılığı ile kaçınmacı bağlanma ve kaygılı bağlanma puanları elde edilmiştir. Bu çalışma ile Türkiye genelinde 24438 kişiden yüz yüze görüşme ile elde edilen sonuçlar Türkiye nüfusunda güncel kimyasal ve davranışsal bağımlılık verilerini ve sosyodemografik – psikolojik risk faktörleri prevalansını göstermektedir. Sigara, alkol, madde kullanım yaygınlıkları ile ilgili coğrafi bölgesel karşılaştırmalara da imkân tanıyan bu araştırmanın sonuçları politika yapıcılar için önemli bir bilgi sağlamaktadır.

Toplumda gerek bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımının, gerekse kişinin işlevselliğinde ve çevresi ile ilişkilerinde bozulmaya yol açan davranışsal bağımlılıkların yayılmasının önlemesi çalışmaları oldukça önemlidir. Böylelikle bu maddelerin ve davranışların yarattığı bireysel ve toplumsal sorunlar en aza indirilebilecektir. Bu saha araştırması ülkemizde bağımlılıklar alanında şu ana kadar yapılmış en geniş araştırmadır. Araştırma sonuçları dikkat çekicidir ve bağımlılıklar için coğrafi bölgesel farklılıklara dikkat çekmektedir. Eş zamanlı toplanan ruhsal

durum değişkenlerine ait bilgiler ise kimyasal ve davranışsal bağımlılıkların psikolojik risk etmenleri ile ilgili değerli bilgiler sunmaktadır. Bağımlılıklar ortaya çıktıktan sonra, bozukluğun doğası gereği tedavisi güç olabilmektedir. Uygulanan farmakolojik ve psikoterapötik tedavi yaklaşımlarının maliyetleri de, bağımlılığın bireysel ve toplumsal yıkımı nedeniyle oluşan etki maliyeti de oldukça yüksektir. Ne yazık ki bağımlılık tedavileri sonrasında nüks oranları da yüksektir. Bu araştırmada ortaya çıkarılan kimyasal ve davranışsal bağımlılık risk profili, gerek bağımlılıkların önlenmesi, gerekse nüksün azaltılması konusunda yardımcı olacak sosyopsikolojik desteğin hangi alanlarda ve hangi bölgelerde yapılması gerektiği konusunda önemli bilgiler sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Bağımlılık, Sigara, Alkol, Uyuşturucu Madde, Kumar Bağımlılığı, Alışverişi Bağımlılığı, Sosyal Medya Bağımlılığı, Dijital Oyun Bağımlılığı, Cinsellik ve Pornografi Bağımlılığı, Yeme Bağımlılığı, Kişisel İyi Oluş, Depresyon, Anksiyete, Bedenselleştirme, Hostilite, Bağlanma



## 1. ARAŞTIRMANIN ARKA PLANI

Günümüzde sayıları hızla artan gerek kimyasal gerekse davranışsal bağımlılıklar, hem insan sağlığına olumsuz yönde etkileri hem de ekonomik ve sosyal yönden ortaya çıkardığı zararlar nedeniyle tüm dünya devletlerini ilgilendiren ortak bir sorun niteliği taşımaktadır. İnsanlık tarihi kadar eski olan bağımlılıklara ilişkin, tarihsel süreç içerisinde çeşitli medeniyetler ve dini görüşler tarafından farklı bakış açıları geliştirilmiştir. 1900'lerin ilk yarısında bağımlılık davranışı bilimsel olarak tanımlanmaya başlandığında bir maddeye bağımlı olan kişiler "irade gücü olmayan, ahlaken kusurlu insanlar" olarak değerlendirilmiştir.<sup>1</sup> Sosyal reformlarda ve bilimde yaşanan gelişmelerle 1951 yılından itibaren Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bağımlı kişileri "hasta" olarak kabul etmeye başlamıştır. "Bağımlılık" daha sonra Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından bir "bozukluk" olarak tanımlanmıştır.

### Bağımlılık Tedavi Edilebilen Bir Hastalıktır

- Bağımlılık, kişinin bağımlı olduğu nesne veya davranış üstünde kontrolünü kaybetmesi ve onsuз bir yaşam sürememeye başlamasıdır.
- Farklı bağımlılıklar her sosyal sınıftan ve yaştan bireyi etkileyebilmektedir.
- Bağımlılık kroniktir, iyi yönetilmezse ömür boyu devam edebilir.
- Bağımlılıklar ilerleyicidir.
- Bağımlılık nesnelere zaman içinde değişebilir.

Küresel bağlamda kimyasal (nikotin, alkol, uyuşturucu maddeler ve benzerleri) ve davranışsal (yeme, internet, kumar, alışveriş, sosyal medya, dijital oyun, cinsellik ve pornografi ve benzerleri) uyuşturucu madde kullanımı bireyin özgürlüğünü elinden alan ve bireyi köleleştiren bir durumdur. Çünkü bağımlılık; kişi ile nesnesi arasında kurulan ve bir süre sonra kişinin özerkliğini yok etmeye başlayan bir sürece dönüşmektedir. Her tür bağımlılık, insan

tutum, davranış ve de duyumsaması üzerindeki yıkıcı etkileri nedeniyle, kişiyi bağımlı olduğu nesne karşısında çaresizleştirip bir köle haline getirmektedir. Bu bağlamda gerek kimyasal gerekse davranışsal bağımlılıklar tüm dünyada toplumların yüzleşmek zorunda olduğu önemli bir halk sağlığı sorunu haline almıştır. Kimyasal ve davranışsal bağımlılıklar, ülkemizde de bireyleri, aileleri ve toplumu tehdit etmekte, ürkütücü bir yaygınlık göstermektedir. Bu soruna sağlıklı ve etkili çözüm yollarının üretilebilmesi için çok disiplinli yaklaşım anlayışının gerekliliği aşikârdır.

## Bağımlılık Tipleri

- **Kimyasal Bağımlılıklar:** Alkol, kafein, kannabis, hallüsinojenler, uçucular, opiyatlar, sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler, uyarıcılar, tütün ve diğer bilinmeyen maddeler.
- **Davranışsal Bağımlılıklar:** Alışveriş, kumar, cinsellik ve pornografi, internet, dijital oyun, sosyal medya, yeme, egzersiz, çalışma bağımlılığı

### 1.1. Kimyasal Bağımlılıklar

Günümüzde bağımlılıklar temel olarak iki sınıfta yer almaktadır: Kimyasal (sigara, alkol, uyuşturucu madde gibi) ve davranışsal (kumar, alışveriş, internet gibi). Bu bölümde kimyasal bağımlılıklarla ilgili genel bilgiler özetlenmektedir.

#### 1.1.1. Sigara

Sigara, popülasyonun en yaygın olarak kullandığı, bağımlılık unsuru olan maddelerin en başında gelmektedir. Sigara bağımlılığını tetikleyen madde nikotindir. Nikotin, ruh haline etki edebilen ve gevşetici olan, kokain ve morfin boyutunda bağımlılığa yol açan, beyindeki nikotin reseptörleri aktif hale getiren, psikoaktif bir maddedir.<sup>2</sup> Bireyin gün içinde tükettiği sigara

miktarı ile nikotin bağımlılığı birbirine paralel olarak ilerler. Sigara kullanan herkes bağımlı duruma gelmese de, sigarayı tecrübe eden bireylerin %75'lik bölümü bağımlı olmaktadır.<sup>3</sup>

Dünya Sağlık Örgütü 2011 yılında yayınlamış olduğu verilere göre dünyada her sene 6 milyon kişi tütün ve tütün ürünlerini kullanmaktan dolayı meydana gelen hastalıklara bağlı olarak yaşamlarını yitirmektedir. Buna bağlı olarak tütün kullanımı sonucu meydana gelen hastalıklar ve ölümler önlenemez erken ölüm nedenleri arasında yer almaktadır.

## Bağımlılık Belirtileri

1. **Tolerans** : İstenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinimi.
2. **Yoksunluk** semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı maddenin alınması.
3. Maddenin çoğu kez **tasarlandığından daha fazla miktar**larda alınması
4. Özel maddeyi kullanmak için **şiddetli istek** duymak
5. İşte, okulda ya da evde **sorumlulukları alamama** ile sonuçlanan **yineleyici biçimde** madde kullanımı.
6. **Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda** yineleyici bir biçimde madde kullanımı.
7. **Bırakmak** ya da denetim altına almak için sürekli bir **istek ya da boşa çıkan çabalar**.
8. Maddeyi sağlamak ya da etkilerinden kurtulmak için **çok fazla zaman harcama**.
9. Önemli **toplumsal, mesleki etkinlikler** ya da boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin azaltılması.
10. Maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği **fizik ya da psikolojik bir sorununun olduğunun bilinmesine karşın** madde kullanımının sürdürülmesi.

Sigara, daha sert maddelere en önemli geçiş maddesidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), günaşırı en az bir kere tütün ürünü tüketen kişilerin “düzenli içici” olduklarını belirtmişlerdir. Bunun dışındaki tütünlü ürün tüketimlerini ise “düzensiz içiciler” olarak sınıflamışlardır.

Sigara bağımlılığına neden olan kimyasal madde nikotindir. Bireyleri sigara kullanımında bağımlılığa sürükleyen etken nikotindir. Nikotine bağımlılık ise eroin, alkol ve kokain bağımlılığı ile benzer özellikler taşımaktadır.<sup>4</sup> Sigara, tütün bitkisinin işlenerek ince havalandırma delikleri bulunan kâğıda sarılması ile oluşturulur. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki sigarada 4000 farklı kimyasal madde bulunmaktadır. Bu kimyasal maddelerin birçoğu yanma sonucu

tepkimeye girmektedir. Sigara içerisinde bulunan benzen, etilbenzen, siyanid, tolüen gibi kimyasal maddeler tütüne ilave edilmektedir.<sup>5</sup>

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), madde bağımlılığını, “kullanılan bir maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelere belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı” olarak ifade etmiştir.<sup>6</sup> Bağımlılık bir tür hastalıktır ve birden fazla maddeyle aynı anda devam edebilir. Kişi maddeyi almadığı zaman fiziksel ve ruhsal olarak bir takım yoksunluk belirtileri sergiler. Bağımlılık, tedavi edilebilen ancak maddenin tekrar kullanılması ile tekrar eden bir süreçtir. Kişi bağımlılık konusunda tedavi olmuş olsa bile tüm hayatı boyunca kullanmış olduğu maddeye karşı hassaslığı devam eder.

Belirlenen ölçütlere bağlı olarak sigara bağımlılığı, aşağıdakilerden en az üç belirtinin, en az otuz gün boyunca devam etmesiyle gözlemlenen bir rahatsızlık olarak açıklanmıştır. Bu belirtiler:

- Sigara içmek için şiddetli istek veya zorlanma hissedilmesi,
- Sigara içme eylemini denetim altına almakta güçlük yaşanması,
- Sigarayı azaltma veya bırakma sürecinde kesilme belirtilerinin (yoksunluk semptomlarının, yani nikotin alımı durduktan 24 saat içinde ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik problemler) görülmesi,
- Sigara bulmaya ve tüketmeye harcanan vaktin oluşturduğu istenmeyen davranışların süreklilik göstermesi,
- Nikotin alımının azalması ya da durmasıyla psikolojik ve fizyolojik olumsuzlukların yaşanması sonrasında, kullanımın devam etmesi.

### 1.1.2. Alkol

Alkol elde edilmesi kolay bir maddedir. Toplumun alkole karşı tavrı kesin ret şeklinde değildir. Hatta birçok toplumda keyif ve rahatlıkla ilişkilendirilmekte, sosyalleşmenin bir ölçüsü olarak algılanmakta ve bu durum kullanımının artmasına sebep olmaktadır. Alkolün



keyif için, kontrollü kullanımı toplumlar tarafından kabul görürken, aşırı tüketimine toplumlar olumsuz yaklaşmıştır.<sup>7</sup> Alkol bağımlılığı ise çağımızın en büyük problemlerinden biridir. Gelişmekte olan ülkelere bakıldığında son 25-30 yıl içinde alkol kullanımında önemli bir artış olduğu görülmektedir. Dünya nüfusunun yarısının alkol kullandığı tahmin edilmektedir. Alkol kullanımından kaynaklanan sosyal, psikolojik, tıbbîve ekonomik sorunlar tüm dünyada yaygın hâle gelmiş ve tüm dünya ülkelerini bu soruna karşı önlemler almaya teşvik etmiştir. Avrupa'da alkol tüketim oranının dünya ortalamasının iki katı olduğu, hastalık yükü değerlendirmelerine göre alkolün 26 risk faktörü içinde tütün ve hipertansiyondan sonra 3. sırada yer aldığı ve şiddet, suç, intihar, aile içi sorunlar, sosyal sorunlar, alkollü araç kullanımı ve iş yeri sorunları gibi birçok toplumsal sorunun da nedeni olduğu belirtilerek neredeyse birçok Avrupa Birliği üyesi ülkede oldukça sıkı önlemler dikkat çekmektedir. Türkiye'de de arkadaş ısrarı, ebeveyn örnek alma, sosyal ve psikolojik nedenlerle gençlerin alkol alma yaşının 11'e kadar düştüğü ve alkol sorununun hızla artış gösterdiği yapılan çalışmalarla ortaya çıkmaktadır.<sup>8</sup>

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanımlamaya göre; kuvvetli bir şekilde alkol alma isteği, kontrol edilemeyen alkol alma davranışı, yoksunluk ve tolerans yaşama, görülen zararlara rağmen alkol kullanımını sürdürme belirtilerinden en az üçü bireyde son bir yıldır mevcutsa kişi alkol bağımlısı olarak değerlendirilmektedir.

Alkol tüketim alışkanlıkları kötüye doğru şu şekilde sıralanmaktadır:

- Sosyal içicilik: Eğlence amaçlı düşük miktarlarda alkol tüketilmesidir.
- Kötüye kullanım: Tüketimin hayatı olumsuz etkileyecek düzeyde olmamasına rağmen bağımlılık gelişmemiş tüketim türüdür.
- Bağımlılık: Bireyin alkol tüketimini durdurma noktasında iradesinin ortadan kalktığı tüketim türüdür.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2012 yılı Sağlık Araştırması'nın alkole ilişkin verilerine göre; Türkiye'de alkol kullanımının nüfusa oranı %10.4'dür, erkek nüfusun %17.2'si kadın nüfusun % 3.8'si alkol kullanmaktadır. 15-24 yaş aralığında alkol kullanım oranı %7.4'tür. 25-

34 yaş aralığında % 14, 35-44 yaş aralığında % 13.1, 45-54 yaş aralığında % 11.9, 55-64 yaş aralığında % 8.4, 65-74 yaş aralığında % 4.0 ve 75 yaş üzerinde ise % 1.3'dür.<sup>8</sup>

TÜİK verileri Türkiye'de ilk kez alkol kullanma yaş aralığının 15-19 arası olduğunu bildirmektedir. Çeşitli araştırmalarda elde edilen alkole başlama yaşına ilişkin veriler de TÜİK verileri ile paralellik göstermektedir.<sup>9,10</sup>

## Alkol Kullanımı

- Her yıl 2,5 milyon insan alkole bağlı nedenlerden dolayı hayatını kaybetmektedir.
- Alkol tüm dünyada önlenabilir ölüm ve yaralanmaların üçüncü temel nedenidir.
- Eğitimde başarısızlık, suça eğilim, alkole bağlı sağlık problemleri alkol kullanımıyla doğru orantılı olarak artar.
- Alkol bağımlılığı: Bireyin beden ve ruh sağlığını, aile içi ilişkilerini, sosyal durumunu ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alması, aynı etkiyi elde edebilmek için gittikçe artan miktarlarda alkol alması ve alkol alma isteğini durduramamasıdır.

Alkol bağımlılığı günümüzde; öğrenme, dinamikler, kişilik özellikleri, genetik ve psikososyal etkenler, farmakoloji, biyolojik yatkınlık gibi pek çok faktörle ilişkili olarak incelenmektedir. Alkol bedenin bütün hücrelerini etkilemekle beraber en yoğun etkiyi beyin hücrelerinde gösterir. Bu nedenle alkolün etkisi öncelikle davranışlarda ortaya çıkar. Alkol kullanımına bağlı olarak bellek bozukluğu, uyku bozukluğu, dürtü kontrolünde bozulma görülür. Sindirim sistemi hücrelerini olumsuz etkileyerek besin değeri olan maddelerin emilimine engel olur; pankreasa olan etkisiyle şeker metabolizmasına zarar verir. Tüm bu etkilerin ciddi sonuçları olmakla birlikte alkol en yıkıcı etkiyi karaciğerde gösterir ve kandaki lipit seviyesinin artmasına neden olur. Bahsedilen bu etkiler alkol kullanımının kesilmesiyle düzelebilir.<sup>11</sup>

Alkol bağımlısı kişilerin yakın akrabalarında alkol problemlerinin yoğun olarak bulunma ihtimalinin 3 – 4 kat yüksek olması, alkol bağımlılığının genetik bir problem olduğu görüşünü

desteklemektedir. Akrabalık derecesi ile bağımlılığın şiddeti arasındaki bağlantı halen araştırılmakla birlikte ikiz çalışmaları da genetik faktörlerin etkisini ortaya koymuştur.<sup>12</sup> Evlat edinilen kişiler ve tek yumurta ikizleri karşılaştırıldığında, kişinin birinci derece yakını alkol bağımlısı ise riskin 4 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Alkol bağımlısı ebeveyni olan çocuklar doğumdan hemen sonra biyolojik aileden uzaklaştırılsa ve biyolojik ailedeki problemi bilmesee bile alkol kötüye kullanım ihtimali daha yüksektir. Amerika Birleşik Devletleri'nde alkol tüketimi çeşitli özellikler bakımından incelenmiş ve şu sonuçlara ulaşılmıştır:<sup>13</sup>

- Erkeklerde ağır içici olma oranı kadınlara göre daha yüksektir.
- Eğitim seviyesi arttıkça alkol kullanım oranı artmaktadır.
- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sahip çocukların ileride alkole bağlı bozukluk yaşama ihtimali daha fazladır.
- Antisosyal kişilik bozukluğu bireyi alkol kullanımına yatkın hale getirmektedir.
- Alkol bağımlılığı sosyoekonomik düzeyi düşürmektedir.
- Lise döneminde alkol kullanımı okul güçlükleri öyküsü ile ilişkilidir.
- Ölümle sonuçlanan kazaların yaklaşık yarısı alkol kaynaklıdır.
- Cinayetlerin önemli bir kısmının alkol kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.
- Maddeye bağlı ölüm sebeplerinin başında alkol bulunmaktadır ve yaşam süresini 10 yıl kısalttığı tahmin edilmektedir.
- Kanseri, kalp hastalığı, karaciğer hastalığı ve öz yıkım alkole bağlı ölüm nedenlerinin başında gelmektedir.
- Alkol bağımlılığı olan kişiler genel nüfus ile karşılaştırıldığında daha yüksek bir öz yıkım oranına sahiptir.

Sosyal ortamların da bireyin alkol tüketimini arttırıcı bir rol oynadığı düşünülmektedir. Sosyal beklentinin bu yönde olması, alkol kullanımının normal karşılandığı bir ortamda bulunma alkol tüketimini arttırmaktadır.<sup>14</sup> Ailedeki bireylerin alkol tüketme alışkanlığı da çocuğun alkol tüketme davranışını etkilemektedir.

Ülkemizdeki alkol tüketiminin yıllar içinde seyrine bakıldığında kullanımda artış olduğu ve alkole başlama yaşının giderek düştüğü görülmektedir. Alkol tüketiminin zararlarına yönelik bilinçlendirme çalışmaları yapılsa da alkol kullanım bozukluğuna bağlı olarak tedavi kurumlarına yapılan başvuruların miktarı, sorunun boyutunun giderek arttığını göstermektedir. Alkol bağımlılığı; yol açtığı fiziksel, ruhsal ve sosyal problemlerin yanında kişiye ekonomik olarak da zarar vermekte ve her statüden insanı etkilemektedir.<sup>15</sup>

### 1.1.3. Bağımlılık Yapıcı Diğer Maddeler

Madde, bağımlılığa sebep olan, vücuda farklı yollardan alınan, bireyin duygu durumu, algısı, bilişi ve diğer beyin fonksiyonları üzerinde değişikliğe neden olan her türlü kimyasal olarak tanımlanmaktadır.<sup>16</sup> Madde kullanımı çağımızın karmaşık ve en ciddi halk sağlığı problemlerindedir. Bağımlılık, maddenin yineleyerek ortaya çıkan ve yoksunluk sendromunun üzerinden gelmek için maddenin devamlı olarak alınmasının gerektiği bedensel (fizyolojik) ve ruhsal bir durumdur.<sup>17</sup> Bağımlılığın kaynağının psikolojik, sosyal, biyolojik, genetik ve davranışsal sebeplerden olduğu bilinmektedir. Ama bağımlılığın sebebini tek bir başlık ile açıklamak olası değildir.

Madde kullanımı bulunan bireylerin aileleri, sosyal çevreleri de bireyin madde kullanmasından etkilenmektedir. Düzensiz de olsa madde kullanımı bulunan bireylerin "bağımlı" olma riski her zaman vardır. Bağımlılık tanımı biyopsikososyal bir hastalık olarak yapılmaktadır. Bireyin kullanmaya alışmış olduğu bir madde veya ilaca karşı durdurması imkânsız psikolojik ve bedensel bir ihtiyaç duyması, kullanılan miktarın ve kullanım sıklığının giderek artması, kullanılmadığı sürede yoksunluk belirtilerinin meydana gelmesi ve bu ilaç veya maddeyi kullanmadan gündelik hayatını sürdürmesinin imkânsız hale gelme durumudur. Bağımlılık devamlılık gösteren bir hastalıktır. Kişi ne kadar kayıp yaşarsa yaşasın madde arayışına devam eder. Bu süreç bireyi sosyal yetersizlikten dolayı çaresizleşmiş, toplumdaki uzaklaşmış ve yalnızlık hissine kapılmış hissetmesine sebep olur.<sup>18</sup> Bunun dışında bireyde

madde kullanımıyla orantılı psikiyatrik rahatsızlıklar da süregelmektedir. Maddenin yol açtığı bozukluklardan en yaygın olanları travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, kişilik bozuklukları, bipolar, şizofreni, depresyon ve kendine zarar verme davranışlarıdır.

Madde belirli bir miktarda vücuda alındığında bireylerin sinir sistemleri üzerinde etki göstererek psikolojik ve fizyolojik dengelerinin sarsılmasına neden olur. Bağımlılık yapan maddelerin farklı yollarla bireyin vücuduna alınmasından sonra maddenin tekrar alınması için tolerans gelişimini oluşturan ve alınmadığı takdirde bireyde fiziksel ve psikolojik bazı yoksunlukların meydana gelmesi, madde bağımlılığını ifade etmektedir.<sup>19</sup>

## Madde Kullanımı

- Madde bağımlılığı, vücudun işlevlerini olumsuz yönde etkileyen maddelerin kullanılması, bundan dolayı zarar görüldüğü hâlde bu maddelerin kullanımının bırakılamaması,
- Madde kullanımına ara verdiğinde yoksunluk belirtileri,
- Kullanılan madde miktarının sorunlara rağmen giderek artırılması,
- Bırakma çabalarının boşa çıkması,
- Maddeyi sağlamak, kullanmak veya bırakmak için çok fazla zaman harcanması,
- Sosyal, mesleki ve kişisel etkinliklerin azaltılması veya bırakılması.

Bağımlılık yapan maddelerin ortak özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkündür:<sup>20</sup>

- Farklı özelliklere sahip olmalarına rağmen, bağımlılık yapıcı maddenin vücuda alımı, bireyin davranış, düşünce ve duygularında değişme yapar.
- Maddenin alımına bağlı olarak ortaya çıkan ruhsal değişim, rahatlama, keyif alma, sarhoşluk, hoşnutluk gibi belirtiler sebebi ile kişi dış dünyadaki sahip olduğu problemlerden bir kaçış aracı olarak, bulunduğu sahte ortamda olmayı istemektedir. Bu durum bireyin gerçeklerden kopup, ayrılmasına sebep olur.

- Madde kullanımına bağlı oluşan sahte hayal ortamını tercih eden birey, aldığı maddeyi daha sık kullanma isteğine yönelerek, o maddeyi arama isteği içine girer.

- Tüm bu süreçler, son madde olan bağımlılık sonucuna varır. Birey maddeye karşı bağımlılık geliştirir.

Doğal ve sentetik pek çok maddeye karşı bireyde bağımlılık etkisi oluşabilmektedir. Bununla birlikte bazı maddelerin oluşturduğu bağımlılık düzeyi daha fazla olarak gözlemlenmektedir.

DSM 5'te bağımlılık yapan maddeler aşağıdaki gibi sıralıdır:

- Alkol
- Esrar
- Antikolinergikler: Biperiden, atropin
- Doğal opioidler: Kodein, Morfin
- Yarı sentetik opioidler: Eroin
- Sentetik opioidler: Metadon, Meperidin
- Sedatif hipnotikler: Diazepam, Klonazepam, Lorazepam, Flunitrazepam, Barbitürat, Meproamat
- Halüsinojenler: LSD, Fensiklidin (Melek tozu), Ekstazi, Meskalin
- Uyarıcılar (Stimülanlar): Kokain, Amfetamin, Ekstazi, Kafein, Efedrin
- Uçucular: Tiner, Bali

#### 1.1.3.1. Psikostimülanların Etkileri

Merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı etki yapan bu maddeler, enerjinin ve özgüvenin artmasına, bunlara eş olarak uykunun, iştahın ve yorgunluğun azalmasına yol açan doğal maddeler veya sentetik ilaçlardır. Bu maddeler genelde ağız yoluyla ya da damar yoluyla kullanılır. Ayrıca kokain toz halinde burundan çekilerek ve sigara şeklinde kullanılmaktadır. Kokain kullanıldığı anda ani bir iyilik duygusu, kendine olan güven artışı ve öfori yaratır. Uzun süre kullanımında ise depresyon, kilo kaybı, anksiyete, saldırgan davranış izlenebilmektedir.

### 1.1.3.2. Esrar (Marihuana) ve Etkileri

Esrar, kenevir bitkisinden elde edilen bir üründür. Bu bitkinin sapından ve yapraklarının bazen kurutularak doğrudan bazen de toz haline getirilmiş halinin bir kâğıda sarılıp sigara haline getirildikten sonra sigara gibi içilmesi en yaygın kullanım şeklidir. Esrar, dünyada en yaygın kullanılan yasa dışı maddedir. Tetrahidrokannabinol (THC) olarak adlandırılan, esrarın içinde olan aktif bir maddedir. Bu madde; düşünceleri, hafızayı, koordine hareketleri, konsantrasyonu, zaman algılanması ile ilgili alanlara etki etmektedir. THC'nin kullanımında en çok yakın bellek etkilenmektedir. Kronik kullanımlarda ise bellek problemleri meydana gelmektedir. THC ile ilişkili görülen en belirgin psikolojik etkiler ise öfori ve gevşeme halinde görülen duygulanımdaki yükselme durumu ve zamanın yavaş akmaya başladığı duygusudur. Esrar kullanıldığında kişide öfori, huzursuzluk, denge bozukluğu, gevşeme, gözlerde kızarıklık, taşikardi, algıda artma ve iştah artar. Uzun süre ve yüksek dozlarda esrar kullanan kişilerde ilgisizlik, pasiflik, üretim kaybı, istekte azalma, enerji kaybı, göz etrafında kararma, iştah artmasına bağlı kilo artışı ve konsantrasyon bozukluğu olmaktadır.

Sentetik kannabinoidler ise, THC benzeri etkiler gösteren madde olma durumu ve kullanımı sonucu bilişsel süreçlerde ve algıda bozulma meydana gelmektedir. Diğer etkileri olarak, anksiyete hali, paranoya süreçleri, bilişsel yetersizlik, kalp ritminde hızlanma, günlük yaşantıda halüsinasyon görme ve sanrılar şeklindedir.

### 1.1.3.3. Opioidler ve Etkileri:

Opioidler, merkezi sinir sistemine narkotik olarak etki eden maddelerdir. Opioidler, analjezik, anestezi, ishal önleyici ve öksürük giderici olarak kullanılmaktadır. Bu gruptaki bazı maddeler yasal olarak reçete ile hastalara verilmektedir. Eroin bu grubun içerisinde en fazla kötüye kullanımı olan maddedir. Bu madde; içilebilir, damar yoluyla enjekte edilebilir veya burundan çekilerek de alınabilir. En tercih edilen uygulama ise burundan çekmedir. Opioidleri kullanan kişilerde sosyal işlev bozukluğu ve bunu takip eden çevresine olan ilgisinin azalması, konsantrasyon problemi dolayısıyla çalışıyorsa eğer çalıştığı yerde problemler yaşama, mide bulantısı, hipotansiyon, zihinsel işlevde bozulma görülebilmektedir. Çok yüksek dozda alındığı takdirde koma ve ölüm riski vardır.

#### 1.1.3.4. İnhalanlar ve Etkileri:

İnhalanlar, spreyle ağız ve buruna sıkılarak veya bir kâğıt-plastik koruyucu içine yerleştirilerek buharın solunması yoluyla uygulanır. İnhalanların kullanımıyla kısa sürede öfori, baş ağrısı, yorgunluk, tükürük artması, bulantı-kusma, iştahsızlık, gözlerde ve mukozada lokal irritasyonlar, relaksasyon, koordinasyon bozukluğu, kan basıncında artma, taşikardi, şaşkınlık ve sarhoşluk görülmektedir. Bu maddeler, maddi olarak uygunluk teşkil ettiği için ve yasal oldukları için elde edilebilirliği de kolaydır.

#### 1.1.3.5. Hallüsinojenler ve Etkileri:

Halüsinojenler, algı, düşünce ve duygu durumda değişikliklere neden olurlar. Liserjik asit dietilamid (LSD) kullanıldıktan 30-60 dakika sonra maddenin etkileri başlar ve bu etkiler ortalama 12 saat boyunca sürmektedir. Bu maddeler kalp atış hızının artmasına ve kan basıncında yükselmeye, iştah azalmasına, motor reflekslerin artmasına, vücut ısısının yükselmesine neden olmaktadır. Hallüsinojenler genellikle ağız yoluyla alınırlar. Hallüsinojenlerin kullanımından kısa süre sonra; ağızda kuruluk, yüzde kızarma, nabız sayısında ve kan basıncında artma, çarpıntı hissi, baş dönmesi, titreme, mide bulantısı görülür, mide, bağırsak hareketleri artar.

Psikiyatrik hastalıkların tanı ve sınıflama sistemi olan DSM-5'te madde kullanım bozuklukları belirtileri şu şekilde sınıflanmıştır:

1. Aşağıdakilerden bir tanesiyle belirtildiği gibi toleransının ilerlemiş olması

a- Entoksikasyon ya da beklenen tepkiyi elde etme amacıyla belirgin bir şekilde arttırılmış dozlarda madde kullanma isteği.

b- Devamlı olarak aynı dozda madde kullanılması ile belirgin olarak düşük etki sağlanması.

2. Aşağıdakilerden herhangi biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

a- Bahsedilen madde için yoksunluk sendromu durumu

b- Yoksunluk semptomlarından kurtulmak veya kaçınmak için aynı maddenin (ya da yakın benzeri) kullanılması



3.Maddenin birçok kez tasarlandığından daha fazla miktarlarda ya da uzun süre kullanılması

4. Özel maddeyi almak için yoksunluk duymak.

5. İşte, okulda veya evde alması beklenen başlıca bireysel sorumlulukları alamama ile sonuçlanan tekrarlayıcı biçimde madde kullanımı

6. Fiziksel olarak riskli durumlarda yineleyici madde kullanımı,

7. Madde kullanımını bırakmak ya da kontrol altına almak için sürekli sık istek hali veya boşa çıkan çabalar

8. Maddeyi sağlamak (örneğin çok sayıda doktora gitme veya uzun süreli araba kullanma), maddeyi almak (örneğin ardı ardına sigara içmek) veya maddenin tesirinden kurtulmak için çok fazla uğraş verme,

9. Madde kullanımından dolayı önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması,

10. Maddenin sebep olmuş ya da tetiklenmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da tekrarlayıcı bir şekilde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorununun olduğunun bilinmesine rağmen madde kullanımının devam ettirilmesi (alkol kullanımı ile kötüleştiğini bilip ülseri olmasına rağmen içmeyi devam ettirmesi gibi),

Madde bağımlılığın ilerlemesinde birçok sebep vardır. Bunu tek bir sebebe bağlamak yanlış olur. Bağımlılıklar için ayrıca bazı koruyucu etkenler ve risk faktörleri mevcuttur.<sup>21</sup>

#### 1.1.4. Madde Kullanımından Koruyucu Etmenler

- Güzel ve pozitif aile ilişkileri, demokratik aile ortamının olması
- Yüksek-orta düzey geliri, düşük işsizlik oranı

- Ailelerin çocuklar ve çevreleriyle ilgili oluşu
- Derslerinde başarılı, eğitimi destekleyici çevre
- Hayat içerisinde minimum stres ve sosyal desteğin fazla olması
- Pozitif benlik saygısı, pozitif kişilik özellikleri
- Madde bağımlılığı konusunda doğru bilgilenme
- Sağlam sosyal ilişkiler

### 1.1.5. Madde Kullanımı İçin Risk Etmenleri

- Sorunlu aileler ve sorunlu aile ilişkileri, yanlış baba ve anne davranışları,
- Çekingenlik, içe kapanıklık, hiperaktivite, negatif davranışlar sergileme
- Eksik (güçsüz) sosyal beceriler, düşük okul başarısı
- Hatalı etraf tutumları (madde kullanımının onay görmesi gibi)
- Hatalı sosyal çevre
- Aile içinde madde kullanımı<sup>22</sup>

## 1.2. Davranışsal Bağımlılıklar

Bağımlılık; bir maddenin veya davranışın olumsuz sonuçları olmasına rağmen ısrarla yapılması durumudur.<sup>23</sup> Bağımlılık terimi genel olarak maddelerle sınırlandırılmıştır fakat günümüzde birçok davranışında bağımlılık türü olduğu görülmüştür. Bu davranış türleri; egzersiz, seks, kumar, video oyunları, alışveriş ve internet kullanımınıdır.<sup>24</sup> Psikolojik boyutunda ise bağımlılık karşılanamayan ihtiyaçlar sonucu ortaya çıkabilir.

Son dönem bağımlılık çalışmalarında karşılaşılan madde bağımlılığından ayrı olarak görülen davranış bağımlılığı çekilme, tolerans, ruh halindeki sürekli değişiklikler, çatışma gibi

birçok semptomlar geliştirmektedir. Bu tür davranış türlerindeki bağımlılık semptomları ile madde bağımlılığı semptomları arasında oldukça büyük bir benzerlik bulunmaktadır.<sup>25</sup>

Davranışsal bağımlılıklarda tekrarlanan davranışlar bulunmaktadır. Bu tür davranışların neden olduğu davranışsal bağımlılık semptomları ile madde bağımlılığı semptomları arasında çok ciddi benzerlikler bulunmaktadır.<sup>26</sup> Madde bağımlılığında olan davranışı ve eylemi kontrol edememe durumu, söz konusu davranışsal bağımlılıkta da aynı sebeplerle gerçekleşmektedir. Yine madde bağımlılığında özellikle sonuçlarının olumsuz olmasına rağmen eylemin kendisinde vazgeçmeme durumu davranışsal bağımlılık mesela yeme bağımlılığında da benzer şekilde gerçekleşmektedir.<sup>27</sup>

### 1.2.1. Kumar Bağımlılığı

Kumar oynama temel olarak, kazanç sağlama amacıyla para aracılığıyla belirli olmayan riskler alma anlamına gelmektedir.<sup>28</sup> Dünya genelinde kumar oynama ile ilgili son yıllarda yapılan çalışmalar oldukça ulaşılabilir, geniş kitlelere rahatlıkla ulaşabilen, sosyal anlamda da kabul görebilir bir aktivite olarak görülmektedir. Dünya üzerinde birçok farklı şekilde icra edilebilen en yaygın şekilleri zar oyunları, kart oyunları, internet ortamından bahis gibi oyunlardır.<sup>29</sup>

Kumar oynama davranışı dünya üzerinde birçok kültürde ve her yaş grubunda bireyin yaygın olarak gösterdiği bir davranış türüdür.<sup>30</sup> Dünya geneline bakıldığında %3 ile %5,3 kadar yetişkin birey kumar oynama davranışı sebebiyle özel hayatlarında sorunlar yaşamaktadırlar.<sup>31</sup>

Ülkelerin kültürel değerleri ve hükümet politikaları dikkate alınmaksızın yapılan dünya genelindeki araştırmaların sonuçları, devamlı kumar oynama davranışı sergilemenin, birçok kişinin hayat deneyimlerinin bir bölümü olduğunu göstermiştir.<sup>32</sup> Kumar oynamanın yasal anlamda bir sınırı olduğu halde gençlerin birçoğunun elektronik kumar makinaları, piyango, kazıkazan, bahis oyunları, oyun kartları gibi çeşitlerle kumar davranışı sergiledikleri

bilinmektedir.<sup>33</sup> Spor bahisleri, poker, at yarışı ve beceri oyunları gibi alanlarda üzerine para yatırarak iddiaya girme de yaygın olarak yetişkinler ve gençler arasında görülmektedir.

Kumar oynamak birçok kişi tarafından zararsız ve eğlenceli bir aktivite olarak görülebilse dahi gerçekte bu davranış bağımlılık oluşturabilir, ekonomik ve psikososyal anlamda ciddi olumsuz sonuçları olan bir davranışa dönüşebilir.<sup>34</sup> Birçok bireyde ciddi maddi problemlere ve hayati sorunlara neden olan kumar alışkanlığı ile ilgili yaygınlık araştırmalarına bakıldığı zaman, problemlili kumar oynama davranışının yaygınlığının diğer psikiyatrik tanılarla başabaş gittiği görülmüştür.<sup>35</sup>

Kumar oynama davranışının bireye negatif sonuçlar doğurmadığı, bireyin kontrolünü kaybetmediği, sıklığının artmadığı şekilde gerçekleşmesi “sosyal kumar oynama” olarak bilinir ve bu tip olan kumar oynama davranışı kayıp verse de bu kayıplar tolere edilebilir düzeydedir ve kişiyi işlevsiz bir hale getirmez. Ancak kumar oynama davranışının sıklığının artması, kişiyi kontrolden çıkarması ve işlevselliğini bozucu şekilde tekrar etmesi kumar bağımlılığını ortaya çıkarır. Kumar bağımlısı olan birey kumar için yatırdığı parayı gittikçe arttırır ve oynama sıklığı artar.<sup>36</sup> Kumar oynama davranışı patolojik hale geldikçe büyüsel düşüncenin varlığı kendini göstermeye başlar yani kişi kaybetmeyi kötü şansa, kazanmayı ise kişisel özelliklere bağlar hale gelir.<sup>37</sup>

Patolojik kumar oynamanın yetişkinlerde %5 oranında olduğu belirtilmiştir.<sup>38</sup> Kumar oynama bozukluğunun bireyin hayatında, mesleki ve sosyal yaşantısında birçok olumsuz sonuca, yasal sorunlara ve suç içeren davranışlara yol açması sıklıkla gözlenen bir durumdur.<sup>39</sup>

Günümüzde ulaşılabilirliği de internet aracılığıyla çok kolaylaşmış olan kumar oynama davranışının akabinde bu davranışın; sıklığı artabilir, kişinin psikolojik iyi oluşunu, sosyal ilişkilerini, iş-okul ve aile hayatını, maddi durumunu bozabilir hale gelebilir. Kumar oynamaya ayrılan vaktin artması yani davranışın sıklığının artması, eylemin bireyin kontrolü dışında gerçekleşmesi, işlevselliği bozması ve çevresiyle ilişkisinin bozulması gibi etkilerinin görülmesi literatürde “patolojik kumar oynama” olarak ele alınmıştır.<sup>40</sup>

Psikiyatrik tanı ve sınıflama sistemlerinde; bireyin kumar oynamayı aşırı düşünmesi, tekrar oynamak için para elde etme yollarını düşünmesi; ihtiyacı olan heyecan ve risk almayı karşılayabilmek için sürekli artan miktarlarda para ile kumar oynama ihtiyacı duyması; olumsuz sonuçlanan oyunları kontrol etme isteği; azaltabilmesi veya bırakabilmek arzusunun olması; bu gayret sırasında huzursuz, rahatsız bir tutum göstermesi; suçluluk, çaresizlik, anksiyete, depresyon gibi olumsuz duygudurumdan kaçmak için kumar oynaması; kaybettiği parayı geri kazanmak için oynaması; aile ya da çevresine kumar oynamadığıyla ilgili yalan beyanda bulunması; kumar için gereken miktarda meblağı elde etmek için çeşitli dolandırıcılık gibi legal olmayan davranışlar sergilemesi; bu bağımlı davranışı sebebiyle işini, mesleğini, başarısını, çevresindeki insanları kaybetmesi, fırsatları kaçırmaması; kumar davranışı sebebiyle düştüğü istenmeyen vaziyetten kurtulmak adına başkalarına güveniyor olması gibi kriterlerin en az beşinin görülmesi; bireye patolojik kumar oynama tanısı koydurabilmektedir.<sup>41</sup>

Kumar oynamanın rahatsızlık veren duyguları kontrol etme veya hafifletme işlevi beraberinde kişinin yeni deneyimler edinmesi, eğlence ihtiyacını karşılaması ve duyguları değiştirme, kaydırma veya düzenleme girişimlerini de yansıttığı düşünülmektedir.

İnsanların duygusal durumlarını kumar oynayarak değiştirmesi ve sonrasında sorunlardan uzaklaşabilecek zihinsel yapıya ulaşmak için kumar oynamayı bir sorundan uzaklaşma yolu olarak düşünme tuzağına düşmesi mümkündür.<sup>42</sup>

İnsanların kumar oynama davranışı sergilemelerini anlamada bilişsel sürecin anlaşılması önemlidir ve Bandura'nın "Sosyal Öğrenme Kuramı" bunu açıklar. Bandura'nın kuramına göre davranışlar, fayda sağlama ve davranış sonuç beklentisinden beslenir.<sup>43</sup> Kumar oynayan kişinin temel düşüncesi, oyunun sonunda birçok kazanç elde edeceğine dair belirgin ipucu, şans ya da önceki oyunlardaki kazanma ve kaybetmeye ilişkin tecrübeleri olduğu yönündedir. Bu düşüncelerine dayanarak kazanmasının kendi kontrolünde ya da önceden tahmin edebilir olduğu yönünde yanlış algısı bulunur. Kumar oynama motivasyonunun sebeplerinden olan bu olumlu inanç, davranışın süregelmesinde bir etken olabilmektedir.<sup>44</sup>

## Kumar Bağımlılığı

1. İsteddiği coşkuyu sağlayabilmek için giderek daha çok parayla kumar oynamaya gereksinim duyma,
2. Kumar oynamayınca huzursuz ya da kolay kızan biri olma,
3. Kumar oynamayı bırakmak için sonuç vermeyen çabalar,
4. Sık sık kumar oynama üzerinde düşünüp durma,
5. Sıklıkla sıkıntı duyarken kumar oynama
6. Parayla kumar oynayıp yitirdikten sonra çoğu kez eşitlenmek için yitirdiklerinin ardından koşma,
7. Ne denli kumar oynadığını gizlemek için yalan söyleme,
8. Kumar oynamak yüzünden önemli bir ilişkisini, işini, eğitim ya da iş olanağını tehlikeye atma ya da yitirme,
9. Kumar oynadığı için düştüğü umutsuz parasal durumlardan kurtulmak için başkalarının parasal kaynak sağlamasına bel bağlama

İnsanların kumar oynama davranışını sürdürmesinde birçok şey motivasyon aracı görebilir. Bunlar heyecan aramak, stresten uzaklaşmak, içinde bulunulan sosyal çevrenin davranışı olumlama ya da psikolojiyi olumsuz yönde etkileyen ruh halleriyle baş edebilmek olarak görülebilir.<sup>45</sup> Yapılan çalışmalar heyecan arama, risk alma, dürtüsellik ve antisosyal kişilik özellikli kişilerin problemleri kumar oynama davranışı ile arasında ilişki olduğunu söylemektedir.<sup>46</sup> Kumar oynama davranışı, stresle baş etmenin işlevsel olmayan bir yöntemi olarak da görülebilir.<sup>47</sup>

Genel olarak kumar oynama sebepleri incelendiğinde, kumarın adrenalini arttırıcı etkisi oluşu, olumsuz duygulardan sıyrılmada araç oluşu, riskli oluşu ve eğlenceli bir aktivite olarak görülmesi kumar oynamayı arttırıcı etkenler arasındadır.<sup>48</sup> Başlarda bu alışkanlık heyecan hissetme ile başlayıp ilerleyen dönemde ise kaybedilen paranın geri kazanılması ile devam eder ve sonrasında kişinin hayatındaki tek uğraş haline gelir. Kumar oynadığını ya da sonuçlarını gizlemek için sosyal çevresine ve ailesine yalan beyanlarda bulunma, maddi anlamda ciddi borçlanma, para çalma gibi bozuk davranışlar birbirini takip ederken artık kumar oynamaya iten temel motivasyon heyecan duymak değil de oynamaya mecbur hissetmek haline gelir. Bu şekilde bir bağımlılık başlangıcı ve sürdürümüyle madde bağımlılıklarının da benzer özellikler gösterdiği bilinmektedir. Günümüzde az para ve emekle

kısa yoldan, çaba harcamadan zengin olma hayalleri kuranlar, kumarı kolay bir kazanç kapısı olarak görebilmektedir.

### 1.2.2. Alışveriş Bağımlılığı

Son zamanlarda egzersiz, seks, kumar, video oyunları, alışveriş ve internet kullanımı gibi bir dizi davranış bağımlılık olarak görülmüştür.<sup>49</sup> Özellikle alışveriş bağımlılığının sınıflandırılması tartışma konusu olmuştur. Diğer dürtüsel bozukluklara benzeyen alışveriş bağımlılığı, içten gelen dürtülere bağlı davranışsal bir bağımlılıktır.<sup>50</sup> Alışveriş bağımlılığında satın alınan üründen çok satın almanın verdiği haz ön plandadır.<sup>51</sup>

Alışveriş bağımlılığı, olumsuz olay ya da duygulara cevap olarak verilen kronik ve tekrarlayan satın alma olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, alışveriş bağımlılığı, takıntılı bir şekilde alışveriş yapmak, alışveriş yapmayı düşünme ve bunun üzerine planlar kurmak olarak da ifade edilmektedir.<sup>52</sup> Satın alma davranışının yalnızca ihtiyaçları doğrultusunda şekillenen kişi için karar verme süreçlerinin söz konusu olduğu görülürken; alışveriş bağımlısı olan bireyler için bu durum takıntılı ve kontrol edilemeyen boyutlarda seyretmektedir. Alışveriş bağımlılığı olan kişilerde satın alma süreçlerinde davranışın sonucunu düşünme eğilimi söz konusu olmamaktadır. Kişiler ani karar vererek daha sonrasında ise kendilerini kontrol edemediklerinden ötürü, suçlu, mutsuz veya utanmış hissedebilmektedirler. Bu tarz bir satın alma davranışı; ekonomik, sosyal ve psikolojik sonuçlar gibi tüketiciyi ciddi anlamda etkileyen sonuçlara sebep olsa da, fazla borçlarına ve satın alma ile meşgul olmalarına aldırmaksızın artan miktarda ürün satın almaya devam ederler.

Alışveriş, günlük yaşamın ortak bir yönü olsa dahi satın alma davranışında, 'sorun alışveriş değil' bir kişinin ihtiyaç duymadığı, hatta daha sonra istemeyeceği ürünü bir anlık heyecan ve zevk için satın almasıdır.<sup>53</sup> Kontrolsüz satın alımın temel klinik özellikleri, satın alma davranışında dürtüsellik, sürekli olarak satın alma ihtiyacı, satın alma kontrolünde başarısız girişimler ve sonunda meydana gelen olumsuz sonuçlardır.

## Alışveriş Bağımlılığı

- ‘Negatif olaylar, düşünceler ve duygular karşısında kendini gösteren kronik ve tekrarlayan satın alma davranışı,
- Alışveriş yapmaya haddinden fazla önem vermek,
- Alışveriş dürtüsünü kontrol edememek,
- Alışveriş için çok fazlaca zaman ve efor sarf etmek,
- Alışveriş hayatin geri kalanını olumsuz şekilde etkileyen bir unsur haline getirmek,
- Alışveriş davranışını ihtiyaç gidermekten öte mutluluk veren veya mutsuzluktan uzaklaştıran bir araç olarak görmek.

Alışveriş bağımlılığı veya zorunlu satın alma ile kişiler alışveriş yaparken bir ön alım gerginliği veya kaygı, bir meşguliyet ve satın alma sonrasında bir rahatlama duygusu oluştuğunu bildirmişlerdir. Alışveriş bağımlılığını etkileyen psikolojik faktörler düşük benlik saygısı, depresyon ve anksiyete düzeyleri etrafında dönmektedir. Bu, gerginlik azaltma davranışı için bir durum yaratabilmektedir. Alışveriş bağımlılığının nedenlerine bakıldığında ulaşılan birçok farklı sonuç bulunmaktadır.<sup>54</sup> Alışveriş bağımlılığı için bazı risk faktörleri bildirilmiştir:

- Benlik saygısında azalma,
- Endişe, depresyon ve takıntılarla birlikte yaşanan olumsuz duygular,
- Sosyal statü beklentisi,
- Fantezi düşkünlüğü,
- Artan internet kullanımı,
- Zorlayıcı biriktirme alışkanlığı,
- Plansız satın alma alışkanlığı,

Bazı klinik araştırmalarda alışveriş bağımlısı olan insanların ruhsal rahatsızlıklarının daha fazla olduğu görülmüştür.<sup>55</sup> Dürtü kontrol bozuklukları, madde bağımlılıkları, duygudurum ve



yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, alışveriş bağımlılığına sık eşlik eden hastalıklara örnek verilebilir. Sadece kişisel nedenlere bağlı olmaksızın diğer faktörleri de göz önünde bulundurursak ailenin, internetin, kredi kartı kullanımının, sosyal çevrenin, artan reklamlar ve gelişen pazarlama imkanlarının da alışveriş bağımlılığına etkisi bulunmaktadır.<sup>56</sup>

### 1.2.3. Sosyal Medya Bağımlılığı

Sosyal medya, tüm dünyada internet kullanımının yaygınlaşması, bireysel ve kurumsal bilgisayar altyapılarının giderek gelişmesinden dolayı kullanıcılarının diğer kullanıcılar ile çeşitli iletişim uygulamalarını kullanarak sanal ortamda sosyalleşmesi amacıyla kullanılan internet temelli hizmetlerin tamamıdır.<sup>57</sup>

Sosyal medya platformları, bireylerin iletişim, haberleşme, gelişmeleri takip etme ve sosyalleşme ihtiyaçlarını karşılayan önemli teknolojik araçlardandır. Sosyal medya platformları, hem mobil hem de ev ortamında, bireylerin istedikleri her an hızla dahil olabilecekleri, hızlı şekilde bilgi paylaşımında bulunabilecekleri sosyal iletişim merkezi olarak tanımlanmaktadır.<sup>58</sup> Oldukça popüler olan bu platformların, bireylerin yaşamlarında önemli etkilere neden olduğu düşünülmektedir.

Sosyal medya platformları, kullanıcıların olumlu özellikler kazanmalarına imkan tanımaktadır. Bu imkanlar kullanıcıların sosyalleşme ve diğer kullanıcılar ile iletişim kurabilecekleri bir ortam oluşturması, eğitim-öğretim anlamında bireylere geliştirilmiş öğrenme fırsatları sunması, kullanıcıların hayal gücünü ve yaratıcılıklarını geliştirebilecekleri yeni içerikler, sağlık ile ilgili tüm yeni gelişmeleri takip edebilmeleri ve yaşamlarının daha kaliteli olmalarını sağlamaları, takım oyunları kurabilecek grup dinamiklerini yapabilmeleri ve grup içerisinde herhangi bir sosyal kaçınma yapmadan grubun gücüne inanmalarını sağlamaları, farklı düşünce yapılarına sahip bireyleri buluşturarak kullanıcılarına düşünce zenginliği oluşturmaları ve teknolojik gelişmelerden haberdar etmeleri olarak sıralanabilir.<sup>59</sup>

Son 10 yıl içerisinde internet üzerinde geçirilen zamanın artması, internetin hızla gelişmesinin bireyler üzerinde yarattığı etkilerin araştırılmasına neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar doğrultusunda bireylerin internet başından geçirdikleri zamanı planlayamamalarından dolayı zarar gördükleri, bu bireylerin yaşamlarının pek çok alanında büyük kayıplar yaşadıkları ve aşırı internet kullanımından dolayı çeşitli psikolojik rahatsızlıklar yaşadıkları görülmektedir.<sup>62</sup> Sosyal medyaya, internet üzerinden ulaşılması nedeni ile, literatürde internet bağımlılığı ve sosyal medya bağımlılığı birlikte anılmaya başlamışlardır.

İnternet bağımlılığı, ilgili literatürde DSM tarafından iki kez tanımlanmaya çalışılmıştır. Yapılan ilk tanımlamada internet bağımlılığının madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar alt başlığında yer aldığı görülmektedir. Yapılan diğer tanımlamada ise internet bağımlılığının diğer dürtü kontrol bozuklukları içerisinde yer alan patolojik kumar oynama alt başlığında yer aldığı görülmektedir.<sup>63</sup> Önceleri alkol, madde veya kumar gibi diğer bağımlılık türlerine benzeyen davranışların internet kullanımında da görüldüğünü belirtirken, günümüzde değişen ve gelişen teknoloji ve internet altyapılarıyla birlikte bireylerin aktif katılımlarını sağlayan sosyal medya platformlarında da diğer bağımlılık türlerinde gözlemlenen davranışları gösterdikleri hatta sosyal medya bağımlılığının diğer bağımlılık türlerinden daha fazla zarar verdiği düşünülmektedir.<sup>64</sup>

Young (1996)'a göre internet bağımlılığı tanı kriterleri şunlardır:

- İnternetin aşırı şekilde düşünülmesi
- İnternet kullanım süresinde bir artış olması gerektiğine yönelik düşüncelerin olması, internet kullanım süresinin düzenli ve aşırı bir artış göstermesi
- İnternet kullanım süresinin azaltılmasına yönelik çabaların sonuçsuz kalması
- İnternet kullanım süresinin azaltılması durumunda eksiklik hissedilmesi
- İnternetin aşırı kullanımından dolayı ev, iş ve okul yaşantılarında bozulmalar olması

- İnternet kullanımını yapabilmek için yalan söyleme
- İnternet kullanımını içerisinde duygulanım bozuklukları yaşama<sup>61</sup>

Young tarafından belirtilen tanı kriterlerine göre bireylerin internet bağımlısı olarak tanımlanabilmesi için belirtilerden en az beşini tekrarlayan biçimde sergilemesi gerekmektedir. Bu durumda internet bağımlısı olan bireylerin günlük işlerinde yaşanan bozulmaların yanı sıra duygusal, davranışsal ve bilişsel alanlarında da bozulmalar yaşanması kaçınılmazdır.<sup>61</sup>

Young (1999), *bilgisayar oyunu bağımlılığı*, internetteki kaynaklar üzerinde sürekli *arama yapma bağımlılığı*, *çevrimiçi kumar veya alışveriş bağımlılığı*, *çevrimiçi pornografiyi içeren siber bağımlılık* ve *çevrimiçi ilişki bağımlılığı* olarak beş farklı internet bağımlılığı türünden söz etmektedir. Sosyal medya bağımlılığı, sosyal medya ağlarını kullanma motivasyonu, çevrimiçi ve çevrimdışı ilişki kurmaya dayandığından son kategori içine yerleştirmektedir.

Griffiths, sosyal medya bağımlılığının davranışsal bir bağımlılık olduğunu söyleyerek biyopsikososyal bir bakış açısıyla da değerlendirilebileceğini söylemiş ve bağımlılık davranışını oluşturan öğeleri bağımlılığın altı temel unsuru olarak tanımlamıştır:

- (a) *dikkatin çelinmesi*,
- (b) *duygudurum değişikliği*,
- (c) *tolerans*,
- (d) *çekilme*,
- (e) *çatışma*
- (f) *nüksetme*.

Bu kriterleri dolduran kişilerin sosyal medya bağımlılığına yol açabileceğini düşündüren alan yazında oldukça fazla çalışma yer almaktadır.<sup>60</sup> Sosyal medya bağımlılığı geliştiren bireyler bireysel yaşamlarından daha az keyif almakta, daha az olumlu duygular yaşamaktadırlar. Bunun en önemli nedenlerden biri, sosyal medya platformları aracılığıyla olan iletişimin yüzyüze yapılan iletişimin bazı yönlerini taşıyıp taşımadığıdır. Karşılıklı duygusal aktarımın ve göz temasının olmaması sosyal medya platformları aracılığıyla olan iletişimde bazı sorunlara neden olmaktadır. Duygu aktarımı olmaması, iletişimin kolayca nefret söylemlerine dönüşmesine neden olabilmektedir. Geri bildirim alınmaması, yapılan davranışların sonuçlarının görülmemesine, iletişimin kolayca zorbalığa dönüşebilmesine, kişinin öfkesini aktarabileceği bir mecra haline gelmesine kadar ileyebilmektedir. Özellikle de sosyal medya platformlarından filtrelenmiş ve gerçeği yansıtmayan paylaşımların, kişilerin yaşamındaki olumsuzlukları daha fazla görmesine, başkalarının yaşamlarına yönelik kıskançlık duygularına dönüşmektedir. Son dönemlerde Sosyal medya bağımlılığının bir yönü olarak gelişmeleri kaçırma korkusu FOMO (Fear of Missing Out) çalışmalarda yerini almaktadır. Gelişmeleri Kaçırma Korkusu sosyal çevresindeki insanların nasıl yaşadığına, kendisinin neyi kaçırdığına yönelik yaşanan kaygı olarak tanımlanmakta, bireylerde çeşitli kaygı bozukluklarına, yoğun pişmanlık, kıskançlık ve öfke duygularına neden olmaktadır. Bu durum, bireylerin bilgi alışverişi sağlamalarında ve yeni içerikler üretmelerine imkân tanıyan sosyal medyanın kişinin doğal iletişimini ve yaşama biçimini bozmaya kadar gidebilecek bir bozukluğa dönüşebilmektedir.

Alanyazında sosyal medyanın aşırı kullanılmasıyla ilgili çeşitli olumsuzluklar gösterilmiştir. Bu olumsuzlukların düşük benlik saygısı, yaşam tatmininin azalması, akademik başarının azalması, depresyon, uyku problemleri ve günlük rutin işlerin bozulması olduğu söylenebilir.<sup>66</sup>

İlgili alanyazında bireylerin sosyal medya platformlarını aşırı şekilde kullanması ile benlik saygısı ve yaşam doyumu arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Öyle ki bireylerin sosyal medya platformlarını kullanma süreleri arttıkça benlik saygılarında ve yaşam doyumlarında azalma olduğu anlaşılmaktadır.<sup>67</sup>

## Sosyal Medya Bağımlılığı

- Özellikle arkadaşlık edebilmek ve iletişim kurabilmek için sosyal medya platformlarının aşırı şekilde kullanılması
- Davranışsal, bilişsel, ilişkisel alanlarda bozulmalar,
- Sosyal medya kullanım süresinin azaltılması durumunda eksiklik hissedilmesi,
- Sosyal medya / internet kullanımı yapabilmek için yalan söyleme
- İnternet kullanımı içerisinde duygulanım kontrolünde zorluklar yaşama

### 1.2.4. Yeme Bağımlılığı

Yeme bağımlılığı terimi, bireylerde bağımlılık benzeri davranışsal tepkilerin ortaya çıkarılmasında gıdaların önemli ölçüde katkıda bulunduğu, madde bağımlılığına benzer bir kuramsal çerçeveyi yansıtır.<sup>68</sup> Yeme bağımlılığı kişilerin bazı besinlere karşı aşırı istek duyması ve miktarı konusunda kendini kontrol edememesiyle karakterize bir sağlık sorunudur. Yeme bağımlılığı son yıllarda gündemde olan bir kavramdır ve hakkında yapılan çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır. Özellikle obezite ve tıkanırçasına yeme bozukluğu olan bireylerde yeme davranışının bağımlılık kriterlerini karşıladığı ve bir çeşit bağımlılığa dönüştüğü ifade edilmektedir. Yapılan laboratuvar, epidemiyolojik, klinik ve genetik araştırmaların sonuçları yeme bağımlılığı modelinin geçerliliğini kısmen gösterir durumdadır. Nörobiyolojik araştırmalar ise daha çok obezite ve madde bağımlılığında ödül sisteminde ortaya çıkan benzerlikleri ortaya koymaktadır.<sup>69</sup>

Yiyeceklerin bağımlılık özelliklerine ilişkin birçok kanıt biyolojik olarak mevcuttur. Gıda ve madde kötüye kullanımının beyinde benzer yollardan, yani dopamin ve opiyat sistemlerinden yararlandığına dair önemli kanıtlar bulunmaktadır. Ayrıca hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalarda da, şeker kullanımı ile diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı arasında bağımlılık göstergeleri açısından ilişki bulunmuştur.<sup>70</sup> Yeme bağımlılığı olan bireylerde daha yüksek vücut kitle indeksi ve vücut yağları, gıda alımını kontrol etmek için daha fazla sayıda başarısız girişimler ve artan duygusal beslenme vardır.<sup>71</sup> Yapılan birçok araştırma

olumsuz duygudurumun bireylerde aşırı yeme davranışını tetiklediğini göstermiştir.<sup>72</sup> Yeme bağımlılığına sahip kişilerin genel popülasyona kıyasla olumsuz duygudurumları içeren psikiyatrik tanı alma oranları daha yüksektir. Örneğin, bulimia nervosa veya tıkanırçasına yeme bozukluğu olan yetişkinler ve ergenler, yeme bozukluğu olmayan bireylerden daha yüksek majör depresyon, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu ve alkol veya madde bağımlılığı oranlarına sahiptir.<sup>73</sup>

## Yeme Bağımlılığı

- Planlanandan daha uzun zaman periyodunda yeme,
- Bilinen olumsuz sonuçlarına rağmen yemeyi sürdürme,
- Planlanandan daha fazla yemek tüketimi,
- Yoksunluk (belirli yiyecekler kesildikten sonra huzursuzluk),
- Tekrarlayan tüketimi kesme ve azaltma girişimleri,
- Önemli sosyal, işle ilgili ve kişiler arası aktivitelerin azaltılması,
- Yeme davranışı ile ilgili utanma, yalan söyleme, gizleme çabası,
- Yemeye veya yemekle ilgili aktivitelere fazla zaman harcamak.

Olumsuz duygulara cevap olarak kişinin besin alımını artırmaya yönelik bu eğilim duygusal yeme olarak tanımlanmıştır.<sup>74</sup> Duygusal yeme, bireylerin negatif duygudurumu azaltmak için ve olumsuz duygusal durumlara yanıt olarak yeme davranışına başvurması olarak tanımlanır.<sup>75</sup> Duygusal yeme durumunu açıklamak için çeşitli mekanizmalar önerilmiştir. Psikosomatik teoriye göre bireyler negatif duygudurum içindeyken yeme davranışının onları o durumdan uzaklaştıracağını düşünmektedir. Bu teori ile tutarlı olarak, birçok çalışma, negatif duygudurumun artmasının, normal kilolu ve obez duygusal yiyicilerde yemenin artmasıyla ilişkili olduğunu bulmuştur.<sup>76</sup> Başka bir teori olan *kaçış teorisi*,<sup>77</sup> negatif duyguduruma karşı ortaya çıkan aşırı yeme, egoyu tehdit eden bir uyarandan uzaklaşmak için yeme davranışına yönelmenin bir sonucudur. Yakın zamandaki bir çalışmanın sonuçları, ego tehdidi yaratan

durumların sebep olduğu negatif duygudurumun duygusal yiyicilerde aşırı yeme davranışına sebep olduğunu göstermektedir.<sup>78</sup> Son olarak, *kısıtlama teorisine* göre, yemeyi kısıtlayan bireylerde negatif duygudurum yeme davranışını tetikler.<sup>79</sup> Yapılan çalışmalarda, yeme davranışı kısıtlanmış bireylerin negatif duygudurumla karşılaştıktan sonra aşırı yeme davranışı gösterdiği gözlemlenmiştir.<sup>80</sup> Hem teorik hem de deneysel araştırmalar yeme bozukluklarında duygudurumun önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

### 1.2.5. Dijital Oyun Bağımlılığı

Oyun, çocukların gelişimine yardımcı olan, onu dış dünyaya karşı hazırlayan, tarihi eskiye dayanan bir etkinliktir. Oyun sayesinde çocuklar birçok şeyi öğrenirler. Bunlardan bazıları; Sosyal değerler, cinsiyet rolleri, başkalarına saygılı olma, başkalarının hakkının olduğunun da farkına varıp onlara da saygılı olma, kendi hayatını koruma gibi hayatını sürdürmede yardımcı olacak ve hayatını kolaylaştırmada da rolü olan bir etkendir.<sup>81</sup>

Günümüzde oyun denildiğinde sadece çocukluk dönemi oyunları değil, gençlik ve yetişkinlikte de oynanan oyunları gösterebiliriz. Konsol oyunları, dijital oyunlar ve bu oyunları oynamak için gençlere ve yetişkinlere hitap eden her gün bir yenisini açılan ve gittikçe artan dijital oyun alanlarını örnek gösterebiliriz. Birçok araştırmada oyun bağımlılığı, internet bağımlılığının bir alt kategorisi olarak tanımlanmıştır. Bilgisayarın ve internetin birçok alanda yaşamı kolaylaştırdığı görülürken, oyun ve eğlence aracı olarak da gittikçe yaygınlaşmış olan bir ilgi sahası haline gelmiştir. Her geçen zaman diliminde bir adım daha ileri gittiği gözlenen teknolojik gelişmelerin, şehirleşme ve oyun alanlarındaki yetersizliğin geleneksel oyun aktivitelerinin yerini dijital oyunların almasına neden olmuştur.<sup>82</sup>

Bağımlılığa baktığımızda ise madde bağımlılıklarının yanı sıra gelişen teknoloji ve teknolojik aletlerin daha ulaşılabilir olması nedeniyle, madde bağımlılıklarının yanına davranışsal bağımlılık olan oyun bağımlılığı da eklenmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen DSM-5 tanı kitabına göre de dijital oyun bağımlılığı, internette oyun

oynama bozuklukları olarak incelenmiştir. Dijital oyun bağımlılığı, bahsi geçen oyunlar arasında en çok dikkat çekenleridir. Dijital oyun çeşitleri şunlardır;

- 1- Televizyona bağlanan oyun konsolları ile oynanan oyunlar,
- 2- Cebe sığabilecek boyutta el konsolları ile oynanan oyunlar,
- 3- Abonelik aracılığıyla televizyondan abone olunarak oynanan dijital oyunlar,
- 4- Oyun salonlarında bulunan atari kabinleri kullanılarak oynanan oyunlar,
- 5- Tablet, cep telefonu gibi cihazlar kullanıp oynanan oyunlar,
- 6- Bilgisayar kullanarak oynanan oyunlar.

## Dijital Oyun Bağımlılığı

- “Sosyal ve/ veya duygusal sorunlara neden olduğu halde, kişinin bilgisayar ya da video oyunlarını aşırı ve kompulsif düzeyde kullanılması ve oyuncunun aşırı kullanımı kontrol edememe”
- İnternet oyunları üzerine aşırı kafa yorma, oyun oynamadığında yoksunluk,
- İsteddiği heyecanı duymak için giderek artan süreyle oyun oynama,
- İnternet oyunları dışında hobi ve eğlenceye ilgilin azalması,
- Psikososyal problemleri olduğunu bilmesine rağmen, aşırı miktarda devam eden oyun oynama davranışı,
- Ne kadar oyun oynadığını gizlemek için aile üyelerine, terapistine ya da başkalarına yalan söyleme,
- Sorunlarından kaçmak ya da olumsuz duygu durumundan kurtulmak için oyun oynama,
- İnternet oyunlarına katılımdan dolayı önemli ilişki, iş, eğitim ya da kariyer fırsatlarının kaybı.

Çevrimiçi oyunlardan sonra oyun dünyası hızla gelişmiştir. Bu “gelişim” sözcüğü her ne kadar olumlu gibi algılansa da olumsuz yönleri her geçen gün daha da bizi ele geçirmektedir. Oyun düşünülenlerin aksine sadece çocukların oynadığı bir araç değil ergenlerin ve yetişkinlerin de başında çokça zaman geçirdiği bir materyal haline gelmiştir. Günümüze baktığımızda “sosyalleşme” adı altında saatlerce oynanan oyunlar ve bilgisayarda internette bilinçsizce harcanan zaman artık bireyleri daha içine kapanık ve asosyal hale getirmiştir. Gerek



çevrimiçi oyunların, gerek internet dünyasının hissettirdiği sanal ortamda tanıştığımız ya da oyun oynadığımız kişiler, oyundan çıktığımız anda bizim dünyamızda kaybolmaktadır.

### 1.2.6. Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı

İnternetin gün geçtikçe insan hayatının vazgeçilmez bir parçası olması, tüm yaşamı etkilediği gibi cinsel yaşamı da etkilemiştir. Başlangıçta zararsız gibi görünen cinsel eylemlerin takıntılı şekilde yinelenmesiyle ortaya çıkan cinsel bağımlılık ise internet teknolojisinde yaşanan gelişmeyle beraber daha yaygın hale gelmiştir. Bu durum bireylerin hayatlarında önemli sonuçlara neden olmaktadır. Bu noktada bireyler cinsel takıntıları ve girişimleri nedeniyle şiddete maruz kalabilir, cinsel yollarla bulaşan hastalıklara yakalanabilir, intihara hatta cinayete varan sonuçlarla karşı karşıya kalabilir. Porno bağımlılığı ise internetin hayatımıza daha fazla dahil olması ile birlikte bireylerin video, internet ve porno dergi gibi erotik materyallerle sürekli ve yineleyici şekilde kurduğu bağımlılıktır.

Cinsellik; internetin finansal anlamda önemli bir koludur. Cinselliğin internet üzerinden kullanımdaki gücünün üç temel sebebi vardır; anonimlik, erişilebilirlik ve maliyet uygunluğudur.<sup>83</sup> Çağın bir getirisi olan internetin kullanım sıklığıyla beraber, pornografi izlenim oranı ve internet üzerinden ilişki (siber-seks) de artmıştır. Bu iki bağımlılık türü de bireyin hayatında maddi ve manevi önemli zararlara yol açmaktadır.

Seks hayatta kalmak, vücudun ihtiyaçlarını karşılamak için yaşamın bir gerekliliğidir. Fizyolojik ve psikolojik gereksinimlerin giderilmesi için cinsel aktivitede bulunulur fakat davranış tekrarlanır hale gelir ve niteliği için davranışta bulunma ihtiyacı artmaya başlarsa bir kısır döngü oluşur. Seks bağımlıları; cinsel fantezileri daha çok psikolojik sorunlarla baş etme mekanizması olarak, kendilerini iyi hissetmek veya zevk almak için değil, altta yatan birçok travma ve anksiyeteyi uzaklaştırmak için kullanmaktadır.<sup>84</sup> Kişi düşünce ve davranışlarındaki uygunsuzluğu bildiği halde, bu düşünce ve faaliyetlerden kendini alıkoyamaz. Bu davranışlar; mastürbasyon, porno izleme, cinsel ilişki, teşhir ve röntgencilik olarak tanımlanabilir. Sonuç olarak birey davranışsal olarak kendisi ve çevresine karşı zorlayıcı hale geldiğinden, utanç

duygusu ve kişilerarası ilişkilerinde bozulmalar meydana gelmektedir. Seks bağımlılığını sosyal bir problem olarak nitelendirebiliriz. Kişi kendisini ve çevresini ciddi tahribatlar yaratmasına rağmen cinsel öğelerle tekrarlayıcı şekilde meşgul olmaktadır. Tipik seks bağımlılarının göstermiş olduğu davranış kalıpları vardır. Bunlar ise;

- Sürekli olarak mastürbasyon eşliğinde veya mastürbasyonsuz porno izlemek.
- İnternet üzerinden siber-ilişki, seks içerikli uygulamalarla meşgul olmak.
- Cinsel fanteziler için uyarılara karşı tetikte ve arayış içerisinde olmak.
- Kısa ve seri ilişkiler ya da çoklu cinsel ilişkiler yaşamak.
- Cinsellik üzerine olan aktivite, dergi, film, tiyatro ile sürekli meşgul olmak.
- Striptiz veya cinsel odaklı ortamlarda sıkça bulunmak.
- Tehlike potansiyeli taşıyan insanlarla sürekli olarak cinsel ilişki yaşamak.
- Cinsel suç kalıpları olarak ele alacağımız; röntgencilik, teşhircilik v.b davranışlardan

kendini alıkoyamamak.

Cinsel bağımlılık türleri belirli türden başlıklar altında sıralanmaktadır. Cinsel bağımlı bireyde bazı cinsel davranışların sadece bir tanesi bulunurken bazılarında bu davranışlardan birkaç tanesi aynı anda bulunabilmektedir. Seks bağımlıları genelde sağlıklı ve sürekli karşı konulmaz cinsel davranışlarda bulunabilmektedirler.

Seks bağımlılarının beş farklı türü bulunmaktadır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:<sup>84</sup>

- Röntgencilik-teşhircilik
- Pornografi
- Sanal seks
- Mastürbasyon
- Para karşılığı cinsel ilişki

Röntgencilik: Bu tür bağımlı birey insanların mahrem alanlarını gizleme şeklinde davranış geliştirmektedir. Bu tür bağımlı birey yatak odasında bulunan bir insanı saatlerce izlemekten geri duramaz. Onun yatak odasında bulunması ve kendisini tatmin etmesine yeter bir sebeptir.

Bunu görmesi ve kendisine dokunmasına hatta mastürbasyon yaparak kendisini tatmin etmesine neden olabilmektedir.

**Pornografi:** Cinsel bağımlı birey kazancının büyük çoğunluğunu pornografik filmlere, bu tür içerikli dergilere, striptiz şovlarına harcamaktan geri duramaz. Hem zamanını hem de parasını bu tür pornografik materyallere harcamaktadır.

**Sanal Seks:** Sanal seks cinsel bağımlıların ilgi ve alanlarını şekillendirmiş ve aslında bağımlılık durumlarını daha girift hale getirmiştir. Çünkü normalde bağımlı birey fahişelerle görüşerek kendisini tatmin edebilecekken daha çok porno filmler veya sohbet odalarındaki sanal seks yoluyla kendisini tatmin etme yoluna girmektedir. Bu tür yolla bireylerin cinsel bağımlılık durumu daha farklı bir boyut kazanmaktadır.

**Mastürbasyon:** Mastürbasyon normal şartlarda doğal bir olgu olarak görülmektedir. Ancak cinsel bağımlı bireyler bu tür işlevleri çok fazla abartı durumunda geliştirdikleri için kendilerine zarar verebilmektedirler.

**Para karşılığı cinsel ilişki:** Cinsel bağımlı bireyler sürekli yeni partneri kendi istek ve arzularıyla bulamamaktadırlar. Ya da bunu yapabilseler bile para vererek yeni bir eş bulmak istemektedirler. Yeni bireylerle farklı deneyimler yaşamak için sürekli yeni eşler bulmayı saplantı haline getirmektedirler.

Cinsel bağımlılığın bazı olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Bu sonuçları beş başlık altında incelemek mümkündür.<sup>85</sup>

- Sosyal
- Duygusal
- Fiziksel
- Yasal
- Finansal

**Sosyal Sonuçlar:** Seks bağımlısı bireyler sürekli cinsel içerikli bir takım düşünceler altında bulunurlar. Bu yüzden duygusal ilişkilerden uzaklaşmaktadırlar. Bağımlı bireyler diğer

bireylerden kendilerini cinsel yönden tatmin edilmeyi beklerken karşısındaki bireyler daha çok sosyal anlamda ilişki geliştirmeyi istemektedirler. Bu yüzden hem aile ortamında hem de arkadaş veya iş ortamında yalnızlaşmaktadırlar.

**Duygusal Sonuçlar:** Bağımlı bireylerin düşünceleri hep cinsel içerikli olduğundan düşünceler davranışa dönüşürken cinsel bir davranış sergilemek zorunda kalmaktadırlar. Bu noktadan bakıldığında kişiler bu tür davranışları sonucunda anksiyete veya stres yaşamak durumunda kalmaktadırlar. Bu tür davranışların sonuçları olarak utanma ve depresyon görülmektedir. Bunun sonucunda düşük benlik algısı oluşmaktadır. Yine bu tür bireylerde kendinden nefret etme, umutsuzluk, üzüntü gibi duygular meydana gelmektedir.

**Fiziksel Sonuçlar:** Cinsel bağımlı bireyler sürekli cinsel ilişki yaşamak istemektedirler bu da kişinin farklı türden fiziksel hastalıklara yakalanmasına neden olmaktadır. Birey cinsel ilişki yaşayacağı eşi değiştirmede herhangi bir denetleme mekanizması kurmadığı için sağlıklı cinsel birleşme yaşamaktadır. Bu da AIDS gibi bulaşıcı hastalıklara kapılmayı kolaylaştırmaktadır.

**Yasal Sonuçlar:** Davranışsal bağımlılığın doğası gereği, istek duyulan davranışın kontrol edilmesinde yaşanan güçlülüdür. Cinsel bağımlı bireyler, zaman zaman ahlaki ve hukuki normlara aykırı davranışlar sergilemekten kendilerini alıkoyamazlar. Kamu alanları gibi alanlarda cinsel davranışta bulunabilmekte, bazen taciz ya da tecavüze varan sapkın davranışlar gösterebilmektedirler. Bu tür davranışlar hukuki açıdan yaptırım gerektiren bir takım bağımlı birey davranışlarıdır.<sup>85</sup>

**Finansal Sonuçlar:** Cinsel bağımlı bireyler, davranışlara yönelik istek ve arzularını tatmin etmek için cinsel içerikli yayın organlarına üye olabilmekte, cinsel ilişki için ücret ödeyebilmekte, iş yaşamlarında bazı olumsuzluklar nedeniyle atılabilmekte, iş yaşamındaki üretkenliklerinin etkilenmesiyle gelir kayıpları yaşayabilmektedirler.

Cinsel bağımlılığın etkileri belirli bazı başlıklarla kategorize edilmiş olsa da, birbiriyle iç içe sürmekte ve kişinin yaşamını ortak bir yıkıma sürüklemektedir.

## Cinsel Davranış ve Pornografi Bağımlılığı

- Artmış cinsel uğraşı,
- Aradığını bulamadığında sıkıntı, sinir ve yoksunluk duyguları yaşama,
- Normalde tercih etmeyeceği yer ve durumlarda, normalde tercih etmeyeceği kişilerle seks yapma ihtiyacı,
- Günlük yaşamı aksatır biçimde cinsel içerikli yazılar / görüntüler arama,
- Cinsel veya romantik fantezilerin ilişkilerini bozması,
- Cinsel etkinliği ile ilgili vicdan azabı, utanç ve suçluluk duygusu,
- Aynı heyecan ve rahatlama seviyesini yakalayabilmek için cinsel etkinliklerin çeşidini ve sıklığını arttırma gereksinimi,
- Cinsel davranışların kişisel değerler veya yetiştirilme tarzı ile çelişmesi.

## 2. ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE HEDEFLERİ

### 2.1 Araştırmanın Amaçları

Araştırmanın genel amacı TURBAHAR araştırmasıyla ülkemiz genelinde sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı ve kumar bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, dijital oyun bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı, yeme bağımlılığı, cinsellik - pornografi bağımlılığı riski ile ilgili mevcut durumun değerlendirilmesi, bağımlılıklarla ilişkili olabilen psikolojik risk faktörlerinin incelenmesi, farklı coğrafi bölgelere ait ruh sağlığı profili ve duygu haritalarının oluşturulması, böylelikle kimyasal ve davranışsal bağımlılıkların kontrolü ve önlenmesine yönelik aktivitelerin daha etkili bir şekilde planlanmasını sağlamaktır.

### 2.2. Araştırmanın Hedefleri

TURBAHAR'ın hedefleri şunlardır:

- 18 yaş üzeri ve her iki cinsiyeti temsil eden genel toplumda sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığını belirlemek,
- 18 yaş üzeri ve her iki cinsiyeti temsil eden genel toplumda kumar bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, dijital oyun bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı, yeme bağımlılığı, cinsellik - pornografi bağımlılığı için riskli davranışların yaygınlığını belirlemek,
- Sigara, alkol ve madde kullanımının yaş grubu, yaşanılan bölge, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumuna göre dağılımını ve riskli grupları belirlemek,
- Kumar bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, dijital oyun bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı, yeme bağımlılığı, cinsellik - pornografi bağımlılığı davranışları için yaş grubu, yaşanılan bölge, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumuna göre dağılımı ve riskli grupları belirlemek,

- 18 yaş ve üzeri nüfusta sigara, alkol, madde kullanımı için psikolojik risk faktörlerini ve bu faktörlerin yaygınlığını belirlemek,
- Farklı coğrafi bölgelerde kişisel iyi oluş dağılım haritalarını oluşturmak,
- Farklı coğrafi bölgelerde aleksitimi (duyguları tanıma ve ifade güçlüğü) dağılım haritalarını oluşturmak,
- Farklı coğrafi bölgelerde pozitif ve negatif duyguların dağılım haritalarını oluşturmak
- Farklı coğrafi bölgelerde bağlanma stilleri dağılım haritalarını oluşturmak,
- Farklı coğrafi bölgelerde temel psikiyatrik belirtilerin (depresyon, kaygı, düşmanlık, bedenselleştirme, olumsuz benlik algısı) dağılım haritalarını oluşturmak.

### 2.3. Araştırmanın Gerekçeleri

Kimyasal ve davranışsal bağımlılıkların prevalansı ile ilgili Türkiye’de yapılmış mevcut çalışmalardan elde edilen veriler kısıtlı ve dağınık haldedir. Mevcut halk sağlığı politikalarının etkililiğinin değerlendirilmesi, ileriye yönelik kimyasal ve davranışsal bağımlılıkların önlenmesi ve kontrollü müdahalelerinin geliştirilebilmesi için kimyasal ve davranışsal bağımlılıklar risk faktörlerine yönelik ulusal temsil gücü olan, kapsamlı ve karşılaştırılabilir, güncel verilere ihtiyaç vardır.

Bu bağlamda, Türkiye’deki kimyasal ve davranışsal bağımlılıkların sosyodemografik ve psikolojik risk faktörleri ile ilgili ulusal düzeyde temsil gücü olan, kapsamlı, karşılaştırılabilir ve güncel veriler sağlayabilecek TURBAHAR çalışması planlanmıştır. Bu rapor, araştırma sonuçlarını sunmaktadır.

### 2.4. Etik Onay

Araştırma desen ve içeriğine, Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.06 / 2018 /800 sayı ve 03.09.2018 tarih ile etik açıdan uygunluk onayı verilmiştir.

### 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Türkiye Bağımlılık Riski ve Ruh Sağlığı Haritası Projesi (TURBAHAR) dört kapsamda verilerin elde edilmesini planlamıştır.

1. Sosyodemografik veriler
2. Sigara, alkol ve madde kullanım verileri
3. Kumar bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, dijital oyun bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı, yeme bağımlılığı, cinsellik - pornografi bağımlılığı davranışları verileri
4. Farklı coğrafi bölgeler ait kişisel iyi oluş, aleksitimi (duyguları tanıma ve ifade güçlüğü), pozitif ve negatif duygu, bağlanma stilleri ve temel psikiyatrik belirtilerin (depresyon, kaygı, düşmanlık, bedenselleştirme, olumsuz benlik algısı) dağılım haritası verileri

Veri toplama aşaması 2018 yılının Eylül ayından Aralık ayına kadar süren araştırma, Ek 3'de sunulan anket formu kullanılarak yürütülmüştür.

TURBAHAR, önceden yapılandırılmış bir anket formu ile verilerin toplandığı, kesitsel bir araştırmadır. Veriler, kişilerle görüşülerek elde edilmiştir. Hedef nüfus, İBBS bölgeleri uyarınca rastgele seçilmiş 18 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır.

#### 3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Aşağıdaki kriterleri karşılayanlar çalışmaya dahil edilmiştir:

- 18 yaş ve üzeri Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmak
- Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan etik kurul onayında belirtildiği şekilde, çalışmaya katılmak için yazılı onay vermek.
- Görüşme sırasındaki soruları cevaplamaya engel oluşturacak herhangi bir fiziksel ya da zihinsel engeli olmamak.



### 3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Aşağıdaki kriterlerden en az birisini taşıyan bireyler çalışmaya alınmamışlardır.

- 0-17 yaş arasındaki bireyler
- Kurumsal ikameti olan (ör. otel, motel, hastane, öğrenci yurdu, cezaevi, vb.) kişiler
- Türkiye’de kalıcı olarak ikamet etmeyenler.
- Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmayanlar
- Araştırma sorularını anlamada ve açık, doğru bir şekilde cevaplama güçlüğü yaratacak derecede zihinsel engeli olanlar.

### 3.3. Örneklem

Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası’nın (TURBAHAR) örneklemini Türkiye genelinde 26 İstatistiksel Bölge Birimleri Sınıflandırması ikinci kademe (İBBS-2) bölgesinden alınan verilerden oluşmuştur. Türkiye’deki İstatistiksel Bölge Birimleri Sınıflandırması, TURBAHAR’ın örneklem seçiminde ağırlıklı olarak tabakalı küme örnekleme yaklaşımı ile kullanılmıştır.

Avrupa Birliği genelinde tek bir veri tabanı oluşturmak, bölgesel istatistikleri standartlaştırmak ve bunu yaparken de karşılaştırılabilir bir tablo ortaya çıkarmak için bölgelerin sahip oldukları benzer niteliklere göre oluşturulan İBBS, Türkiye’de de örnek bölge birimi uygulaması olarak kabul edilmiş ve Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) desteği ile Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından 2002 yılında tamamlanmıştır.<sup>86</sup> 2001 yılı içerisinde TÜİK ve DPT tarafından hazırlanan İBBS raporu Bakanlar Kurulu’nun 2002/4720 sayılı Kararı ile 22 Eylül 2002 tarihli Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Üç kademeli bölge sistemi oluşturulurken, 81 il Düzey 3 olarak tanımlanmış, “ekonomik, sosyal ve coğrafi yönden benzerlik gösteren komşu iller ise bölgesel kalkınma planları ve nüfus

büyükükleri de dikkate alınarak” Düzey 2 (26 adet) ve Düzey 1 (12 adet) bölgeleri belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1. Türkiye İstatistiksel Bölge Birimleri Sınıflandırması**

Türkiye İstatistiksel Bölge Birimleri Sınıflandırması				
Kod	Kod	Düzey 1(12 bölge)	Düzey 2 (26 alt bölge)	Düzey 3 (81 il)
TR1	TR10	İstanbul	İstanbul alt bölgesi	İstanbul
TR2	TR21	Batı Marmara	Tekirdağ alt bölgesi	Tekirdağ, Edirne, Kırklareli
	TR22		Balıkesir alt bölgesi	Balıkesir, Çanakkale
TR3	TR31	Ege	İzmir alt bölgesi	İzmir
	TR32		Aydın alt bölgesi	Aydın, Denizli, Muğla
	TR33		Manisa alt bölgesi	Manisa, Afyonkarahisar, Kütahya, Uşak
TR4	TR41	Doğu Marmara	Bursa alt bölgesi	Bursa, Eskişehir, Bilecik
	TR42		Kocaeli alt bölgesi	Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova
TR5	TR51	Batı Anadolu	Ankara alt bölgesi	Ankara
	TR52		Konya alt bölgesi	Konya, Karaman
TR6	TR61	Akdeniz	Antalya alt bölgesi	Antalya, Isparta, Burdur
	TR62		Adana alt bölgesi	Adana, Mersin
	TR63		Hatay alt bölgesi	Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye
TR7	TR71	Orta Anadolu	Kırıkkale alt bölgesi	Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir
	TR72		Kayseri alt bölgesi	Kayseri, Sivas, Yozgat
TR8	TR81	Batı Karadeniz	Zonguldak alt bölgesi	Zonguldak, Karabük, Bartın
	TR82		Kastamonu alt bölgesi	Kastamonu, Çankırı, Sinop
	TR83		Samsun alt bölgesi	Samsun, Tokat, Çorum, Amasya
TR9	TR90	Doğu Karadeniz	Trabzon alt bölgesi	Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane

TRA	TRA1	Kuzeydoğu Anadolu	Erzurum alt bölgesi	Erzurum, Erzincan, Bayburt
	TRA2	Anadolu	Ağrı alt bölgesi	Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan
TRB	TRB1	Ortadoğu Anadolu	Malatya alt bölgesi	Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli
	TRB2	Anadolu	Van alt bölgesi	Van, Muş, Bitlis, Hakkâri
TRC	TRC1	Güneydoğu Anadolu	Gaziantep alt bölgesi	Gaziantep, Adıyaman, Kilis
	TRC2		Şanlıurfa alt bölgesi	Şanlıurfa, Diyarbakır
	TRC3		Mardin alt bölgesi	Mardin, Batman, Şırnak, Siirt

Harita 1, İBBS-1 bölgelerinin ve kapsadığı 81 ilin coğrafi sınırlarını göstermektedir.

### Harita 1: İBBS-1 Bölgelerinin Coğrafi Sınırları



### 3.4. Katılımcıların Seçilmesi

Araştırmadaki katılımcılar okullar, belediye binaları, özel şirketler gibi çeşitli çalışma alanları ve muhtarlık, ortak kamu alanları, kurslar, yardım dernekleri gibi kamu alanlarındaki

bireylerden gönüllülük esasına göre ve kadın erkek eşit sayıda seçilmiştir. Potansiyel katılımcılara araştırmanın tanıtılmasının akabinde araştırma amacının açıklanması ile katılımı bulmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Onsekiz yaş ve üzerinde olan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

Tablo 2, her bir İBBS-2 bölgesinde araştırmaya dahil edilen katılımcı sayısını göstermektedir.

**Tablo 2. İBBS-2 Bölgelerinde Araştırmaya Dahil Edilen Katılımcı Sayıları**

Kod	Kod	Düzy 1 (12 bölge)	Düzy 2 (26 alt bölge)	Katılımcı sayısı
TR1	TR10	İstanbul	İstanbul alt bölgesi	1988
TR2	TR21	Batı Marmara	Tekirdağ alt bölgesi	1398
	TR22		Balıkesir alt bölgesi	1499
TR3	TR31	Ege	İzmir alt bölgesi	1189
	TR32		Aydın alt bölgesi	1200
	TR33		Manisa alt bölgesi	788
TR4	TR41	Doğu Marmara	Bursa alt bölgesi	1198
	TR42		Kocaeli alt bölgesi	1795
TR5	TR51	Batı Anadolu	Ankara alt bölgesi	1398
	TR52		Konya alt bölgesi	200
TR6	TR61	Akdeniz	Antalya alt bölgesi	1397
	TR62		Adana alt bölgesi	998
	TR63		Hatay alt bölgesi	400
TR7	TR71	Orta Anadolu	Kırıkkale alt bölgesi	400
	TR72		Kayseri alt bölgesi	799
TR8	TR81	Batı Karadeniz	Zonguldak alt bölgesi	999
	TR82		Kastamonu alt bölgesi	200
	TR83		Samsun alt bölgesi	1594

<b>TR9</b>	TR90	Doğu Karadeniz	Trabzon alt bölgesi	1798
<b>TRA</b>	TRA1	Kuzeydoğu Anadolu	Erzurum alt bölgesi	400
	TRA2		Ağrı alt bölgesi	200
<b>TRB</b>	TRB1	Ortadoğu Anadolu	Malatya alt bölgesi	800
	TRB2		Van alt bölgesi	200
<b>TRC</b>	TRC1	Güneydoğu Anadolu	Gaziantep alt bölgesi	600
	TRC2		Şanlıurfa alt bölgesi	800
	TRC3		Mardin alt bölgesi	200
<b>TOPLAM</b>				24438

### 3.5. Verilerin Toplanması

TURBAHAR saha çalışmasında Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Lisansüstü öğrencilerinden 125 kişi “saha araştırmacısı” olarak görev almıştır. Her saha araştırmacısı köken ailesinin bulunduğu ya da ulaşabileceği bölgelerde görev almıştır. Saha araştırmacıları 9 alt bölge temsilcisiyle koordinasyon içinde görev alırken, 9 alt bölge temsilcisi de 4 büyük bölge temsilcisiyle koordinasyon kurmuştur. Çalışmanın merkezi koordinasyonunu ise Üsküdar Üniversitesi akademisyenlerinden iki öğretim üyesi yürütmüştür.

Bilgilendirilmiş gönüllü formunun imzalanmasının ardından katılımcılara içerisinde veri toplama araçlarının bulunduğu kitapçık haline getirilmiş anketler teslim edilmiştir. Gönüllüler anketleri araştırmacı gözetiminde bireysel olarak doldurup araştırmacıya teslim etmişlerdir. Ölçeklerle ilgili yönergeler hem sözel olarak hem de yazılı olarak verilmiştir. Uygulama esnasında yardım isteyen gönüllülerin soruları yanıtlanmıştır. Okur yazar olmayan katılımcılara tüm sorular araştırmacı tarafından okunmuştur. Anketlerin doldurulması ortalama 45 dakika almıştır. Uygulamanın uzun sürmesi ve katılımcıların yoğun çalışma ortamlarında cevaplandırmaya zaman ayırmalarından yola çıkarak katılımcılara ölçeklerin doldurulması için

herhangi bir zaman sınırlaması getirilmemiştir. Katılımcılar uygulamanın ardından bilgilendirilmişlerdir ve ileride araştırmaya dair akıllarında oluşabilecek sorular için ulaşabilmeleri amacıyla araştırmacının ad-soyadı, e-posta adresi bilgileri paylaşılmıştır.

Ekipler 10 Eylül 2018 tarihinde saha görevlerine başlamıştır. Verilerin toplanması ve veri girişleri 31 Ekim 2018 tarihinde tamamlanmıştır. Veri toplama sürecinin doğru yürütülmesi ve araştırma için harcanan zamanın azaltılması için veri girişinin yapılabileceği Excel dosyası örneği tüm saha araştırmacılarına hazır olarak verilmiştir. Saha araştırmacıları katılımcılardan elde ettikleri verileri Excel dosyalarına işlemişler ve düzenli olarak Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'ndeki merkezi veri tabanına göndermişlerdir. Saha araştırmacıları tarafından gönderilen veriler sürekli olarak koordinatörler tarafından izlenmiştir. Merkezi veritabanı birleştirilmiş ve verilerin kalitesi tutarlılık, eksik veri, fazla veri, geçersiz veri kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Bu yöntemle analiz süreci için geçerli bir veritabanı elde edilmiştir. Tüm verilerin basılı kopyaları da Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'ndeki merkez ofise iletilmiştir. Yüzyirmibeş farklı noktadan gelen araştırma anket ve ölçek kitapçıkları tasnif edilmiş, verilerin veritabanı ile karşılaştırmasının sağlanmasının ardından kitapçıklar bölgelere göre arşivlenmiştir. Tüm verilerden tek bir veri havuzu oluşturulmuş ve SPSS 21 Programına yüklenmiştir. Eksik ve hatalı verilerin çıkartılmasıyla, farklı değişkenler için 24438 – 24494 aralığındaki sayıda kişinin verileri analize tabii tutulmuştur.

### **3.6. Veri Analizi**

Çalışmanın verileri SPSS - 21 kullanılarak analize tabii tutulmuştur. Araştırmada ölçek uygulanmakla birlikte ölçekten elde edilen veriler IBM SPSS 21.0 "Statistical Package for the Social Sciences" paket programı ile analiz edilmiştir. Analizlerdeki anlamlılık düzeyi  $p \leq .05$  olarak belirlenmiştir. Bu program sayesinde elde edilen veriler alt problemler de dikkate alınarak en uygun analiz tekniklerinden faydalanılarak test edilmiştir. Araştırmanın amaçları da göz önünde bulundurularak ölçekten elde edilen toplam puanların bağımsız değişkenler

dikkate alınarak farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek için parametrik analiz tekniklerinden bağımsız örneklemeler için t-testi ve tek yönlü Varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Elde edilen analizler sonucunda anlamlı farklılık ortaya çıktığında, farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla varyansların homojen olup olmadığı kontrol edilmiştir.

Davranışsal bağımlılıklar, Davranış Yükü Formu'ndan elde edilen bilgilerle birlikte, katılımcıların bağımlılık düzeyleri tespit edilerek gruplar halinde incelenmiştir. Bağımlılık belirtileri olmayan, düşük bağımlılık düzeyinde olan ve yüksek bağımlılık düzeyinde olan katılımcıların oluşturduğu gruplar, demografik değişkenlerle karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma analizleri için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

### **3.7. Saha Araştırma Ekibinin Eğitimi**

Saha araştırma ekibi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde 16 saatlik teorik ve uygulama eğitimi almıştır. Eğitimler araştırmanın koordinatörü olan öğretim üyesi iki psikiyatrist tarafından yüzyüze eğitim şeklinde verilmiştir. Eğitimde kimyasal ve davranışsal bağımlılıklarla ilgili teorik bilgiler, iletişim becerileri, görüşme teknikleri, araştırma prosedürleri hakkında bilgilendirme, uygulanacak anket ve ölçeklerin tanıtımı, saha araştırmasında karşılarına çıkabilecek sorunlar, veri tabanına veri girişi konularına odaklanılmıştır. Eğitim programı sonunda pilot saha çalışmasının sonuçları saha araştırmacıları ile birlikte değerlendirilmiştir.

### **3.8 Veri Toplama Araçları**

Bu araştırmada, istenilen verilerin toplanmasında demografik bilgilere ilişkin soruların olduğu araştırmacı tarafından hazırlanmış Sosyo Demografik Bilgi Formu, Bağımlılık Davranış Yükü Formu, Kısa Semptom Envanteri, Toronto Aleksitimi Ölçekleri kullanılmıştır. Bütün katılımcılar, kendilerine verilen kitapçığın ilk sayfasında yer alan, gönüllülük esasına göre çalışmaya katıldıklarını beyan ettikleri bir onam formu imzalamışlardır. Katılımcıların

imzaladıkları onam formunda çalışmanın kısaca açıklanmış amacına yer verilmiş, ve katılımcıların ölçek ve anketleri cevaplamaları istenmiştir.

### 3.8.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form ile katılımcıların yaş, boy, kilo, eğitim, medeni durum, cinsiyet, çocuk sayısı, hanede yaşayan kişi sayısı, çalışan sayısı, sigara – alkol – madde kullanım durumu, psikiyatri tedavisi başvuru öyküleri sorularını içermektedir. Formda alkol kullanımı; alkol kullanımının hiç olmaması, ayda bir kez kullanım olması, haftada bir kez kullanım olması ve hemen hemen her gün kullanım olması şeklinde dört gruba ayrılmıştır. Sigara kullanım durumu ise hiç kullanmayan, geçmişte kullanıp da en az bir yıldır bırakmış olan, aktif kullanan olarak üç gruba ayrılmıştır. Ayrıca günlük kullanılan sigara miktarı da sorulmuştur. Madde kullanımı bilgisi alınırken kullanmakta olduğu tüm maddeler soruşturularak, hiç kullanmayan, tek tip madde kullanan, çoklu tip madde kullanan olarak madde adıyla birlikte gruplanmıştır.





### 3.8.2. Bağımlılık Davranış Yükü Formu:

Bağımlılık Davranış Yükü Formu, kişilerin sosyal medya, alışveriş, yeme, kumar, dijital oyun, cinsellik ve pornografi bağımlılığında gösterebilecekleri belirtileri taramak için geliştirilmiştir. Bağımlılık bozukluklarında kriter olarak kabul edilebilecek belirtiler arasındaki, hayatın merkezine davranışı koyma, davranışı sergileme sonucu duygusal değişimlerin olması, rahatlamak için davranışa ihtiyaç duyuma, davranışı gerçekleştirmediğinde yoksunluk hissi ve sıkıntı duyma, davranışı giderek artan sıklık ve şiddette sergilemesi, sergilenen davranışa ilişkin kişilerarası ilişkilerde, iş ortamında ya da okulda işlev sorunları yaşaması, davranışı bırakma isteği ya da başarısız bırakma girişimleri olmasına ilişkin değerlendirmeler bu form aracılığıyla yapılmaktadır.



Bu özellikler baz alınarak, sosyal medya, alışveriş, yeme, kumar, dijital oyun, cinsellik ve pornografi bağımlılığının davranış yükü gücünü 11'li Likert tipi (0-10 arası puan) bir değerlendirmeye tabii tutularak ölçülebilmesine imkan tanıyacak bir anket hazırlanmıştır. Bu anket, bu davranışların kişinin hayatına bağımlılık ölçütleri kapsamında ne kadar etki ettiğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Her bir soru, doğrudan davranışın olumsuz bağımlılık ölçütlerini

sormakta, bu ölçütlerden herhangi bir puan alan kişide, kişiye ekstra bir yük getirdiği şeklinde değerlendirilmektedir. Her bir davranışsal bağımlılık için 6 soru yönlendirilmiştir. Her madde için 0 en düşük puan iken, 10 en yüksek puandır. Her bir davranışsal bağımlılık için formdan alınabilecek puanlar 0 ile 60 arasında değişmektedir. Davranışsal bağımlılıklar için risk grupları Yok – Orta Risk – Yüksek Risk olarak belirlenmiştir. Risk gruplarının belirlenirken her bir davranışsal bağımlılık değerlendirmesinde sorgulanan altı belirtiden de 0 puan alanlar “davranışsal bağımlılık yok” grubu olarak ayrılmıştır. 1-60 arasında puan alanlar gruplanarak o davranışsal bağımlılık için Türkiye ortalaması puanı hesaplanmıştır. Bireysel puanı, Türkiye ortalamasının altında olanlar “orta” risk grubu olarak, bireysel puanı Türkiye ortalamasının üzerinde olanlar ise “yüksek” risk grubu olarak belirlenmiştir.

### 3.8.3. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Brief Symptom Inventory) 53 maddelik kendini ölçmeye ait bir envanterdir. Normal örneklerde olduğu gibi, farklı psikiyatrik ve medikal rahatsızlıklarda ortaya çıkabilecek bazı psikolojik uyarıcılar belirlemek amacıyla geliştirilmiş çok boyutlu bir belirti taratma ölçeğidir. KSE yaklaşık 7-10 dakika içinde doldurulan bir hızlı tarama formudur. KSE yirmi altı dile çevrilmiş ve tüm dünyada ruh sağlığı çalışmalarında yaygın biçimde kullanılmaktadır. KSE'nin Türkçe'ye uyarlaması üç farklı çalışma ile Şahin ve Durak tarafından 1994 yılında yapılmıştır.<sup>87</sup> Bu çalışmalar sonunda ölçeğin “anksiyete”, “depresyon”, “olumsuz benlik”, “somatizasyon” ve “hostilite” ismi verilen beş etkenden oluştuğu ifade edilmekte ve geçerlik güvenilirlik bilgilerine ayrıntılı bir şekilde önem gösterilmektedir. Bu beş belirti TURBAHAR çalışmasında da ruh sağlığı tarama parametreleri olarak kullanılmıştır. Bu beş belirti kısaca şu şekilde tanımlanabilir:<sup>88</sup>

**3.8.3.1. Anksiyete (Kaygı):** Kaygı, nedeni açık olmayan korku ya da giderilemeyen sıkıntıdır. Güvensizlikten doğan tedirgin edici duygu, tasa ve kuşku, tehlike duygusunun oluşturduğu korku ve bunaltıdır. Klinikte, kaygıya huzursuzluk, gerginlik, kalp çarpıntısı, nefes alma güçlüğü, uykusuzluğa dönen öfke patlamaları ölüm ya da çıldırma korkuları, yorgunluk, bitkinlik baş dönmesi, uyuşma, ellerin terlemesi, gibi birtakım fiziksel ve psikolojik belirtiler

eşlik etmektedir. Anksiyete alt ölçeği için örnek sorular “hiçbir nedeni olmayan ani korkular”, “konsantrasyonda güçlük”, “kendini gergin ve tedirgin hissetmek”, “dehşet ve panik nöbetleri”, “yerinde duramayacak kadar huzursuz hissetmek” olarak sıralanabilir.

**3.8.3.2. Depresyon:** Depresyon psikolojide çökkünlük olarak kullanılmaktadır. Depresyondaki bireyler kendini kederli, hüznü, umutsuz ya da değersiz hissetmektedir, Enerjilerinin azlığı bireylerin görevlerini yapmada zorluğa yol açmakta, okul ve iş başarısını sekteye uğratmaktadır. Bireyler yeni bir şeyler tasarlama konusunda isteksizdirler. Bazı bireylerin iştahı azalmakta ya da kilo vermekte, bunların aksine bazılarının ise iştahı artmakta ve aşırı uyumaktadırlar. Depresyondaki hastaların üçte ikisi intiharla ilgili düşüncelere sahiptir. Depresyon günümüzde hemen her bireyde oldukça sık görülen, uzun süreli atakları olan, yüksek süregenleşme, depreşme ya da kayma ve tekrarlanma oranları olan, ciddi bedensel ile psikososyal yeti kaybına yol açan oldukça yıkıcı bir rahatsızlıktır. Depresyon alt ölçeği için örnek sorular “yaşamına son verme düşünceleri”, “yalnızlık hissetme”, “hüznü ve kederli hissetme”, “gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları”, “karar vermede güçlükler” olarak sıralanabilir.

**3.8.3.3. Somatizasyon (Bedenselleştirme):** Somatizasyon, temelde bireyin ruhsal ve sosyal alanda yaşadığı sorunlarına ilişkin yardım arama davranışı olarak kişilik özelliklerini, öğrenilmiş davranış kalıplarını, psikiyatrik hastalık ve başa çıkma stilini göstermektedir. Birey patolojik bulgularla desteklenmeyen bedensel rahatsızlıklar ve belirtileri kullanarak etrafıyla iletişim kurma ve tıbbi yardım arama eğilimi göstermektedir.<sup>89</sup> Somatizasyon genel olarak kökeni psikolojik olan sıkıntı ve stres gibi durumların bedende meydana getirdiği bulgular şeklinde tanımlanabilir. Bedensel duyumlara olan dikkatin aşırılığı sonucunda birey, bedensel duyumları yoğun ve rahatsız edici olarak algılayabilmekte ve beden duyumlarına odaklanarak bu duyumları bir hastalığın habercisi olarak nitelendirebilmektedir. Somatizasyon (bedenselleştirme) alt ölçeği için örnek sorular “baygınlık, başdönmesi”, “göğüs ve kalp bölgesinde ağrılar”, “iştahta bozukluklar”, “mide bozukluğu, bulantı”, “bedenin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar” olarak sıralanabilir.<sup>89</sup>

**3.8.3.4. Hostilite (Düşmanlık):** Hostilite, kaynağını kontrol edilemeyen öfke patlamaları, kızgınlık ve saldırganlık duygularından alan zorlanma şeklinde ifade edilmektedir. Hostilite, öfke ve saldırganlık arasında keskin bir ayırım yapmak oldukça güçtür. Öfke uzun bir süre saldırganlığın gözlenebildiği biçimi olarak ifade edilmiştir. Sonrasında incelendiğinde, kaygıdaki gibi duygusal, bilişsel ve fizyolojik boyutlarının olduğu bir duygu olarak belirtilmiştir.<sup>90</sup> Kavram olarak öfkenin duyguyu, saldırganlığın ise daha çok bir davranışı ifade ettiği söylenebilir. Hostiliteyi salt davranışa dönüşmüş saldırganlık olarak düşünmemek gerekir. Zira hostilite daha çok, öfke duygularını da içeren ve diğerlerine doğrudan zarar verme amacını taşıyan saldırgan davranışları da harekete geçirebilen bir kavramdır. Birey özellikle planlanan amacına ulaşamadığı zaman, her ne kadar savunma mekanizmaları ya da baş etme yöntemlerini kullansa da kızgınlık, sıkıntı, alınganlık duyguları hissetmektedir. Hostilite (düşmanlık) alt ölçeği için örnek sorular “içinde sinirlilik ve titreme hali”, “çok kolay kızıp öfkelenme”, “insanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi”, “birisini dövme, zarar verme, yaralama isteği”, “birşeyleri kırıp dökme isteği” olarak sıralanabilir.

**3.8.3.5 Olumsuz Benlik Algısı:** Benlik algısı, kısaca bireyin kendisini değerlendirirken kullandığı tutum olarak tanımlanabilir. Olumlu benlik algısı, sağlıklı kişilik gelişimi için büyük önem taşır. Birey kendini değerlendirirken olumlu bir tutum içindeyse, benlik saygısı yükselmekte; olumsuz bir tutum içindeyse benlik saygısı düşmektedir. Olumsuz benlik algısı bireyin kendisi ile barışık olması önünde engel yaratır ve toplumsal yaşama uyum sorunlarına neden olabilir. Araştırmalar olumsuz benlik algısının depresyon ve kaygı ile karşılıklı ilişki içinde olduğunu göstermektedir. Bireyin kendine dönük olumlu duyguları, yeni bir duruma uyum sağlarken kullanabileceği fiziksel ve psikolojik kaynaklarını güçlendirirken, olumsuz benlik algısı stresli olaylar karşısında kendisini çaresiz ve yetersiz hissetmesi, değersizlik duygusu ile sonuçlanır.<sup>91</sup> Olumsuz Benlik alt ölçeği için örnek sorular “insanlar tarafından sevilmediğine ve kötü davranıldığına inanmak”, “günahları için cezalandırılması gerektiği düşüncesi”, “başarıları için diğerlerinden yeterince takdir alamamak”, “kendini değersiz görmek”, “suçluluk duyguları” olarak sıralanabilir.

### 3.8.4. Kişilerarası İlişkilerde Yaşantılar Ölçeği

Bağlanma, bireylerin hayatları süresince oluşturdukları birden fazla değişik, umumi hissel bağların umumi yansımasıdır.<sup>92</sup> Ainsworth, (1978) bağlanmayı hayatımızdaki umumi kişilere duyulan, kişilerle iletişim hâlinde olunan zamanlarda keyif hissetmemizi sıkıntı duyulan anlarımızda yakın oluşları hâlinde iyi hissetmemize neden olan kuvvetli hissel iletim diye tanımlamıştır.<sup>93</sup> Bağlanma ömür boyu süren insan ilişkileri ve onun doğasıyla ilgili birçok araştırma ve teoriye temel oluşturmuştur. Yaşamın ilk yıllarında anneye ve bebeğe ait özelliklerin karşılıklı etkileşimi, bireyin kendini ve çevre ile ilişkilerini düzenleme biçimini belirleyen zihinsel bir modeli yapılandırmaktadır. Bu deneyimleri bilinçli olarak hatırlamasak da, bunlar nöral altyapımızı oluşturur ve hayatımız boyunca bizi büyük ölçüde etkiler.<sup>93</sup> Erken dönemlerde yaşanan bağlanma deneyimlerinin, beyindeki nöral ağların büyümesini ve birbirine bağlanmasını teşvik eden ve pekiştiren bir dizi biyokimyasal sürecin meydana gelmesini sağladığı belirtilmektedir.<sup>94</sup> Kuramcılara göre çocukların anne babalarına duyduğu bağlılık ve bağlanma biçimi, yetişkin olduklarında başkalarıyla sağlıklı ilişkiler kurma yeteneklerini etkiler.

**3.8.4.1. Güvenli Bağlanma:** Güvenli bağlanma stili pozitif benlik ve pozitif başkaları modelinin bileşimini içermektedir. Diğerlerine genellikle kabul eden ve duyarlı tepki veren kişiler olarak görme beklentisini, değerlilik ve sevilebilirlik duygusunu göstermektedir. Bu manada, güvenli kişiler pozitif benlik algısını ve kendilerini sevmeye değer duygusunu, başkalarının güvenilir, destek veren, ulaşılabilir ve iyi niyetli olduğuna dair pozitif beklentilerle eşleştirir. Bu özellikleriyle güvenli kişiler hem başkalarıyla kolaylıkla yakın temas kurabilir hem de bağımsız kalmayı sağlayabilirler. Diğerleriyle duygusal olarak daha çabuk yakınlaşır; diğerlerine bağlı olmaktan, yalnızlıktan ve diğerlerinin onu reddetmesinden dolayı olumsuz duygulara kapılmazlar. Bu biçime sahip kişiler, kendisinin sevmeye değer olduğunu, başkalarının da genel olarak kabul edici ve destekleyici olarak imajine ederler.<sup>95</sup>

**3.8.4.2. Kayıtsız Bağlanma:** Kayıtsız bağlanma ise kendine değer verme ve başkalarına karşı negatif tutuma sahip olmanın karışımı ile ortaya çıkar. Bu şekilde bağlanan kişiler,

bağımsızlığa aşırı derecede önem verirler ve başkalarına olan gereksinimi ve yakın ilişkilerin gerekliliğini savunmacı bir şekilde karşı koyarlar. Ayrıca, bu kişiler yakın ilişkilerden uzak kalarak, bağımsızlığa ve kırılmama duygularını koruyarak hayal kırıklığına karşı önlem almaktadır.<sup>96</sup> Bartholomew'e göre, kayıtsız kişiler yakınlık duygusundan mahrum kalma uğruna bile bağımsızlık duygusuna ve yüksek öz saygıya sahip olma pahasına kendilerini yakınlık duygusundan mahrum tutarlar.<sup>97</sup>

**3.8.4.3. Saplantılı Bağlanma:** Saplantılı bağlanma stilini negatif benlik modeli ile pozitif başkaları modelinin karması olarak tanımlamaktadır. Başka bireylerin pozitif değerlendirilmesiyle beraber bir değersizlik hissini yaşamaktadır. Saplantılı bağlanma tipi özelliklerini taşıyan kişiler ikili ilişkilerde özsel yeterli olmak, değerli olmak amacıyla yaşarlar. Bu özelliklere ait kişiler kendilikleri için negatif özlük düşüncesini taşırları bunun dışında kendiliklerini değer verilmeyen gibi görme yahut sevilmemesi gereken gibi görme hisleriyle başkasına ait pozitif değerlendirmeyi gösterirler. Bu sebeple, saplantılı bağlanma gösteren bireyler, yakın temas ilişkilerinde kendisini doğrulatma yahut ispatlama çabası gösterebilirler. Bireyler daima ilişkilerinde paranoya eğilimi içindedirler, ilişkileri içinde çok reel gelmeyen beklentileri vardır.<sup>97</sup>

**3.8.4.4. Korkulu Bağlanma:** Korkulu bağlanma tipini negatif özlük kuramıyla negatif diğerleri kuramının bileşimi gibi adlandırmaktadır. Öteki bireylerin güvenilmeyen, reddedebilen kişiler olması duygusuyla kendinin sevilmeyeceğine dair hisleri ve sevilmememe hissini belli etmektedir. Bunun dışında öz değersiz hissetme hisleriyle diğer bireylerin güven vermeyen, reddeden olduğuna dair beklentilerini gösterir. Duygusal ilişki yaşamak isteği olsa da, başkalarıyla yakın ilişki kurmaktan rahatsız olur. Başkalarına güvenemez, bağımlı olmakta sorun yaşayabilir. Başkalarıyla yakın ilişki kurduğunda kırılmaktan kaygı duyar.<sup>94</sup>

Bağlanma dinamiklerinin davranışsal sonuçlarıyla ilgili çok sayıda araştırma olmasına rağmen bağımlılık ile ilişkisini inceleyen araştırmalar görece sınırlıdır. Bu araştırmalarda bağlanma bazen bağımsız bazen de bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Yapılan çalışmalarda ergenler, alkol bağımlısı yetişkinler, bağımlılık tedavisi gören bireyler örneklem olarak

kullanılmıştır. Boylamsal araştırmalar, alkol bağımlılığında güvensiz bağlanmanın gelişimsel yatkınlık faktörü olduğunu göstermektedir. Güvensiz bağlanma ile bağımlılık arasındaki ilişki ekonomik zorluk gibi çeşitli değişkenlerin kontrol edilmesiyle anlamlılığını korumuştur.<sup>94</sup>

Ancak araştırmalarla ilgili en büyük kısıtlılık hangi bağlanma stilinin bağımlılık ile daha tutarlı bir ilişkisinin olduğuna yönelik çıkarım yapmanın güç olmasıdır. Buna rağmen farklı bağımlılık türleri ile kaçınan bağlanma, kaygılı bağlanma, yönelim sorunlu bağlanma, korkulu-kaçınan bağlanma arasındaki ilişkiye işaret eden bulgular bulunmaktadır.

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE), kaygılı ve kaçınan bağlanma özelliklerini ölçen bağlanma ölçeğidir. Yetişkin bağlanma boyutlarını ölçmek için Fraley ve diğerleri tarafından 2000 yılında geliştirilen ölçeğin Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında yapılmıştır.<sup>98</sup> Ölçekte 18’i kaygı, 18’i kaçınma alt boyutlarını ölçen yedili likert tipinde toplam 36 madde vardır. Her bir alt boyuttan alınan puan arttıkça kaçınmacı bağlanma ya da bağlanma kaygısının arttığı söylenmektedir. Kaçınma alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı .90 iken, kaygı alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı .86’dır. Ölçeğin kaçınma ve kaygı boyutlarına ilişkin test-tekrar test güvenilirliği katsayıları ise sırasıyla .81 ve .82 bulunmuştur.

YİYE’de kaygılı bağlanma için örnek maddeler “sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılıyorum”, “romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsedığım kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım”, “sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği duygusuna kapılıyorum”, “çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır” olarak sıralanabilir.

YİYE’de kaçınmacı bağlanma için örnek maddeler “romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim”, “birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissedirim”, “gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim”, olarak sıralanabilir.

### 3.8.5. Kişisel İyi Oluş Envanteri

İyi olma ve iyilik kavramı, psikoloji biliminin ortaya çıktığı ilk dönemden itibaren bireylerin yaşamlarında herhangi bir bozulma olmaması olarak tanımlanan sağlıklı olma hali olarak tanımlanmaktadır. Ancak son yıllarda yapılan kişisel iyi oluş kavramı daha çok çeşitli bozukluk veya sıkıntılardan yoksunluk olarak değil de olumlu özellikleri de içermektedir. Daha önce yapılan sağlıklı olma tanımları, herhangi bir hastalık veya sıkıntı durumundan yoksunluk olarak betimlenirken, bireylerin tam anlamıyla psikolojik iyi oluşunu açıklamaya yetmemektedir. Psikolojik iyi oluş, bireylerin yaşamlarını daha anlamlı kılacak ulaşılabilir hedefler belirleyerek bu hedeflerini gerçekleştirmek ve daha da geliştirmek olarak tanımlanabilir.<sup>99</sup> Psikolojik iyi oluş ile ilgili yapılan başka bir tanımlamada da psikolojik iyi oluşun bireylerin yaşam zorlukları karşısında yaşam ile sağladığı uyum olarak tanımlandığı görülmektedir. Kişisel iyi oluş, psikolojik iyi oluş ve iyilik hali kavramları arasında anlamsal olarak bazı benzerlikler ve bazı farklılıklar bulunmaktadır. Psikolojik iyi oluş kavramı bireylerin kendilerini sosyal, davranışsal ve psikolojik olarak geliştirme olarak tanımlanırken, iyilik hali kavramı bireylerin sosyal, toplumsal ve bireysel olarak tüm alanlarda yaşamlarını fonksiyonel olarak sürdürebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Kişisel iyi oluş ise mutluluk kavramının yerine kullanılmaktadır. Kişisel iyi oluş kavramı ile ilgili olarak çok fazla tanımlama yapılmasına karşın en geçerli tanımın Diener (1984) tarafından yapılan tanım olduğu kabul edilmektedir. Kişisel iyi oluş, Diener'e göre bireylerin yaşamlarında hissettikleri olumlu duyguların fazla olumsuz duyguların ise oldukça az yaşandığı bir yaşam doyumuna sahip olma olarak tanımlanmaktadır.<sup>100</sup> Aynı şekilde bireylerin yaşamlarında meydana gelen olayları değerlendirip bir sonuca ulaştığında vermiş olduğu duygusal tepkilerin tamamı olarak da düşünülebilir.

Kişisel iyi oluşun üç özelliği vardır. Bunlar:

- Kişisel iyi oluş öznedir. Yani bireylerin kendi tecrübelerine dayanmaktadır.



- Kişisel iyi oluş olumlu özellikler içerisinde barındırmaktadır. Diğer bir deyişle kişisel iyi oluş bireylerin zihinsel gelişimini engelleyen olumsuz özelliklerin yoksunluğu olarak değil de olumlu özelliklerin bireyin hayatında yer alması olarak görülmektedir.

- Kişisel iyi oluş bireylerin kendi hayatlarıyla ilgili olarak genel bir değerlendirme yapmasına imkan tanımaktadır.

Bu doğrultuda bireyler, yaşamların genel seyrindeki memnuniyet durumlarını tüm yönleriyle görebilmektedirler.

Kişisel iyi oluş kavramının bilişsel yönünü karşılayan yaşam doyumu, bireylerin hedefledikleri ve ellerinde mevcut olarak bulduklarını karşılaştırarak bir sonuca ulaşması ve ulaştığı sonuçla ilgili olarak kendi bireysel yaşamı hakkında öznel bir değerlendirme yaparak elde ettiği doyum olarak tanımlanmaktadır.<sup>100</sup> Diğer bir deyişle bireylerin beklenti ve gerçeklerini kendi kriterlerine göre değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan doyum olarak belirtilebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin kişisel iyi oluş düzeylerinin belirlenmesi için Kişisel İyi Oluş Envanteri kullanılmıştır. Kişisel İyi Oluş Envanteri, öznel iyi oluş kavramını ve kavramın yapısına göre bireylerin temel yaşam alanlarıyla ilgili memnuniyet düzeylerini ölçmeye çalışan bir ölçektir.<sup>101</sup> Kişisel İyi Oluş Envanteri, öznel iyi oluşu; bireylerin 8 yaşam alanı ile memnuniyet düzeyleri üzerinden ölçmeyi hedefleyen tematik ve 11'i likert tipi (0-10) bir ölçme aracıdır. KİO formunun ölçümlendiği yaşam alanları; yaşam standardı, kişisel sağlık, yaşamda başarı, kişisel ilişkiler, kişisel güvenlik, toplumsal bağ, gelecekte emin olma ve maneviyat olarak sıralanır. Kişisel iyi oluş envanteri, ölçmeyi hedeflediği temel yaşam alanlarına yönelik olarak her bir alandan 1 soru olmak üzere toplamda 8 soru olacak şekilde ölçüm yapmaktadır. Bu doğrultuda ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 80'dir. Ölçekten alınan toplam puan, ölçülen sekiz temel yaşam alanının ortalamasına karşılık gelmekte, puan artışı ise kişisel iyi oluş algısındaki artışa karşılık gelmektedir. Ortaya çıkan puanın ne anlama geldiği ise ölçekten alınan toplam puanın ölçekten alınabilecek en yüksek olan 80'e bölünüp 100 ile çarpılmasıyla hesaplanmaktadır. Elde edilen puanın 0 ile 100 puan arasında olması bireyin genel yaşamındaki homeostatik dengeyi kurduğu ve kişisel iyi oluş düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir.<sup>101</sup>

İç tutarlık katsayısının 0.86 olarak hesaplandığı ölçekte, madde-toplam korelasyonlarının yeterli düzeyde temsil gücüne sahip olduğu ve ölçüt bağıntılı geçerliliğin sağlandığı gözlenmiştir. İlgili sonuçlara göre KİO formunun, Türkiye’de pozitif psikoloji ve yaşam kalitesi çalışmaları kapsamında kişisel iyi oluşu ölçebilecek yeterlikte olduğu söylenebilir. Kişisel iyi oluş envanterinin yetişkinler için olan formu, 2006 yılında Cummins önderliğindeki Uluslararası İyi Oluş Grubu tarafından yetişkin formu olarak hazırlanmıştır.<sup>102</sup>

Örnek ölçek maddeleri olarak “kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?”, “manevi yaşamınızdan (dini, ruhsal yaşantı vs.) ne kadar memnunsunuz?” verilebilir.

### 3.8.6. Toronto Aleksitimi Ölçeği

Yunanca kökenli olan aleksitimi kelimesi “duygular için söz yoksunluğu” anlamına gelmektedir. İlk olarak bu kavram Sifneos (1972) tarafından gündeme gelmiştir. Aleksitimi kavramının Türkçe karşılığı “duygular içinde söz yoksunluğu” olduğunu söylemiştir.<sup>103</sup> Aleksitiminin sadece duyguların söz yitimi değil aynı zamanda sağırılık ve dilsiz olduğunu nitelendirmiştir. Aleksitimi; hislerde somut olamama ve fikir esirliği anlamına gelmektedir. Genellikle hisleri netleştirmede, hissel tetikleyicinin fiziksel duyular yolu ile edinilen izlenimi ayırt etme ve hislerini konuşarak ifade etmekteki zorluk diye açıklanmaktadır. Eskilerde aleksitimi psikosomatik rahatsızlıklara ait kavram gibi psikolojik rahatsızlıklar etrafında ölçülüp biçilen bir terim olmuş, ilerleyen zamanlarda ise araştırılan çalışmalar doğrultusunda psikosomatik rahatsızlığı olan kişilere göre vücudu sıhhatli olan kişilerde de yoğun olduğu gözlemlenmiştir. Sifneos 1972’den günümüze kadar genellikle psikosomatik rahatsızlığı olan kişiler ile ilgili senelerde çokça klinik incelemeler ile uğraşan, hislerin bilinmesi ve konuşarak açıklanması zorluğu sorunlarının bedensel şikayetler doğrultusunda aktarılması hallerini “aleksitimik özellikler” olarak açıklamıştır. Aleksitimik özellikler bedensel olarak sağlıklı olan ve hislerini açıklamakta zorlanan kişilerdeki sorunu belirtmek için kullanılmaktadır.<sup>104</sup> Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü; aleksitimik bireylerin en belirgin özellikleri, duygularını tanıma ve ifade etmedeki güçlükleridir. Bu insanlar özgül bir biçimde duygularını tanıyamaz ve tanımlayamazlar. Duygularını çok kabaca, “rahatlama ve rahatsız olma” gibi basit kelimelerle ifade edebilmekte veya “gevşeme ve gergin olma” gibi bedensel tepkilerle gösterebilmektedirler.

Hayal kurma, düşlem (fantasy)yaşamında kısıtlılık; duygusal sağırlık(duygusal körlük) özelliği gösteren insanların imgelemi de epey düşüktür. Ara sıra da olsa düş kursalar dahi bunu bir zaman kaybı gibi anlarlar. Düşündükleri düşler çoğunlukla gerçeklikle bağdaşan, ihtiras ve tahassürlerin dikkat çekmeyen bir şekilde yer aldığı tekdüze ve anlamsız düşlerdir. Duygusal sağırlığı olan bireylerin hayal dünyaları da zengin, duygu yüklü değildir.

Aleksitiminin oluşmasının; beynin sağ ve sol lobları arasında, bilginin iki yönlü aktarılmasındaki eksiklikle ilişkili olduğu belirtilirken, elde edilen son verilere göre aleksitiminin oluşma nedeni ile ilgili görüşler; beynin sağ ve sol loblarının özelleşmiş bilişsel, şekilsel ve duygusal süreçlerindeki etkinliğin düzenlenmesi ve bütünleşmesinde kapasitenin sınırlılığı ile ilgili olduğu yönündedir.

Aleksitimi ilk elde psikosomatik hastalık bağlamda gösterildiyse de yakın zamanlı çalışmalarda aleksitimik özelliklerin posttravmatik stres bozukluğu, depresyon, sigara bağımlılığı, yeme bozuklukları, panik bozukluğu ve madde kötüye kullanımı gibi psikiyatrik bozukluklarda da gözlenebileceği ortaya çıkmıştır.<sup>105</sup>

Toronto Aleksitimi Ölçeği, 20 Maddeli, 5'li likert tipi cevaplama seçeneğinden oluşan öz bildirim türü bir ölçektir.<sup>106</sup> Ölçeğin, Duygularını Tanımada Güçlük, Duyguları İfade Etmede Güçlük ve Dışa-Dönük Düşünme alt boyutları ve genel toplam puanı hesaplanmaktadır. Bu ölçek için örnek maddeler şu şekilde sıralanabilir: “ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem”, “duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur”, tam olarak tanımlayamadığım duygularım var”, “içimde ne olup bittiğini bilmiyorum”, “çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.”

### 3.8.7. Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği

Duygu, bilişten ve iradeden farklı, “korku, sürpriz, neşe, vb. akut bir deneyimden kaynaklanan ani bir sıkıntı, geçici ajitasyon” ya da zihinsel hissetme ya da etkilenme olarak tanımlanmıştır. Duygu, zihinsel bir durumdur.<sup>107</sup> Duygulanım, duyguların gözlemlenebilir ifadesi olarak tanımlanabilir. Watson ve meslektaşları öznel duygusal deneyimin iki kategoride

incelenmesi gerektiğini ileri sürmektedir: pozitif duygulanım (PD) ve negatif duygulanım (ND). Pozitif duygulanım özelliği baskın olan bireyler daha sık ve yoğun pozitif duygular, negatif duygulanım özelliği baskın olan bireyler ise daha sık ve yoğun negatif duygular yaşarlar.

Pozitif duygulanım, genellikle zevk alma, şefkat ve gurur duyma biçiminde kendini gösteren ve güzel hisler yaratan duygular olarak tanımlanır. Pozitif duygulanımın, kişileri hedefe yönelik davranışlara yönlendiren ve bu davranışlarını pekiştiren bir etkisi vardır. Bu etki bireylerin kendine güvenini güçlendirir ve pozitif, sosyal ortamlarda etkin, özgün ve enerjik bireyler olmalarını sağlar. Negatif duygulanım ise kişilerde kendini gösteren suçluluk, üzüntü, kızgınlık, utanma, kaygı gibi hoş olmayan duygular olarak tanımlanır. Negatif duygulanımın etkili olması, entelektüel zekâyı köreltir ve kişilerde isteksizlik, verimsizlik, odaklanamama, algı bozuklukları gibi problemlere neden olur.<sup>108</sup> Pozitif duygulanımın etkili olması kişilerin “iyi” hissetmesine ve sosyal çevreyle olumlu ilişkiler kurmasına neden olur buna karşılık negatif duygulanımın etkin olması ise bireyin kendini “kötü” hissetmesine ve memnuniyetsizliğe neden olur.

Pozitif duygulanım ve negatif duygulanım, birbirinden büyük ölçüde bağımsız ve farklıdır. İkisinin, temel olarak farklı değişkenlerle ilişkili olduklarını gösteren çalışmalar ile yavaş yavaş ortaya çıkmaktadır. Örneğin, pozitif duygulanım, sosyal aktivite ve kişilerarası tatmin ile ilişkilirken, izolasyon durumu ise negatif duygulanım ile ilişkilidir. Yapılan araştırmalara göre, pozitif duygulanım dışa dönük kişilik ile negatif duygulanım ise nevrotik kişilik ile ilişkilidir. Kişilik özelliği olarak etkin negatif duygulanıma sahip kişilerin daha karamsar olduğu, yaşam tatminlerinin düşük olduğu ve benlik algılarının olumsuz olduğu belirtilmiştir. Bunun aksine kişilik özelliği olarak pozitif duygulanımı etkin olan bireylerin hayattan zevk alan ve yaşam tatminleri yüksek kişiler olduğu ortaya çıkmıştır. Ek olarak, negatif duygulanıma sahip bireylerin olayların olumsuz taraflarını gördüğü, başarısızlık ve yetersizliklere odaklandığı bu yüzden de kendilik algılarının düştüğü ve yaşamdan zevk almadıkları belirtilmiştir.

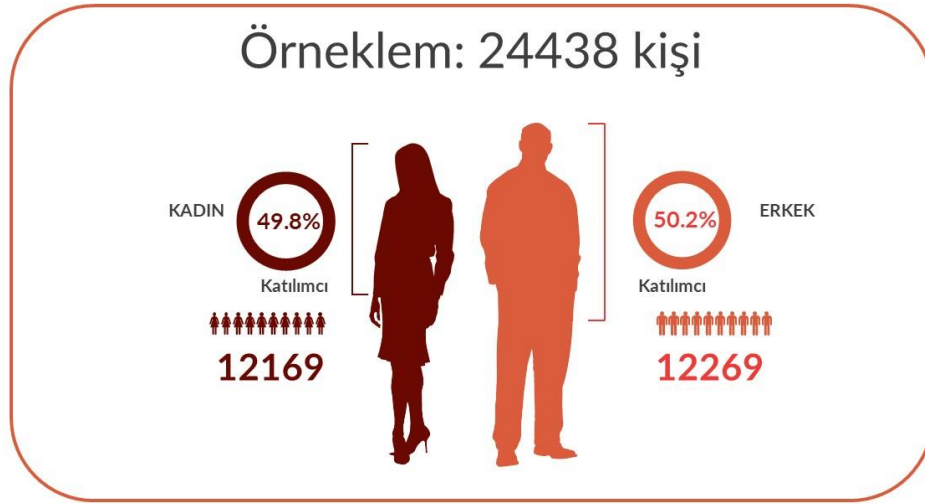
Pozitif ve Negatif Duygulanım Ölçeği Watson, Clark ve Tellegen tarafından geliştirilmiştir.<sup>109</sup> Ölçek, 10 pozitif, 10 negatif üzere 20 alt ölçekten oluşur. Pozitif ölçekler

pozitif duygu maddeleri, negatif ölçekler ise negatif duygu maddeleridir. Maddeler 1 ile 10 arasında 1 hiç 10 çok fazla olarak puanlanır. Pozitif ve Negatif alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 50'dir.

Pozitif duygu; heyecanlı, güçlü, hevesli, gururlu, uyanık, ilhamlı, kararlı, aktif, ilgili ve dikkatli olmak üzere toplam 10 maddede bir boyutu, negatif duygu ise; sıkıntılı, mutsuz, suçlu, ürkmüş, düşmanca, asabi, utanmış, sinirli, tedirgin ve korkmuş olmak üzere 10 maddede diğer bir boyutu oluşturmaktadır.<sup>109</sup>

## 4. ARAŞTIRMA BULGULARI

### 4.1. Sosyodemografik Bulgular



Tablo 3. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Cinsiyetlerinin Dağılımı

Yaş Grubu		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
18-23	Sayı	2941	3472	6413
	Yüzde	12.0 %	14.2 %	
24-29	Sayı	3306	3223	6529
	Yüzde	13.5 %	13.2 %	
30-38	Sayı	2871	2599	5526
	Yüzde	11.7 %	10.6 %	
>38	Sayı	3151	2875	6026
	Yüzde	12.9 %	11.8 %	
Toplam	Sayı	12269	12169	24438
	Yüzde	50.2 %	49.8 %	

Araştırmaya dahil olan katılımcılar literatürle uyumlu biçimde dört yaş grubuna bölünmüştür. Bu gruplar 18-23 yaş arası (early emerging young adult – erken beliren genç erişkin), 24-29 yaş arası (late emerging young adult – geç beliren genç erişkin), 30-38 yaş arası (young adult- genç erişkin) ve 38 yaş üstü (adult – erişkin) orta yaş olarak sınıflanmıştır. Katılımcıların yaş aralığı 18-81 arasında değişmektedir. Yaş ortalaması tüm grup için  $32.3 \pm 11.06$  yıl, kadınlar için  $31.22 \pm 10.7$  yıl ve erkekler için  $33.13 \pm 12.7$  yıl olarak saptanmıştır.

**Tablo 4. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Yaş Grubu Dağılımları**

İBBS-2 Bölgesi		18-23	24-29	30-38	>38	Toplam
<b>İstanbul</b>	Sayı	494	706	451	337	1988
	Yüzde	2.0 %	2.9 %	1.8 %	1.4 %	
<b>Tekirdağ, Edirne, Kırklareli</b>	Sayı	206	310	360	522	1398
	Yüzde	0.8 %	1.3 %	1.5 %	2.1 %	
<b>Balıkesir, Çanakkale</b>	Sayı	410	373	258	458	1499
	Yüzde	1.7 %	1.5 %	1.1 %	1.9 %	
<b>İzmir</b>	Sayı	215	346	322	306	1189
	Yüzde	0.9 %	1.4 %	1.3 %	1.3 %	
<b>Aydın, Denizli, Muğla</b>	Sayı	376	392	224	208	1200
	Yüzde	1.5 %	1.6 %	0.9 %	0.9 %	
<b>Manisa, Afyon, Kütahya, Uşak</b>	Sayı	178	217	199	194	788
	Yüzde	0.7 %	0.9 %	0.8 %	0.8 %	
<b>Bursa, Eskişehir, Bilecik</b>	Sayı	368	315	228	287	1198
	Yüzde	1.5 %	1.3 %	0.9 %	1.2 %	
<b>Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu</b>	Sayı	541	479	366	409	1795
	Yüzde	2.2 %	2.0 %	1.5 %	1.7 %	
<b>Ankara</b>	Sayı	368	360	355	315	1398
	Yüzde	1.5 %	1.5 %	1.5 %	1.3 %	

<b>Konya, Karaman</b>	Sayı	53	68	42	37	200
	Yüzde	0.2 %	0.3 %	0.2 %	0.2 %	
<b>Antalya, Isparta, Burdur</b>	Sayı	263	361	338	435	1397
	Yüzde	1.1 %	1.5 %	1.4 %	1.8 %	
<b>Adana, Mersin</b>	Sayı	234	242	235	287	998
	Yüzde	1.0 %	1.0 %	1.0 %	1.2 %	
<b>Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye</b>	Sayı	99	100	101	100	400
	Yüzde	0.4 %	0.4 %	0.4 %	0.4 %	
<b>Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir</b>	Sayı	103	93	93	111	400
	Yüzde	0.4 %	0.4 %	0.4 %	0.5 %	
<b>Kayseri, Sivas, Yozgat</b>	Sayı	238	170	173	218	799
	Yüzde	1.0 %	0.7 %	0.7 %	0.9 %	
<b>Zonguldak, Karabük, Bartın</b>	Sayı	378	204	174	243	999
	Yüzde	1.5 %	0.8 %	0.7 %	1.0 %	
<b>Kastamonu, Çankırı, Sinop</b>	Sayı	29	37	64	70	200
	Yüzde	0.1 %	0.2 %	0.3 %	0.3 %	
<b>Samsun, Tokat, Çorum, Amasya</b>	Sayı	420	329	384	461	1594
	Yüzde	1.7 %	1.3 %	1.6 %	1.9 %	
<b>Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane</b>	Sayı	431	522	422	423	1798
	Yüzde	1.8 %	2.1 %	1.7 %	1.7 %	
<b>Erzurum, Erzincan, Bayburt</b>	Sayı	163	88	75	74	400
	Yüzde	0.7 %	0.4 %	0.3 %	0.3 %	
<b>Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan</b>	Sayı	55	54	49	42	200
	Yüzde					



	Yüzde	0.2 %	0.2 %	0.2 %	0.2 %	
<b>Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli</b>	Sayı	224	212	167	197	800
	Yüzde	0.9 %	0.9 %	0.7 %	0.8 %	
<b>Van, Muş, Bitlis, Hakkari</b>	Sayı	32	88	35	45	200
	Yüzde	0.1 %	0.4 %	0.1 %	0.2 %	
<b>Gaziantep, Adıyaman, Kilis</b>	Sayı	186	186	147	81	600
	Yüzde	0.8 %	0.8 %	0.6 %	0.3 %	
<b>Şanlıurfa, Diyarbakır</b>	Sayı	265	227	164	144	800
	Yüzde	1.1 %	0.9 %	0.7 %	0.6 %	
<b>Mardin, Batman, Şırnak, Siirt</b>	Sayı	84	50	44	22	200
	Yüzde	0.3 %	0.2 %	0.2 %	0.1 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	6413	6529	5450	6026	24438
	Yüzde	26.2 %	26.7 %	22.4 %	24.7 %	

26 İBBS-2 bölgesine göre katılımcıların yaş grupları incelendiğinde, farklı bölgeler arasında yaş dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemiştir. Ülke genelinde katılımcıların 6427'si (%26.2) 18-23 yaş arası (early emerging young adult – erken beliren genç erişkin), 6543'ü (%26.7) 24-29 yaş arası (late emerging young adult – geç beliren genç erişkin), 5484'ü (22.4%) 30-38 yaş arası (young adult- genç erişkin) ve 6040'ı (24.7%) 38 yaş üstü (adult – erişkin) orta yaş olarak sınıflanmıştır.

**Tablo 5. Katılımcıların Cinsiyet ve Yaş Göre Medeni Durumlarının Dağılımı**

Cinsiyet	Yaş Grubu	Medeni Durum			Toplam	
		Evli	Bekar	Ayrılmış		
Erkek	18-23	Sayı	48	2878	12	2938
		Yüzde	0.4 %	23.5 %	0.1 %	
	24-29	Sayı	687	2593	26	3306
		Yüzde	5.6 %	21.1 %	0.2 %	
	30-38	Sayı	1865	931	72	2868
		Yüzde	29.1 %	14.3 %	0.3 %	

		Yüzde	15.2 %	7.6 %	0.6 %	
	>38	Sayı	2713	266	170	3149
		Yüzde	22.1 %	2.2 %	1.4 %	
	Toplam	Sayı	5313	6668	280	12261
		Yüzde	43.3 %	54.4 %	2.3 %	
<b>Kadın</b>	18-23	Sayı	154	3305	11	3470
		Yüzde	1.3 %	27.2 %	0.1 %	
	24-29	Sayı	990	2181	48	3219
		Yüzde	8.1 %	17.9 %	0.4 %	
	30-38	Sayı	1801	614	183	2598
		Yüzde	14.8 %	5.0 %	1.5 %	
	>38	Sayı	2277	250	348	2875
		Yüzde	18.7 %	2.1 %	2.9 %	
	Toplam	Sayı	5222	6350	590	12162
		Yüzde	42.9 %	52.2 %	4.9 %	
<b>Toplam</b>	18-23	Sayı	202	6183	23	6408
		Yüzde	0.8 %	25.3 %	0.1 %	
	24-29	Sayı	1677	4774	74	6525
		Yüzde	6.9 %	19.5 %	0.3 %	
	30-38	Sayı	3666	1545	255	5466
		Yüzde	15.0 %	6.3 %	1.0 %	
	>38	Sayı	4990	516	518	6024
		Yüzde	20.4 %	2.1 %	2.1 %	
	Toplam	Sayı	10535	13018	870	24423
		Yüzde	43.1 %	53.3 %	3.6 %	

Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde, evli, bekar ve ayrılmış bireylerin oranı erkeklerde sırasıyla %43.3, %54.4, %2.3; kadınlarda ise sırasıyla %42.9, %52.2, % 4.9 olarak bulunmuştur. Oranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde, 18-23 yaş arasında evli oranların oranı erkeklerde %0.4, kadınlarda ise %1.3 olarak farklılık göstermektedir.

**Tablo 6. Katılımcıların Cinsiyet ve Yaşa Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı**

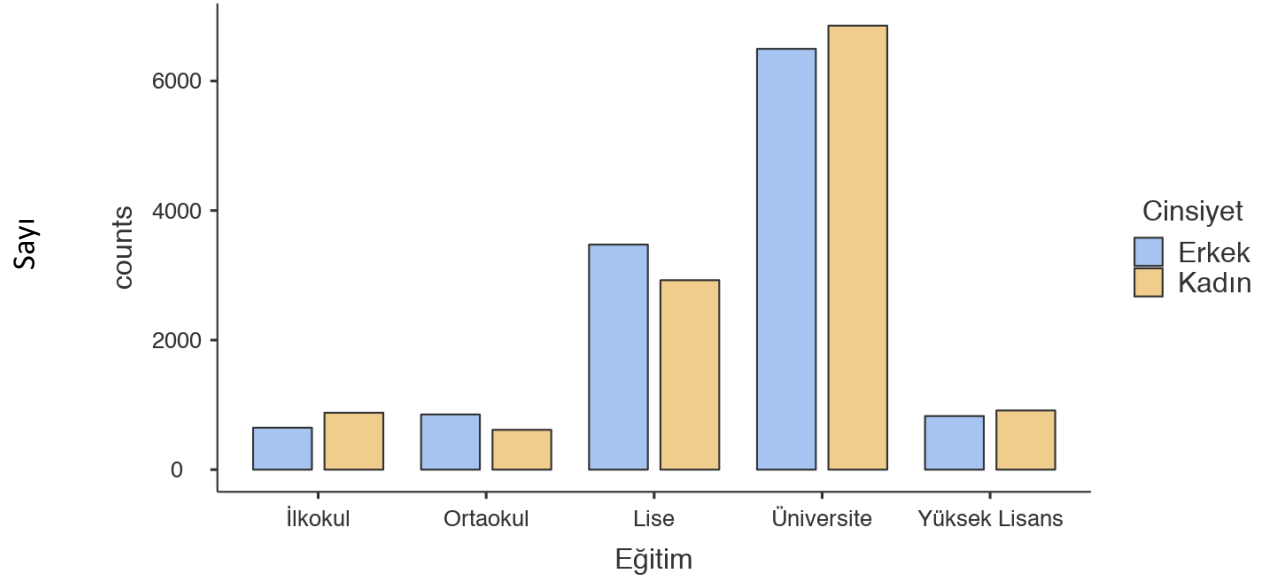
Cinsiyet	Yaş Grubu		Eğitim Durumu					Toplam
			İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Lisansüstü	
Erkek	18-23	Sayı	78	168	1017	1646	30	2939
		Yüzde	0.6 %	1.4 %	8.3 %	13.4 %	0.2 %	

	24-29	Sayı	78	164	635	2137	291	305
		Yüzde	0.6 %	1.3 %	5.2 %	17.4 %	2.4 %	
	30-38	Sayı	138	189	812	1431	301	871
		Yüzde	1.1 %	1.5 %	6.6 %	11.7 %	2.5 %	
	>38	Sayı	352	327	997	1273	201	3150
		Yüzde	2.9 %	2.7 %	8.1 %	10.4 %	1.6 %	
	Toplam	Sayı	646	848	3461	6487	823	12265
		Yüzde	5.3 %	6.9 %	28.2 %	52.9 %	6.7 %	
<b>Kadın</b>	18-23	Sayı	96	122	1010	2184	57	3469
		Yüzde	0.8 %	1.0 %	8.3 %	18.0 %	0.5 %	
	24-29	Sayı	33	90	389	2292	419	3223
		Yüzde	0.3 %	0.7 %	3.2 %	18.8 %	3.4 %	
	30-38	Sayı	178	141	630	1353	295	2597
		Yüzde	1.5 %	1.2 %	5.2 %	11.1 %	2.4 %	
	>38	Sayı	568	261	889	1015	141	2874
		Yüzde	4.7 %	2.1 %	7.3 %	8.3 %	1.2 %	
	Toplam	Sayı	875	614	2918	6844	912	12163
		Yüzde	7.2 %	5.0 %	24.0 %	56.3 %	7.5 %	
<b>Toplam</b>	18-23	Sayı	174	290	2027	3830	87	6408
		Yüzde	0.7 %	1.2 %	8.3 %	15.7 %	0.4 %	
	24-29	Sayı	111	254	1024	4429	710	6528
		Yüzde	0.5 %	1.0 %	4.2 %	18.1 %	2.9 %	
	30-38	Sayı	316	330	1442	2784	596	5468
		Yüzde	1.3 %	1.4 %	5.9 %	11.4 %	2.4 %	
	>38	Sayı	920	588	1886	2288	342	6024
		Yüzde	3.8 %	2.4 %	7.7 %	9.4 %	1.4 %	
	Toplam	Sayı	1521	1462	6379	13331	1735	24428
		Yüzde	6.2 %	6.0 %	26.1 %	54.6 %	7.1 %	

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, %6.2'sinin ilkokul ve altı, %6'sının ortaokul, %26.1'inin lise, %54.6'sının üniversite ve %7.1'inin lisansüstü eğitim düzeyine sahip

oldukları izlenmiştir. Tüm eğitim düzeyleri için kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir.

**Grafik 1. Katılımcıların Eğitim Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılım Grafiği**



Katılımcıların eğitim durumlarının cinsiyete göre dağılımı Grafik 1’de gösterilmiştir. İlkokul, üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyleri kadınlarda, ortaokul ve lise eğitim düzeyi ise erkeklerde hafifçe daha yüksektir. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 7. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Çocuk Sayılarının Dağılımı**

İBBS-2 Bölgesi		Çocuk Sayısı						Toplam
		0	1	2	3	4	>4	
İstanbul	Sayı	1439	220	250	67	11	8	1995
	Yüzde	5.9 %	0.9 %	1.0 %	0.3 %	.0 %	0.0 %	
Tekirdağ, Edirne, Kırklareli	Sayı	680	302	326	63	0	9	1400
	Yüzde	2.8 %	1.2 %	1.3 %	0.3 %	.1 %	0.0 %	
Balıkesir, Çanakkale	Sayı	893	238	275	75	4	5	1500

	Yüzde	3.6 %	1.0 %	1.1 %	0.3 %	.1 %	0.0 %	
<b>İzmir</b>	Sayı	718	254	197	25	4	2	1200
	Yüzde	2.9 %	1.0 %	0.8 %	0.1 %	.0 %	0.0 %	
<b>Aydın, Denizli, Muğla</b>	Sayı	868	130	150	34	9	9	1200
	Yüzde	3.5 %	0.5 %	0.6 %	0.1 %	0.0 %	0.0 %	
<b>Manisa, Afyon, Kütahya, Uşak</b>	Sayı	420	128	174	51	9	8	790
	Yüzde	1.7 %	0.5 %	0.7 %	0.2 %	0.1 %	0.0 %	
<b>Bursa, Bilecik, Eskişehir</b>	Sayı	776	180	198	36	6	4	1200
	Yüzde	3.2 %	0.7 %	0.8 %	0.1 %	0.0 %	0.0 %	
<b>Kocaeli, Bolu, Sakarya, Düzce</b>	Sayı	1149	214	302	101	28	4	1798
	Yüzde	4.7 %	0.9 %	1.2 %	0.4 %	0.1 %	0.0 %	
<b>Ankara</b>	Sayı	847	186	247	92	20	8	1400
	Yüzde	3.5 %	0.8 %	1.0 %	0.4 %	0.1 %	0.0 %	
<b>Konya, Karaman</b>	Sayı	124	18	37	16	2	3	200
	Yüzde	0.5 %	0.1 %	0.2 %	0.1 %	0.0 %	0.0 %	
<b>Antalya, Isparta, Burdur</b>	Sayı	669	234	347	119	22	9	1400
	Yüzde	2.7 %	1.0 %	1.4 %	0.5 %	0.1 %	0.0 %	
<b>Adana, Mersin</b>	Sayı	588	151	182	58	16	5	1000
	Yüzde	2.4 %	0.6 %	0.7 %	0.2 %	0.1 %	0.0 %	
<b>Hatay, K.Maraş Osmaniye</b>	Sayı	234	85	60	17	2	1	399
	Yüzde	1.0 %	0.3 %	0.2 %	0.1 %	0.0 %	0.0 %	
<b>Kırıkkale, Niğde, Aksaray, Nevşehir, Kırşehir</b>	Sayı	218	41	96	40	4	1	400
	Yüzde	0.9%	0.2%	0.4%	0.2%	0.0	0.0 %	
<b>Kayseri, Sivas, Yozgat</b>	Sayı	459	99	164	60	14	4	800
	Yüzde	1.9 %	0.4 %	0.7 %	0.2 %	0.1 %	0.0 %	
<b>Zonguldak, Karabük, Bartın</b>	Sayı	666	99	161	55	15	4	1000
	Yüzde	2.7 %	0.4 %	0.7 %	0.2 %	0.1 %	0.0 %	
<b>Kastamonu, Çankırı, Sinop</b>	Sayı	80	45	67	8	0	0	200

	Yüzde	0.3 %	0.2 %	0.3 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	
<b>Samsun, Tokat, Çorum,Amasya</b>	Sayı	889	222	351	119	16	3	1600
	Yüzde	3.6 %	0.9 %	1.4 %	0.5 %	0.1 %	0.0 %	
<b>Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane</b>	Sayı	1071	255	340	105	18	11	1800
	Yüzde	4.4 %	1.0 %	1.4 %	0.4 %	0.1 %	0.0 %	
<b>Erzurum, Erzincan, Bayburt</b>	Sayı	297	26	36	31	6	4	400
	Yüzde	1.2 %	0.1 %	0.1 %	0.1 %	0.0 %	0.0 %	
<b>Ağrı, Kars, İğdır, Ardahan</b>	Sayı	127	23	14	24	6	6	200
	Yüzde	0.5 %	0.1 %	0.1 %	0.1 %	0.0 %	0.0 %	
<b>Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli</b>	Sayı	498	78	136	68	12	8	800
	Yüzde	2.0 %	0.3 %	0.6 %	0.3 %	0.0 %	0.0 %	
<b>Van, Muş, Bitlis, Hakkari</b>	Sayı	102	32	26	15	11	14	200
	Yüzde	0.4 %	0.1 %	0.1 %	0.1 %	0.0 %	0.1%	
<b>Gaziantep, Adıyaman, Kilis</b>	Sayı	397	60	78	49	13	3	600
	Yüzde	1.6 %	0.2 %	0.3 %	0.2 %	0.1 %	0.0 %	
<b>Şanlıurfa, Diyarbakır</b>	Sayı	512	82	103	65	19	18	799
	Yüzde	2.1 %	0.3 %	0.4 %	0.3 %	0.1 %	0.1 %	
<b>Mardin, Batman, Şırnak, Siirt</b>	Sayı	145	11	25	6	9	4	200
	Yüzde	0.6 %	0.0 %	0.1 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	14866	3413	4342	1399	316	155	24491
	Yüzde	60.7 %	13.9%	17.7 %	5.7 %	1.3 %	0.6 %	

Katılımcıların İBBS-2 bölgelerine göre çocuk sayısı dağılımı Tablo 7’de verilmiştir. Buna göre katılımcıların %13.9’unun bir çocuğu, % 7.6’sının ise 3 ve üstü sayıda çocuğu bulunmaktadır. 5 ve üstü sayıda çocuğu olduğunu ifade eden 155 kişi, örneklemin %0.6’sını oluşturmaktadır.

## 4.2. Kimyasal Bağımlılıklar ile İlişkili Sonuçlar

### 4.2.1.Sigara Kullanımı ile İlişkili Sonuçlar

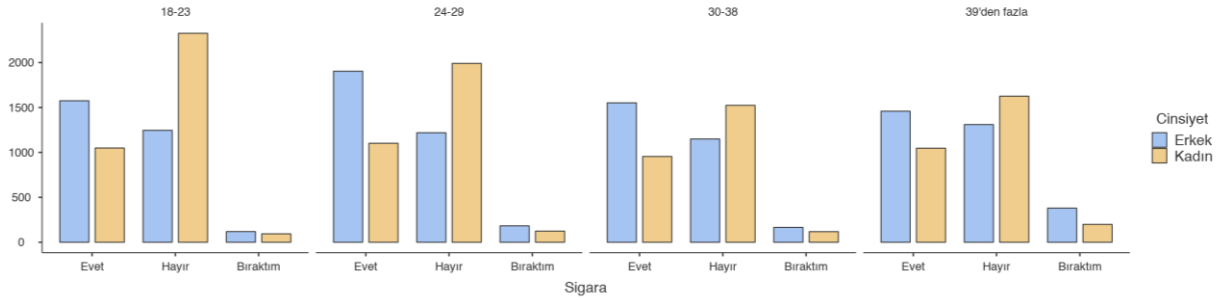
**Tablo 8. Katılımcıların Yaş ve Cinsiyete Göre Sigara İçme Durumlarının Dağılımı**

Cinsiyet	Yaş Grubu		Sigara İçme Durumu			Toplam
			Evet	Hayır	Bırakmış	
Erkek	18-23	Sayı	1575	1246	119	2940
		Yüzde	53.6 %	42.4 %	4.0 %	
	24-29	Sayı	1904	1219	183	3306
		Yüzde	57.6 %	36.9 %	5.5 %	
	30-38	Sayı	1552	1150	166	2868
		Yüzde	54.1 %	40.1 %	5.8 %	
	>38	Sayı	1459	1310	380	3149
		Yüzde	46.3 %	41.6 %	12.1 %	
	Toplam	Sayı	6490	4925	848	12263
		Yüzde	52.9 %	40.2 %	6.9 %	
Kadın	18-23	Sayı	1049	2326	94	3469
		Yüzde	30.2 %	67.1 %	2.7 %	
	24-29	Sayı	1102	1991	124	3217
		Yüzde	34.3 %	61.9 %	3.9 %	
	30-38	Sayı	955	1524	118	2597
		Yüzde	36.8 %	58.7 %	4.5 %	
	>38	Sayı	1047	1626	199	2872
		Yüzde	36.5 %	56.6 %	6.9 %	
	Total	Sayı	4153	7467	535	12155

		Yüzde	34.2 %	61.4 %	4.4 %	
<b>Toplam</b>	18-23	Sayı	2624	3572	213	6409
		Yüzde	40.9 %	55.7 %	3.3 %	
	24-29	Sayı	3006	3210	307	6523
		Yüzde	46.1 %	49.2 %	4.7 %	
	30-38	Sayı	2507	2674	284	5465
		Yüzde	45.9 %	48.9 %	5.2 %	
	>38	Sayı	2506	2936	579	6021
		Yüzde	41.6 %	48.8 %	9.6 %	
	Toplam	Sayı	10643	12392	1383	24418
		Yüzde	43.6 %	50.7 %	5.7 %	

Katılımcılar sigara içicilik durumlarına göre aktif içiciler, sigara içmeyenler, bir dönem sigara içmişken en az son 1 yıldır içmemekte olan “bırakmışlar” olarak sınıflanmıştır. Aktif içicilik kadın katılımcılarda %34.2, erkek katılımcılarda ise %52.9 olarak saptanmıştır. Toplam katılımcılar içinde bırakmış olanların oranı kadınlarda %4.4 ve erkeklerde %6.9 olarak saptanmış olsa da sigara içmeyen grup dışlanarak oranlar hesaplandığında sigara içerken bırakabilenlerin oranı her iki cinsiyette de %11.4 olarak bulunmuştur. Erkeklerde sigara içme yaygınlığının daha fazla olmasına rağmen, sigarayı bırakabilmenin her iki cinsiyette eşit olması, bağımlılık gelişiminde ve bağımlılıktan kurtulabilmede farklı etmenlerin etkili olduğunu düşündürmektedir.



**Grafik 2. Katılımcıların Yaş ve Cinsiyete Göre Sigara İçme Durumlarının Dağılım Grafiği**

Katılımcıların sigara içme durumlarının yaşlara göre dağılımı incelendiğinde, sigara içiciliği 18-23 yaş grubunda %40.9, 24-29 yaş grubunda %46.1, 30-38 yaş grubunda %45.9 ve 38 yaş üzeri grupta %41.6 olduğu saptanmıştır. En yüksek sigara içme oranı %57.6 ile 24-29 yaş grubu erkeklerde izlenmiştir.

**Tablo 9. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Sigara İçme Durumlarının Dağılımı**

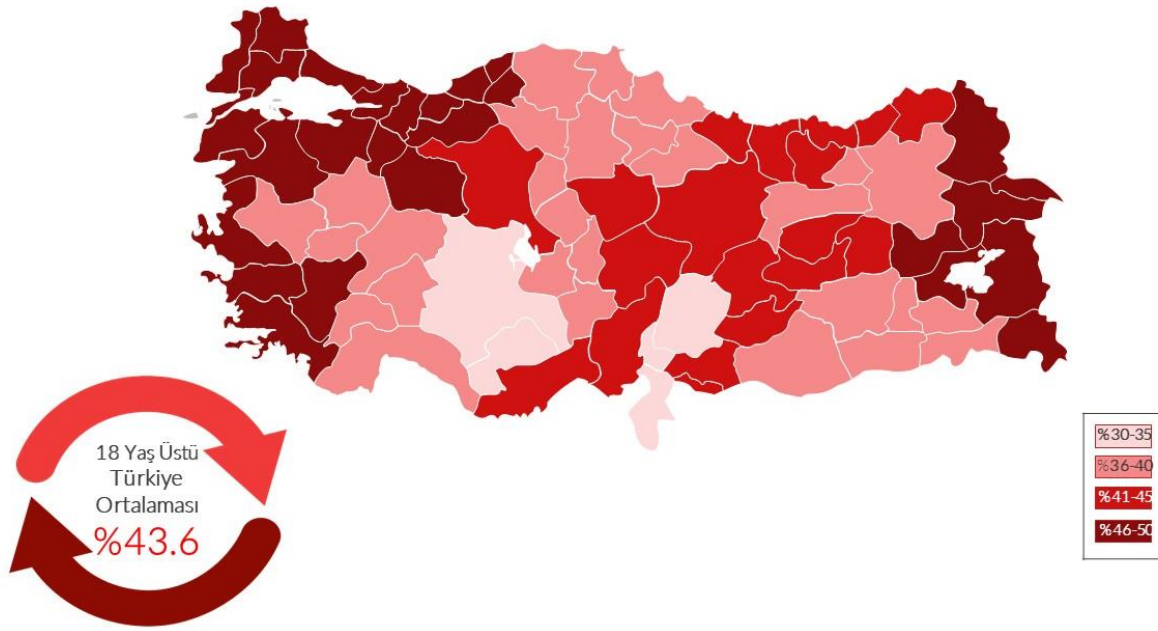
		Sigara Kullanımı			
İBBS-2 Bölgesi		Evet	Hayır	Bırakmış	Toplam
İstanbul	Sayı	950	921	123	1994
	Yüzde	47.6 %	46.2 %	6.2 %	
Tekirdağ, Edirne, Kırklareli	Sayı	642	683	74	1399
	Yüzde	45.9 %	48.8 %	5.3 %	
Balıkesir, Çanakkale	Sayı	723	664	112	1499
	Yüzde	48.2 %	44.3 %	7.5 %	
İzmir	Sayı	551	568	79	1198
	Yüzde	46.0 %	47.4 %	6.6 %	
Aydın, Denizli, Muğla	Sayı	584	551	60	1195
	Yüzde	48.9 %	46.1 %	5.0 %	
Manisa, Afyon, Kütahya, Uşak	Sayı	303	456	38	797
	Yüzde	38.0 %	57.2 %	4.8 %	

<b>Bursa, Eskişehir, Bilecik</b>	Sayı	547	588	65	1200
	Yüzde	45.6 %	49.0 %	5.4 %	
<b>Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu</b>	Sayı	844	864	90	1798
	Yüzde	46.9 %	48.1 %	5.0 %	
<b>Ankara</b>	Sayı	596	722	82	1400
	Yüzde	42.6 %	51.6 %	5.9 %	
<b>Konya, Karaman</b>	Sayı	65	127	8	200
	Yüzde	32.5 %	63.5 %	4.0 %	
<b>Antalya, Isparta, Burdur</b>	Sayı	501	807	91	1399
	Yüzde	35.8 %	57.7 %	6.5 %	
<b>Adana, Mersin</b>	Sayı	430	508	62	1000
	Yüzde	43.0 %	50.8 %	6.2 %	
<b>Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye</b>	Sayı	125	228	46	399
	Yüzde	31.3 %	57.1 %	11.5 %	
<b>Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir</b>	Sayı	152	232	16	400
	Yüzde	38.0 %	58.0 %	4.0 %	
<b>Kayseri, Sivas, Yozgat</b>	Sayı	359	405	35	799
	Yüzde	44.9 %	50.7 %	4.4 %	
<b>Zonguldak, Karabük, Bartın</b>	Sayı	513	446	41	1000
	Yüzde	51.3 %	44.6 %	4.1 %	
<b>Kastamonu, Çankırı, Sinop</b>	Sayı	71	122	7	200
	Yüzde	35.5 %	61.0 %	3.5 %	
<b>Samsun, Tokat, Çorum, Amasya</b>	Sayı	638	866	96	1600
	Yüzde	39.9 %	54.1 %	6.0 %	
<b>Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane</b>	Sayı	736	962	100	1798
	Yüzde	40.9 %	53.5 %	5.6 %	

<b>Erzurum, Erzincan, Bayburt</b>	Sayı	153	228	19	400
	Yüzde	38.3 %	57.0 %	4.8 %	
<b>Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan</b>	Sayı	106	89	5	200
	Yüzde	53.0 %	44.5 %	2.5 %	
<b>Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli</b>	Sayı	335	409	56	800
	Yüzde	41.9 %	51.1 %	7.0 %	
<b>Van, Muş, Bitlis, Hakkari</b>	Sayı	114	80	6	200
	Yüzde	60.0 %	37.0 %	3.0 %	
<b>Gaziantep, Adıyaman, Kilis</b>	Sayı	258	314	28	600
	Yüzde	43.0 %	52.3 %	4.7 %	
<b>Şanlıurfa, Diyarbakır</b>	Sayı	295	465	37	797
	Yüzde	37.0 %	58.3 %	4.6 %	
<b>Mardin, Batman, Şırnak, Siirt</b>	Sayı	75	115	10	200
	Yüzde	37.5 %	57.5 %	5.0 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	10672	12414	1386	24472
	Yüzde	43.6 %	50.7 %	5.7 %	

İBBS-2 bölgelerine göre çalışmada yer alan katılımcıların sigara içme durumu dağılımı incelendiğinde, en yüksek sigara içme oranları % 57 ile Van – Muş – Bitlis - Hakkari bölgesinde, en düşük oranlar ise %32.5 ile Konya – Karaman bölgesinde izlenmiştir. İBBS-2 bölgelerine göre sigara içme oranları, Harita 2 ve Tablo 9’da verilmiştir.

### Harita 2. İBBS-2 Bölgelerine Göre Sigara İçme Oranları Haritası



İBBS-2 Bölgelerine Göre Sigara İçme Oranları Haritası'na göre ülkemizin en batı şeridi ve doğu şeridinde bulunan illerimizde sigara kullanım yaygınlığı, iç bölgelere kıyasla daha yüksektir.

**Tablo 10. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Günlük İçtikleri Sigara Sayısı Dağılımı**

İBBS-2 Bölgesi		Günlük İçilen Sigara Adeti					Toplam
		0	0-10	11-20	21-40	>41	
İstanbul	Sayı	1013	396	429	119	14	1971
	Yüzde	51.4 %	20.1 %	21.8 %	6.0 %	0.7 %	
Tekirdağ, Edirne, Kırklareli	Sayı	747	252	251	105	44	1399

	Yüzde	53.4 %	18.0 %	17.9 %	7.5 %	3.1 %	
<b>Balıkesir, Çanakkale</b>	Sayı	751	283	351	91	10	1486
	Yüzde	50.5 %	19.0 %	23.6 %	6.1 %	0.7 %	
<b>İzmir</b>	Sayı	645	216	265	62	9	1197
	Yüzde	53.9 %	18.0 %	22.1 %	5.2 %	0.8 %	
<b>Aydın, Denizli, Muğla</b>	Sayı	575	275	239	74	6	1169
	Yüzde	49.2 %	23.5 %	20.4 %	6.3 %	0.5 %	
<b>Manisa, Afyon, Kütahya, Uşak</b>	Sayı	490	145	106	44	6	791
	Yüzde	61.9 %	18.3 %	13.4 %	5.6 %	0.8 %	
<b>Bursa, Eskişehir, Bilecik</b>	Sayı	637	233	239	76	1	1186
	Yüzde	53.7 %	19.6 %	20.2 %	6.4 %	0.1 %	
<b>Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu</b>	Sayı	940	352	380	107	8	1787
	Yüzde	52.6 %	19.7 %	21.3 %	6.0 %	0.4 %	
<b>Ankara</b>	Sayı	798	240	276	72	10	1396
	Yüzde	57.2 %	17.2 %	19.8 %	5.2 %	0.7 %	
<b>Konya, Karaman</b>	Sayı	134	26	34	5	1	200
	Yüzde	67.0 %	13.0 %	17.0 %	2.5 %	0.5 %	
<b>Antalya, Isparta, Burdur</b>	Sayı	877	209	242	59	3	1390
	Yüzde	63.1 %	15.0 %	17.4 %	4.2 %	0.2 %	
<b>Adana, Mersin</b>	Sayı	558	171	198	56	8	991
	Yüzde	56.3 %	17.3 %	20.0 %	5.7 %	0.8 %	
<b>Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye</b>	Sayı	276	60	45	18	1	400
	Yüzde	69.0 %	15.0 %	11.3 %	4.5 %	0.3 %	
<b>Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir</b>	Sayı	247	62	72	16	3	400
	Yüzde	61.8 %	15.5 %	18.0 %	4.0 %	0.8 %	
<b>Kayseri, Sivas, Yozgat</b>	Sayı	437	147	148	62	5	799
	Yüzde	54.7 %	18.4 %	18.5 %	7.8 %	0.6 %	

<b>Zonguldak, Karabük, Bartın</b>	Sayı	470	238	223	54	8	993
	Yüzde	47.3 %	24.0 %	22.5 %	5.4 %	0.8 %	
<b>Kastamonu, Çankırı, Sinop</b>	Sayı	130	24	37	9	0	200
	Yüzde	65.0 %	12.0 %	18.5 %	4.5 %	0.0 %	
<b>Samsun, Tokat, Çorum, Amasya</b>	Sayı	824	398	306	64	6	1598
	Yüzde	51.6 %	24.9 %	19.1 %	4.0 %	0.4 %	
<b>Trabzon, Ordu, Giresun, Rize,Artvin, Gümüşhane</b>	Sayı	1028	331	325	71	17	1772
	Yüzde	58.0 %	18.7 %	18.3 %	4.0 %	1.0 %	
<b>Erzurum, Erzincan, Bayburt</b>	Sayı	247	53	78	15	7	400
	Yüzde	61.8 %	13.3 %	19.5 %	3.8 %	1.8 %	
<b>Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan</b>	Sayı	91	27	51	26	3	198
	Yüzde	46.0 %	13.6 %	25.8 %	13.1 %	1.5 %	
<b>Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli</b>	Sayı	452	114	169	51	3	789
	Yüzde	57.3 %	14.4 %	21.4 %	6.5 %	0.4 %	
<b>Van, Muş, Bitlis, Hakkari</b>	Sayı	86	27	84	3	0	200
	Yüzde	43.0 %	13.5 %	42.0 %	1.5 %	0.0 %	
<b>Gaziantep, Adıyaman, Kilis</b>	Sayı	339	101	120	31	5	596
	Yüzde	56.9 %	16.9 %	20.1 %	5.2 %	0.8 %	
<b>Şanlıurfa, Diyarbakır</b>	Sayı	484	122	139	39	9	793
	Yüzde	61.0 %	15.4 %	17.5 %	4.9 %	1.1 %	
<b>Mardin, Batman, Şırnak, Siirt</b>	Sayı	122	36	31	7	3	199
	Yüzde	61.3 %	18.1 %	15.6 %	3.5 %	1.5 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	13392	4538	4844	1336	190	24300
	Yüzde	55.1 %	18.7 %	19.9 %	5.5 %	0.8 %	

İçilen sigara sayısı sigara içenlerin %40.5'inde günde 1-10 dal, %45.3'ünde günde 10-20 dal, %12.5'unda günde 20-40 dal ve %1.8'inde günde 40 daldan fazla olarak saptanmıştır. Sigara içenlerin % 33.5'i sigara içim süresini 5 yıl ve altı olarak, %28.6'sı 6-10 yıl arası olarak, %16.3'ü 11-15 yıl olarak, %11.1'i 16-20 yıl olarak ve %10.4'ü 20 yılın üstünde bir süre olarak bildirmişlerdir. Günde 2 paket ve üstünde sigara içme oranının en yüksek olduğu grup 38 yaş üzerindeki erkekler olarak saptanmıştır.

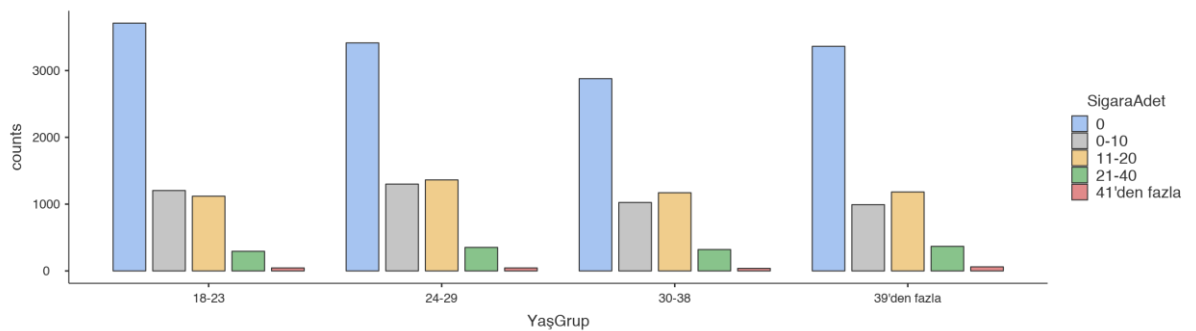
**Tablo 11. Katılımcıların Yaş ve Cinsiyete Göre Günlük İçtikleri Sigara Sayısının Dağılımı**

Yaş	Cinsiyet		Günlük Sigara Adeti					Toplam
			0	0-10	11-20	21-40	>41	
<b>18-23</b>	Erkek	Sayı	1332	538	780	236	38	2924
		Yüzde	45.6 %	18.4 %	26.7 %	8.1 %	1.3 %	
	Kadın	Sayı	2378	666	339	58	7	3448
		Yüzde	69.0 %	19.3 %	9.8 %	1.7 %	0.2 %	
	Toplam	Sayı	3710	1204	1119	294	45	6372
		Yüzde	58.2 %	18.9 %	17.6 %	4.6 %	0.7 %	
<b>24-29</b>	Erkek	Sayı	1343	644	969	285	39	3280
		Yüzde	40.9 %	19.6 %	29.5 %	8.7 %	1.2 %	
	Kadın	Sayı	2071	656	394	67	6	3194
		Yüzde	64.8 %	20.5 %	12.3 %	2.1 %	0.2 %	
	Toplam	Sayı	3414	1300	1363	352	45	6474
		Yüzde	52.7 %	20.1 %	21.1 %	5.4 %	0.7 %	
<b>30-38</b>	Erkek	Sayı	1282	477	815	253	30	2857
		Yüzde	44.9 %	16.7 %	28.5 %	8.9 %	1.1 %	
	Kadın	Sayı	1597	548	356	67	8	2576
		Yüzde	62.0 %	21.3 %	13.8 %	2.6 %	0.3 %	
	Toplam	Sayı	2879	1025	1171	320	38	5433

		Yüzde	53.0 %	18.9 %	21.6 %	5.9 %	0.7 %	
>38	Erkek	Sayı	1623	415	773	271	47	3129
		Yüzde	51.9 %	13.3 %	24.7 %	8.7 %	1.5 %	
	Kadın	Sayı	1740	577	409	97	14	2837
		Yüzde	61.3 %	20.3 %	14.4 %	3.4 %	0.5 %	
	Toplam	Sayı	3363	992	1182	368	61	5966
		Yüzde	56.4 %	16.6 %	19.8 %	6.2 %	1.0 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	5580	2074	3337	1045	154	12190
		Yüzde	45.8 %	17.0 %	27.4 %	8.6 %	1.3 %	
	Kadın	Sayı	7786	2447	1498	289	35	12055
		Yüzde	64.6 %	20.3 %	12.4 %	2.4 %	0.3 %	
	Toplam	Sayı	13366	4521	4835	1334	189	24245
		Yüzde	55.1 %	18.6 %	19.9 %	5.5 %	0.8 %	

Grafik 3'te sunulan verilere göre sigara içenler arasında 18-23 yaş grubunda en sık görülen tüketim şekli günde 1-10 sigara aralığındayken, bir üst yaş grubu olan 24-29 yaş aralığında ise en fazla sık görülen tüketim şekli günde 11-20 sigara olmaktadır. Başka bir deyişle günde yarım paket ve altında sigara içenlerin önemli bir kısmı birkaç yıl sonra günde yarım paket-bir paket sigara kullanarak bağımlılık davranışına devam etmektedir.

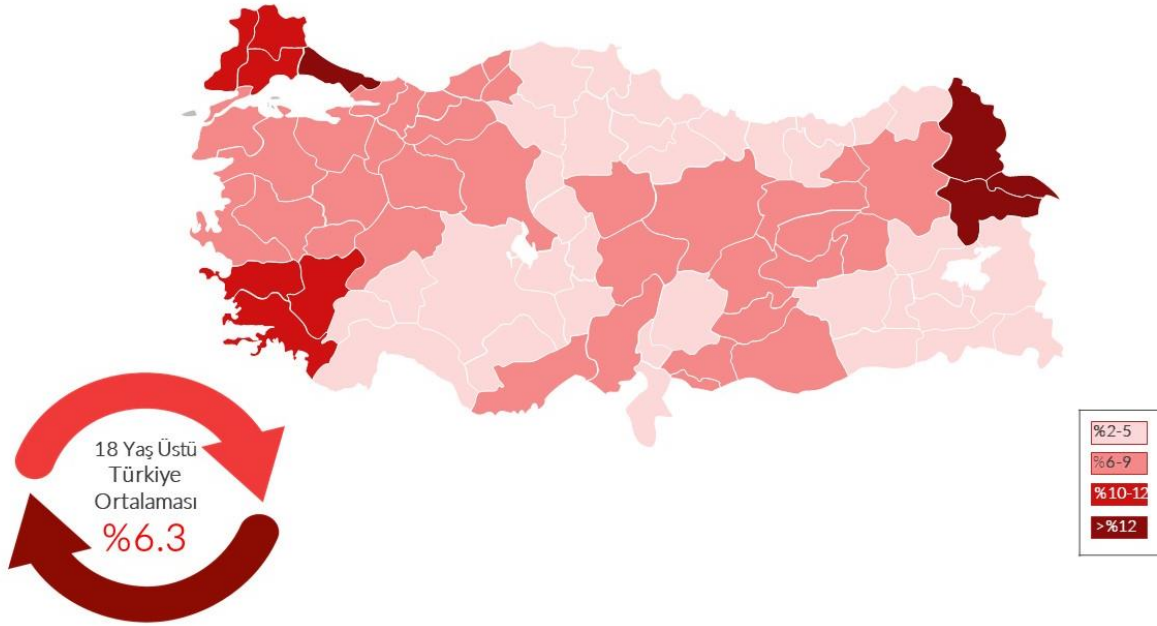
**Grafik 3. Katılımcıların Yaş Grubuna Göre Günlük İttikleri Sigara Sayısının Dağılımı**  
Grafığı





Katılımcıların %6.3'ü günde 20 adetten, yani günde 1 paketten fazla sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Bölgelere göre Günde 1 Paketten Fazla Sigara İçme Oranları incelendiğinde, İstanbul ve Ağrı-Kars-Iğdır – Ardahan bölgesinin ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Bunu Tekirdağ – Edirne- Kırklareli bölgesi ile Aydın – Denizli – Muğla bölgesi takip etmektedir. Tüm İBBS-2 bölgelerine ait görsel sonuçlar Harita 3'te verilmiştir.

**Harita 3. İBBS-2 Bölgelerine Göre Günde 1 Paketten Fazla Sigara İçme Oranları Haritası**



#### 4.2.2. Alkol Tüketimi ile İlişkili Sonuçlar

Alkol kullanım durumlarının cinsiyet ve yaşa göre dağılımı incelenirken katılımcılar alkol kullanım durumlarına göre ayda bir defadan fazla alkol kullananlar, ayda bir defadan fazla alkol kullanmayanlar, bir dönem ayda bir defadan fazla alkol kullanırken, en az son 1 yıldır kullanmayanlar “bırakmışlar” olarak sınıflanmıştır. Ayda bir ve üstü alkol kullanımı kadın katılımcılarda %25.5, erkek katılımcılarda ise %42.0 olarak saptanmıştır.

Kadın katılımcıların % 1.6'sı, erkeklerin ise %5.7'si daha önceleri alkol kullanırken en az son bir yıldır kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Sonuçlar Tablo 12 ve Tablo 13'te sunulmuştur.

Alkol kullanımı için en riskli grup 24-29 yaş grubu erkekler olarak saptanmıştır. Bu grupta en az ayda bir defa alkol kullananların oranı %49 olarak bulunmuştur. Kadınlar arasında da en riskli yaş grubu %32.8'inin alkol aldığını belirttiği 24-29 yaş grubu olmuştur. 38 yaş üzerindeki kadınlar ise ayda en az bir defa alkol kullanım oranı %16.2 ile en düşük riskli grup olarak belirlenmiştir. Sonuçlar Tablo 12'de sunulmuştur.

**Tablo 12. Katılımcıların Cinsiyet ve Yaşa Göre Alkol Kullanım Durumlarının Dağılımı**

Cinsiyet	Yaş Grup		Alkol			Toplam
			Evet	Hayır	Bıraktım	
Erkek	18-23	Sayı	1290	1524	126	2940
		Yüzde	43.9 %	51.8 %	4.3 %	
	24-29	Sayı	1613	1509	184	3306
		Yüzde	48.8 %	45.6 %	5.6 %	
	30-38	Sayı	1161	1529	181	2871
		Yüzde	40.4 %	53.3 %	6.3 %	
	39'den fazla	Sayı	1086	1855	210	3151
		Yüzde	34.5 %	58.9 %	6.7 %	
	Toplam	Sayı	5150	6417	701	12268
	Yüzde	42.0 %	52.3 %	5.7 %		
Kadın	18-23	Sayı	926	2497	49	3472
		Yüzde	26.7 %	71.9 %	1.4 %	
	24-29	Sayı	1050	2098	75	3223
		Yüzde	32.6 %	65.1 %	2.3 %	
	30-38	Sayı	659	1895	45	2599
		Yüzde	25.4 %	72.9 %	1.7 %	
	39'den fazla	Sayı	467	2381	27	2875
		Yüzde	16.2 %	82.8 %	0.9 %	
	Toplam	Sayı	3102	8871	196	12169
	Yüzde	25.5 %	72.9 %	1.6 %		
Toplam	18-23	Sayı	2216	4021	175	6412
		Yüzde	34.6 %	62.7 %	2.7 %	
	24-29	Sayı	2663	3607	259	6529
		Yüzde	40.8 %	55.2 %	4.0 %	
	30-38	Sayı	1820	3424	226	5470
		Yüzde	33.3 %	62.6 %	4.1 %	
	39'den fazla	Sayı	1553	4236	237	6026
		Yüzde	25.8 %	70.3 %	3.9 %	
	Toplam	Sayı	8252	15288	897	24437
	Yüzde	33.8 %	62.6 %	3.7 %		

Katılımcıların alkol kullanım sıklıkları incelendiğinde, haftada 1-2 gün alkol aldığını belirtenlerin oranı kadınlarda %5,5, erkeklerde %13,3; hemen hemen her gün alkol kullandığını belirtenlerin oranı ise kadınlarda %1.2, erkeklerde %4.8 olarak bulunmuştur. Hemen hemen hergün alkol kullanımı için en riskli grup %5,5 ile 24-29 yaş arası erkekler olarak saptanmıştır. Sonuçlar Tablo 13'te verilmiştir.

**Tablo 13. Katılımcıların Cinsiyet ve Yaşa Göre Alkol Kullanım Sıklıklarının Dağılımı**

Yaş Grubu	Cinsiyet	Alkol Kullanım Sıklığı					Toplam
		Kullanmıyor	Ayda 1-2	Haftada 1-2	Hemen Hergün		
<b>18-23</b>	Erkek	Sayı	1641	755	391	154	2941
		Yüzde	55.8 %	25.7 %	13.3 %	5.2 %	
	Kadın	Sayı	2540	718	171	43	3472
		Yüzde	73.2 %	20.7 %	4.9 %	1.2 %	
Toplam	Sayı	4181	1473	562	197	6413	
	Yüzde	65.2 %	23.0 %	8.8 %	3.1 %		
<b>24-29</b>	Erkek	Sayı	1687	906	531	182	3306
		Yüzde	51.0 %	27.4 %	16.1 %	5.5 %	
	Kadın	Sayı	2167	749	258	49	3223
		Yüzde	67.2 %	23.2 %	8.0 %	1.5 %	
Toplam	Sayı	3854	1655	789	231	6529	
	Yüzde	59.0 %	25.3 %	12.1 %	3.5 %		
<b>30-38</b>	Erkek	Sayı	1713	689	355	114	2871
		Yüzde	59.7 %	24.0 %	12.4 %	4.0 %	
	Kadın	Sayı	1948	476	142	33	2599
		Yüzde	75.0 %	18.3 %	5.5 %	1.3 %	
Toplam	Sayı	3661	1165	497	147	5470	
	Yüzde	66.9 %	21.3 %	9.1 %	2.7 %		
<b>&gt;38</b>	Erkek	Sayı	2070	593	351	137	3151
		Yüzde	65.7 %	18.8 %	11.1 %	4.3 %	

	Kadın	Sayı	2410	348	100	17	2875
		Yüzde	83.8 %	12.1 %	3.5 %	0.6 %	
	Toplam	Sayı	4480	941	451	154	6026
		Yüzde	74.3 %	15.6 %	7.5 %	2.6 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	7111	2943	1628	587	12269
		Yüzde	58.0 %	24.0 %	13.3 %	4.8 %	
	Kadın	Sayı	9065	2291	671	142	12169
		Yüzde	74.5 %	18.8 %	5.5 %	1.2 %	
	Toplam	Sayı	16176	5234	2299	729	24438
		Yüzde	66.2 %	21.4 %	9.4 %	3.0 %	

Alkol kullanım yaygınlığının en düşük olduğu İBBS-2 bölgeleri Konya-Karaman ve Mardin – Batman – Şırnak – Siirt bölgesi olmuştur. Daha önceleri alkol kullanırken en az son 1 yıldır kullanmadığını bildiren “bırakanlar” grubu ise en yüksek orana Tekirdağ – Edirne – Kırklareli (bölgedeki katılımcıların %4.9’u) ve Gaziantep – Adıyaman – Kilis’te ( bölgedeki katılımcıların %4.8’i) izlenmiştir. Tüm bölgelere ait sonuçlar Tablo 14’te sunulmuştur.

**Tablo 14. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Alkol Kullanım Durumlarının Dağılımı**

İBBS-2 Bölgesi	Alkol Kullanım Durumu				Toplam
	Evet	Hayır	Bırakmış		
<b>İstanbul</b>	Sayı	911	996	88	1995
	Yüzde	45.7 %	49.9 %	4.4 %	
<b>Tekirdağ, Edirne, Kırklareli</b>	Sayı	576	756	68	1400
	Yüzde	41.1 %	54.0 %	4.9 %	
<b>Balıkesir, Çanakkale</b>	Sayı	662	775	63	1500
	Yüzde	44.1 %	51.7 %	4.2 %	
<b>İzmir</b>	Sayı	698	471	31	1200
	Yüzde	58.2 %	39.3 %	2.6 %	
<b>Aydın, Denizli, Muğla</b>	Sayı	574	589	37	1200

	Yüzde	47.8 %	49.1 %	3.1 %	
<b>Manisa, Afyon, Kütahya, Uşak</b>	Sayı	226	541	33	800
	Yüzde	28.2 %	67.6 %	4.1 %	
<b>Bursa, Eskişehir, Bilecik</b>	Sayı	455	707	38	1200
	Yüzde	37.9 %	58.9 %	3.2 %	
<b>Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu</b>	Sayı	544	1175	80	1799
	Yüzde	30.2 %	65.3 %	4.4 %	
<b>Ankara</b>	Sayı	324	1016	60	1400
	Yüzde	23.1 %	72.6 %	4.3 %	
<b>Konya, Karaman</b>	Sayı	15	182	3	200
	Yüzde	7.5 %	91.0 %	1.5 %	
<b>Antalya, Isparta, Burdur</b>	Sayı	371	979	50	1400
	Yüzde	26.5 %	69.9 %	3.6 %	
<b>Adana, Mersin</b>	Sayı	472	504	24	1000
	Yüzde	47.2 %	50.4 %	2.4 %	
<b>Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye</b>	Sayı	205	186	9	400
	Yüzde	51.2 %	46.5 %	2.3 %	
<b>Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir</b>	Sayı	62	323	15	400
	Yüzde	15.5 %	80.8 %	3.8 %	
<b>Kayseri, Sivas, Yozgat</b>	Sayı	178	587	35	800
	Yüzde	22.3 %	73.4 %	4.4 %	
<b>Zonguldak, Karabük, Bartın</b>	Sayı	383	577	40	1000
	Yüzde	38.3 %	57.7 %	4.0 %	
<b>Kastamonu, Çankırı, Sinop</b>	Sayı	30	164	6	200
	Yüzde	15.0 %	82.0 %	3.0 %	
<b>Samsun, Tokat, Çorum, Amasya</b>	Sayı	450	1100	50	1600
	Yüzde	28.1 %	68.8 %	3.1 %	
<b>Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane</b>	Sayı	510	1219	70	1799
	Yüzde	28.3 %	67.8 %	3.9 %	
<b>Erzurum, Erzincan, Bayburt</b>	Sayı	66	321	13	400

	Yüzde	16.5 %	80.3 %	3.3 %	
<b>Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan</b>	Sayı	44	151	5	200
	Yüzde	22.0 %	75.5 %	2.5 %	
<b>Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli</b>	Sayı	134	646	20	800
	Yüzde	16.8 %	80.8 %	2.5 %	
<b>Van, Muş, Bitlis, Hakkari</b>	Sayı	20	175	5	200
	Yüzde	10.0 %	87.5 %	2.5 %	
<b>Gaziantep, Adıyaman, Kilis</b>	Sayı	210	361	29	600
	Yüzde	35.0 %	60.2 %	4.8 %	
<b>Şanlıurfa, Diyarbakır</b>	Sayı	137	641	22	800
	Yüzde	17.1 %	80.1 %	2.8 %	
<b>Mardin, Batman, Şırnak, Siirt</b>	Sayı	18	177	5	200
	Yüzde	9.0 %	88.5 %	2.5 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	8275	15319	899	24493
	Yüzde	33.8 %	62.5 %	3.7 %	

Hemen hemen hergün alkol tüketenlerin oranının en yüksek olduğu İBBS-2 bölgeleri %5.5 ile Balıkesir- Çanakkale bölgesi, %5 ile Aydın – Denizli – Muğla bölgesi ve %4.8 ile Zonguldak – Karabük – Bartın bölgesi olmuştur. Tüm bölgelere ait alkol kullanım sıklığı verileri Tablo 15’te sunulmuştur.

**Tablo 15. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Alkol Kullanım Sıklıklarının Dağılımı**

İBBS-2 Bölgesi		Alkol Kullanım Sıklığı				Toplam
		Kullanmıyor	Ayda 1-2	Haftada 1-2	Hemen Hergün	
<b>İstanbul</b>	Sayı	1078	581	243	93	1995
	Yüzde	54.0 %	29.1 %	12.2 %	4.7 %	
<b>Tekirdağ, Edirne, Kırklareli</b>	Sayı	820	335	185	60	1400
	Yüzde	58.6 %	23.9 %	13.2 %	4.3 %	

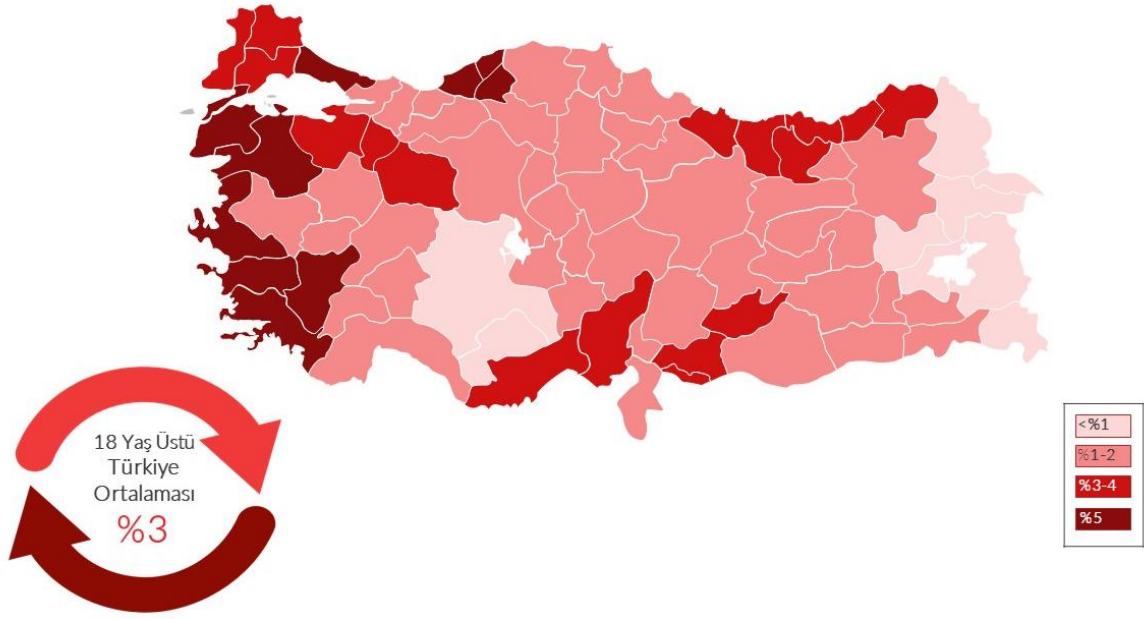
<b>Balıkesir, Çanakkale</b>	Sayı	835	376	207	82	1500
	Yüzde	55.7 %	25.1 %	13.8 %	5.5 %	
<b>İzmir</b>	Sayı	500	416	229	55	1200
	Yüzde	41.7 %	34.7 %	19.1 %	4.6 %	
<b>Aydın, Denizli, Muğla</b>	Sayı	620	306	214	60	1200
	Yüzde	51.7 %	25.5 %	17.8 %	5.0 %	
<b>Manisa, Afyon, Kütahya, Uşak</b>	Sayı	576	136	71	17	800
	Yüzde	72.0 %	17.0 %	8.9 %	2.1 %	
<b>Bursa, Eskişehir, Bilecik</b>	Sayı	747	293	119	41	1200
	Yüzde	62.3 %	24.4 %	9.9 %	3.4 %	
<b>Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu</b>	Sayı	1258	360	145	36	1799
	Yüzde	69.9 %	20.0 %	8.1 %	2.0 %	
<b>Ankara</b>	Sayı	1079	233	67	21	1400
	Yüzde	77.1 %	16.6 %	4.8 %	1.5 %	
<b>Konya, Karaman</b>	Sayı	186	8	6	0	200
	Yüzde	93.0 %	4.0 %	3.0 %	0.0 %	
<b>Antalya, Isparta, Burdur</b>	Sayı	1024	243	105	28	1400
	Yüzde	73.1 %	17.4 %	7.5 %	2.0 %	
<b>Adana, Mersin</b>	Sayı	528	291	148	33	1000
	Yüzde	52.8 %	29.1 %	14.8 %	3.3 %	
<b>Hatay, Osmaniye Kahramanmaraş,</b>	Sayı	186	164	42	8	400
	Yüzde	46.5 %	41.0 %	10.5 %	2.0 %	
<b>Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir</b>	Sayı	340	43	13	4	400
	Yüzde	85.0 %	10.8 %	3.3 %	1.0 %	
<b>Kayseri, Sivas, Yozgat</b>	Sayı	622	132	32	14	800
	Yüzde					

	Yüzde	77.8 %	16.5 %	4.0 %	1.8 %	
<b>Zonguldak, Karabük, Bartın</b>	Sayı	618	249	85	48	1000
	Yüzde	61.8 %	24.9 %	8.5 %	4.8 %	
<b>Kastamonu, Çankırı, Sinop</b>	Sayı	169	23	7	1	200
	Yüzde	84.5 %	11.5 %	3.5 %	0.5 %	
<b>Samsun, Tokat, Çorum, Amasya</b>	Sayı	1175	283	114	28	1600
	Yüzde	73.4 %	17.7 %	7.1 %	1.8 %	
<b>Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane</b>	Sayı	1287	352	114	47	1800
	Yüzde	71.5 %	19.6 %	6.3 %	2.6 %	
<b>Erzurum, Erzincan, Bayburt</b>	Sayı	334	46	12	8	400
	Yüzde	83.5 %	11.5 %	3.0 %	2.0 %	
<b>Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan</b>	Sayı	155	34	11	0	200
	Yüzde	77.5 %	17.0 %	5.5 %	0.0 %	
<b>Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli</b>	Sayı	663	96	29	12	800
	Yüzde	82.9 %	12.0 %	3.6 %	1.5 %	
<b>Van, Muş, Bitlis, Hakkari</b>	Sayı	181	16	3	0	200
	Yüzde	90.5 %	8.0 %	1.5 %	0.0 %	
<b>Gaziantep, Adıyaman, Kilis</b>	Sayı	389	134	62	15	600
	Yüzde	64.8 %	22.3 %	10.3 %	2.5 %	
<b>Şanlıurfa, Diyarbakır</b>	Sayı	656	85	40	19	800
	Yüzde	82.0 %	10.6 %	5.0 %	2.4 %	
<b>Mardin, Batman, Şırnak, Siirt</b>	Sayı	181	17	0	2	200
	Yüzde	90.5 %	8.5 %	0.0 %	1.0 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	16207	5252	2303	732	24494
	Yüzde	66.2 %	21.4 %	9.4 %	3.0 %	



İBBS-2 bölgelerine göre hemen her gün alkol tüketenlerin oranları Harita 4'te sunulmuştur. Tüm bölgeler için katılımcıların hemen hergün alkol tüketme oranları %3 iken, bu oran ülkemizin batı şeridinde %5 civarında, doğu şeridinde ise %1'in altında bulunmuştur.

**Harita 4. İBBS-2 Bölgelerine Göre Hemen Her Gün Alkol Tüketenlerin Oranları Haritası**



### 4.2.3. Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı ile İlişkili Sonuçlar

Araştırma esnasında katılımcılara şu grup maddeleri halen arada bir de olsa kullanıp kullanmadıkları sorulmuştur: esrar, bali (toluen), bonzai, ekstazi, eroin, kokain, metamfetamin, morfin, tiner. Katılımcılar verdikleri cevaplara göre madde kullanımı olmayanlar, tek tip madde kullanımı olanlar ve çoklu tip madde kullanımı olanlar şeklinde gruplanmışlardır. Katılımcıların madde kullanım durumlarının cinsiyet ve yaşa göre dağılımı Tablo 16’da verilmiştir. Sonuçlara göre katılımcıların %93’ü madde kullanmazken %4.5’i tek tip, %2.5’i ise birden fazla tipte madde kullanmaktadır. Madde kullanım oranları (tek ya da çoklu tipte) kadınların %3.6’sı, erkeklerin ise %10.4’tür. Madde kullanımı için (tek ya da çoklu tip) en riskli grup 24-29 yaş arası erkek katılımcı grubu olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 16. Katılımcıların Cinsiyet ve Yaşa Göre Madde Kullanım Durumlarının Dağılımı**

Yaş Grubu	Cinsiyet		Madde Kullanım Durumu			Toplam
			Madde Kullanımı Yok	Tek Tip Madde Kullanımı	Birden Çok Tip Madde Kullanımı	
18-23	Erkek	Sayı	2567	209	165	2941
		Yüzde	87.3 %	7.1 %	5.6 %	
	Kadın	Sayı	3339	97	36	3472
		Yüzde	96.2 %	2.8 %	1.0 %	
	Toplam	Sayı	5906	306	201	6413
		Yüzde	92.1 %	4.8 %	3.1 %	
24-29	Erkek	Sayı	2804	298	204	3306
		Yüzde	84.8 %	9.0 %	6.2 %	
	Kadın	Sayı	3047	121	55	3223
		Yüzde	94.5 %	3.8 %	1.7 %	
	Toplam	Sayı	5851	419	259	6529
		Yüzde	89.6 %	6.4 %	4.0 %	

<b>30-38</b>	Erkek	Sayı	2597	165	109	2871
		Yüzde	90.5 %	5.7 %	3.8 %	
	Kadın	Sayı	2504	68	27	2599
		Yüzde	96.3 %	2.6 %	1.0 %	
	Toplam	Sayı	5101	233	136	5470
		Yüzde	93.3 %	4.3 %	2.5 %	
<b>&gt;38</b>	Erkek	Sayı	3025	98	28	3151
		Yüzde	96.0 %	3.1 %	0.9 %	
	Kadın	Sayı	2833	34	8	2875
		Yüzde	98.5 %	1.2 %	0.3 %	
	Toplam	Sayı	5858	132	36	6026
		Yüzde	97.2 %	2.2 %	0.6 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	10993	770	507	12269
		Yüzde	89.6 %	6.3 %	4.1 %	
	Kadın	Sayı	11723	320	126	12169
		Yüzde	96.3 %	2.6 %	1.0 %	
	Toplam	Sayı	22716	1090	633	24438
		Yüzde	93.0 %	4.5 %	2.5 %	

İBBS-2 bölgelerine göre, çalışmada yer alan katılımcıların madde kullanım durumlarının dağılımı incelendiğinde, tekli madde kullanımının en yüksek oranda bildirildiği bölgeler %11.9 ile Aydın – Denizli – Muğla, %6.6 ile Adana – Mersin ve %6 ile Gaziantep – Adıyaman – Kilis bölgesi olarak bulunmuştur. Çoklu tipte madde kullanımının en yüksek oranda bildirildiği bölgeler ise %5.7 ile Aydın- Denizli – Muğla bölgesi, %4.8 ile Bursa – Eskişehir – Bilecik ve %4.4 ile İstanbul bölgesi olmuştur. İBBS-2 bölgelerine göre madde kullanım oranlarının dağılımı Tablo 17, Harita 5 ve Harita 6’da sunulmuştur.

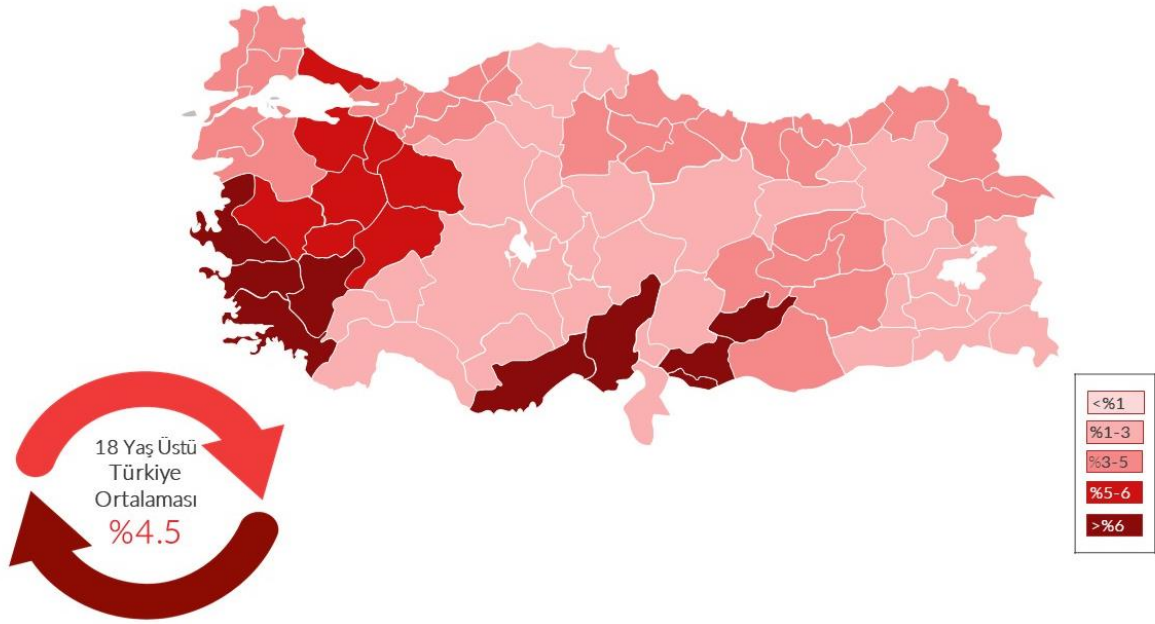
**Tablo 17. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Madde Kullanım Durumlarının Dağılımı**

İBBS-2 Bölgesi		Madde Kullanım Durumu			Toplam
		Madde Kullanımı Yok	Tek Tip Madde Kullanımı	Birden Çok Tip Madde Kullanımı	
İstanbul	Sayı	1799	108	88	1995
	Yüzde	90.2 %	5.4 %	4.4 %	
Tekirdağ, Edirne, Kırklareli	Sayı	1306	55	39	1400
	Yüzde	93.3 %	3.9 %	2.8 %	
Balıkesir, Çanakkale	Sayı	1375	77	48	1500
	Yüzde	91.7 %	5.1 %	3.2 %	
İzmir	Sayı	1068	92	40	1200
	Yüzde	89.0 %	7.7 %	3.3 %	
Aydın, Denizli, Muğla	Sayı	989	143	68	1200
	Yüzde	82.4 %	11.9 %	5.7 %	
Manisa, Afyon, Kütahya, Uşak	Sayı	762	29	9	800
	Yüzde	95.3 %	3.6 %	1.1 %	
Bursa, Eskişehir, Bilecik	Sayı	1080	63	57	1200
	Yüzde	90.0 %	5.3 %	4.8 %	
Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu	Sayı	1658	87	54	1799
	Yüzde	92.2 %	4.8 %	3.0 %	
Ankara	Sayı	1337	42	21	1400
	Yüzde	95.5 %	3.0 %	1.5 %	
Konya, Karaman	Sayı	196	4	0	200
	Yüzde	98.0 %	2.0 %	0.0 %	
Antalya, Isparta, Burdur	Sayı	1369	20	11	1400
	Yüzde	97.8 %	1.4 %	0.8 %	
Adana, Mersin	Sayı	920	66	14	1000
	Yüzde	92.0 %	6.6 %	1.4 %	

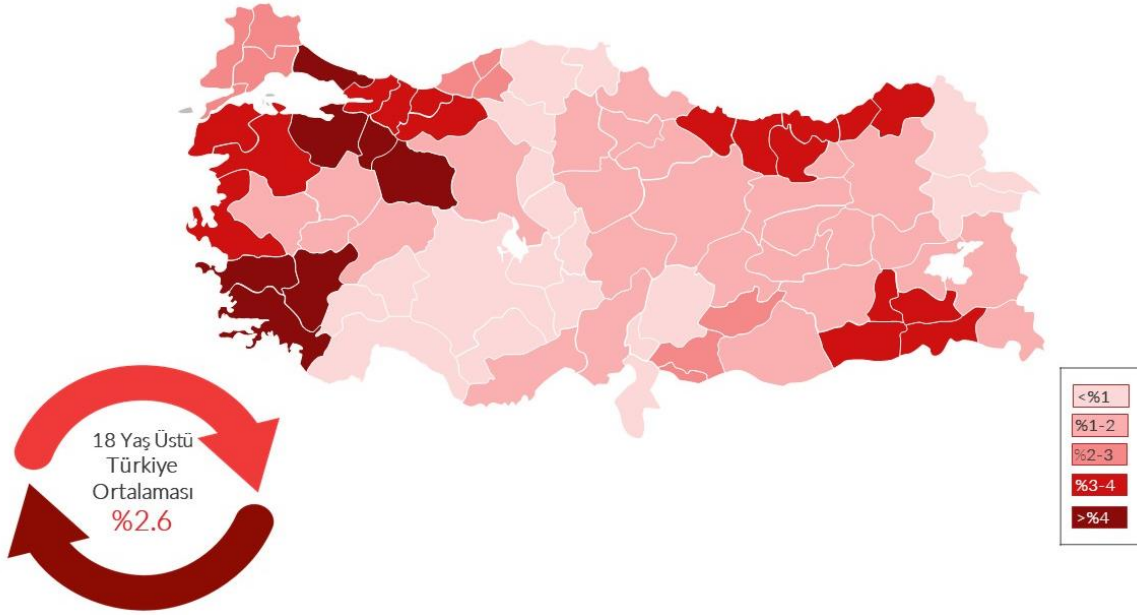
<b>Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye</b>	Sayı	396	3	1	400
	Yüzde	99.0 %	0.8 %	0.3 %	
<b>Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir</b>	Sayı	387	11	2	400
	Yüzde	96.8 %	2.8 %	0.5 %	
<b>Kayseri, Sivas, Yozgat</b>	Sayı	761	23	16	800
	Yüzde	95.1 %	2.9 %	2.0 %	
<b>Zonguldak, Karabük, Bartın</b>	Sayı	937	40	23	1000
	Yüzde	93.7 %	4.0 %	2.3 %	
<b>Kastamonu, Çankırı, Sinop</b>	Sayı	197	2	1	200
	Yüzde	98.5 %	1.0 %	0.5 %	
<b>Samsun, Tokat, Çorum, Amasya</b>	Sayı	1513	56	31	1600
	Yüzde	94.6 %	3.5 %	1.9 %	
<b>Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane</b>	Sayı	1683	56	61	1800
	Yüzde	93.5 %	3.1 %	3.4 %	
<b>Erzurum, Erzincan, Bayburt</b>	Sayı	390	6	4	400
	Yüzde	97.5 %	1.5 %	1.0 %	
<b>Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan</b>	Sayı	194	6	0	200
	Yüzde	97.0 %	3.0 %	0.0 %	
<b>Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli</b>	Sayı	759	28	13	800
	Yüzde	94.9 %	3.5 %	1.6 %	
<b>Van, Muş, Bitlis, Hakkari</b>	Sayı	199	1	0	200
	Yüzde	99.5 %	0.5 %	0.0 %	
<b>Gaziantep, Adıyaman, Kilis</b>	Sayı	549	36	15	600

	Yüzde	91.5 %	6.0 %	2.5 %	
<b>Şanlıurfa, Diyarbakır</b>	Sayı	750	37	13	800
	Yüzde	93.8 %	4.6 %	1.6 %	
<b>Mardin, Batman, Şırnak, Siirt</b>	Sayı	193	0	7	200
	Yüzde	96.5%	0.0 %	3.5 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	22767	1091	636	24494
	Yüzde	92.9 %	4.5 %	2.6 %	

Harita 5. İBBS-2 Bölgelerine Göre Tek Tip Madde Kullananların Oranları Haritası



### Harita 6. İBBS-2 Bölgelerine Göre Çoklu Tip Madde Kullananların Oranları Haritası



Katılımcıların eğitim düzeyine göre madde kullanım durumlarının dağılımı Tablo 18'de sunulmuştur. Araştırma sonuçlarına göre her iki cinsiyet birlikte ele alındığında lisansüstü mezunlarının tekli madde kullanım oranlarının %5.7 ve ortaokul mezunlarının çoklu madde kullanım oranlarının %3.6 olması dikkat çekicidir. Cinsiyetlere göre ayrılmış sınıflama yapıldığında ise en yüksek risk gruplarını %11'i tekli ya da çoklu tipte madde kullandığını belirten üniversite mezunu erkekler ile %12.7'si inin tekli ya da çoklu tipte madde kullandığını belirten ortaokul mezunu erkekler oluşturmuştur. En düşük risk grubunu ise ortaokul mezunu kadınlar oluşturmuştur.

**Tablo 18. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Madde Kullanım Durumlarının Dağılımı**

Cinsiyet	Eğitim	Sayı	Madde Kullanım Durumu			Toplam
			Madde Kullanımı Yok	Tek Tip Madde Kullanımı	Birden Çok Tip Madde Kullanımı	
Erkek	İlkokul		592	35	20	647

	Yüzde	91.5 %	5.4 %	3.1 %		
Ortaokul	Sayı	743	56	52	851	
	Yüzde	87.3 %	6.6 %	6.1 %		
Lise	Sayı	3127	187	160	3474	
	Yüzde	90.0 %	5.4 %	4.6 %		
Üniversite	Sayı	5818	440	238	6496	
	Yüzde	89.6 %	6.8 %	3.7 %		
Lisansüstü	Sayı	736	53	38	827	
	Yüzde	89.0 %	6.4 %	4.6 %		
Toplam	Sayı	11016	771	508	12295	
	Yüzde	89.6 %	6.3 %	4.1 %		
<b>Kadın</b>	İlkokul	Sayı	863	9	6	878
	Yüzde	98.3 %	1.0 %	0.7 %		
Ortaokul	Sayı	605	8	1	614	
	Yüzde	98.5 %	1.3 %	0.2 %		
Lise	Sayı	2861	36	27	2924	
	Yüzde	97.8 %	1.2 %	0.9 %		
Üniversite	Sayı	6557	220	77	6854	
	Yüzde	95.7 %	3.2 %	1.1 %		
Lisansüstü	Sayı	850	47	16	913	
	Yüzde	93.1 %	5.1 %	1.8 %		
Toplam	Sayı	11736	320	127	12183	
	Yüzde	96.3 %	2.6 %	1.0 %		
<b>Toplam</b>	İlkokul	Sayı	1455	44	26	1525
	Yüzde	95.4 %	2.9 %	1.7 %		
Ortaokul	Sayı	1348	64	53	1465	
	Yüzde	92.0 %	4.4 %	3.6 %		
Lise	Sayı	5988	223	187	6398	



	Yüzde	93.6 %	3.5 %	2.9 %	
Üniversite	Sayı	12375	660	315	13350
	Yüzde	92.7 %	4.9 %	2.4 %	
Lisansüstü	Sayı	1586	100	54	1740
	Yüzde	91.1 %	5.7 %	3.1 %	
Toplam	Sayı	22751	1091	636	24478
	Yüzde	92.9 %	4.5 %	2.6 %	

Katılımcıların tek tip olarak ya da çoklu madde kullanımı içinde almakta oldukları maddeler soruşturulduğunda her iki cinsiyette de en sık kullanılan dört maddenin sırasıyla esrar, ekstazi, kokain, bonzai olduğu izlenmiştir. Kadınlarda 5. sıklıkta kullanıldığı bildirilen madde metamfetamin iken erkeklerde 5. sıklıktaki madde bali (toluen) olmuştur. Esrar kullanım oranı kadınlarda %2.3, erkeklerde ise %8.3 olarak bulunmuştur. Katılımcıların kullandıkları maddelerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 19’da verilmiştir.

**Tablo 19. Katılımcıların Kullandıkları Maddelerin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Madde Adı	Kullanıcı Sayısı	
	Erkek	Kadın
Esrar	1019	278
Bali	147	17
Bonzai	219	20
Ekstazi	250	41
Eroin	67	9
Kokain	222	36
Metamfetamin	104	18
Morfin	59	10
Tiner	125	12

### 4.3. Davranışsal Bağımlılıklar ile İlişkili Sonuçlar

Davranışsal bağımlılıklara ilişkin veriler Bağımlılık Davranış Yüğü Formu ile toplanmıştır. Bağımlılık Davranış Yüğü Formu kişilerin sosyal medya, alışveriş, yeme, kumar, dijital oyun, cinsellik ve pornografi bağımlılığında gösterebilecekleri belirtileri taramak için geliştirilmiştir. Bağımlılık bozukluklarında kriter olarak kabul edilebilecek belirtiler arasındaki, hayatın merkezine davranışı koyma, davranışı sergileme sonucu duygusal değişimlerin olması, rahatlamak için davranışa ihtiyaç duyma, davranışı gerçekleştirmediğinde yoksunluk hissi ve sıkıntı duyma, davranışı giderek artan sıklık ve şiddette sergilemesi, sergilenen davranışa ilişkin kişilerarası ilişkilerde, iş ortamında ya da okulda işlev sorunları yaşaması, davranışı bırakma isteği ya da başarısız bırakma girişimleri olmasına ilişkin değerlendirmeler bu form aracılığıyla yapılmaktadır.

Bu özellikler baz alınarak, sosyal medya, alışveriş, yeme, kumar, dijital oyun, cinsellik ve pornografi bağımlılığının davranış yüğü gücünü 11’li Likert tipi (0-10 arası puan) bir değerlendirmeye tabii tutularak ölçülebilmesine imkan tanıyacak bir anket hazırlanmıştır. Bu anket, bu davranışların kişinin hayatına bağımlılık ölçütleri kapsamında ne kadar etki ettiğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Her bir soru, doğrudan davranışın olumsuz bağımlılık ölçütlerini sormakta, bu ölçütlerden herhangi bir puan alan kişide, kişiye ekstra bir yük getirdiği şeklinde değerlendirilmektedir. Her bir davranışsal bağımlılık için 6 soru yönlendirilmiştir. Her madde için 0 en düşük puan iken, 10 en yüksek puandır. Her bir davranışsal bağımlılık için formdan alınabilecek puanlar 0 ile 60 arasında değişmektedir. Davranışsal bağımlılıklar için risk grupları Yok – Orta Risk – Yüksek Risk olarak belirlenmiştir. Risk gruplarının belirlenirken her bir davranışsal bağımlılık değerlendirmesinde sorgulanan altı belirtiden de 0 puan alanlar “davranışsal bağımlılık yok” grubu olarak ayrılmıştır. 1-60 arasında puan alanlar gruplanarak o davranışsal bağımlılık için Türkiye ortalaması puanı hesaplanmıştır. Bireysel puanı, Türkiye ortalamasının altında olanlar “orta” risk grubu olarak, bireysel puanı Türkiye ortalamasının üzerinde olanlar ise “yüksek” risk grubu olarak belirlenmiştir.

Bu bölümde sırasıyla kumar bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, yeme bağımlılığı, dijital oyun bağımlılığı, cinsellik ve pornografi bağımlılığı için risk gruplarına ait sonuçlar ve haritalar paylaşılacaktır.

Tablo 20’de risk grupları ve her bir davranışsal bağımlılıktan alınan puan ortalamaları yer almaktadır.

**Tablo 20. Katılımcıların Bağımlılık Risk Gruplarının Ortalama, Minimum ve Maksimum Puanları**

Davranışsal Bağımlılık Risk Gruplarının Ortalama, Minimum ve Maksimum Puanları					
Bağımlılık Tipi		N	Ort	Min	Maks
Kumar Bağımlılığı	Orta	2457	4.04	1	9
	Yüksek	2211	23.5	10	60
Alışveriş Bağımlılığı	Orta	10604	7.64	1	15
	Yüksek	10437	29.8	16	60
Sosyal Medya Bağımlılığı	Orta	11365	10.9	1	21
	Yüksek	10708	36.8	22	60
Yeme Bağımlılığı	Orta	11588	11.4	1	21
	Yüksek	10706	35.4	22	60
Oyun Bağımlılığı	Orta	8006	6.47	1	14
	Yüksek	7840	30.3	15	60
Cinsel Bağımlılık	Orta	5987	5.83	1	12
	Yüksek	5623	27.1	13	60

### 4.3.1. Kumar Bağımlılığı ile İlişkili Sonuçlar

Bağımlılığın altı belirtisinin sorgulanması sonucunda kumar bağımlılığı riski yüksek olarak değerlendirilen bireylerin oranı %9 olarak bulunmuştur. Kadın katılımcılarda kumar bağımlılığı için yüksek risk grubunda olma oranı %3.2, erkek katılımcılarda ise bu oran %14.8'dir. Kumar bağımlılığı orta risk grubunda olduğu değerlendirilen katılımcıların oranı ise kadınlar için %6.1, erkekler için %13.9'dur. Katılımcıların cinsiyetlerine göre kumar bağımlılığı risk durumları Tablo 21'de sunulmuştur.

**Tablo 21. Katılımcıların Cinsiyete Göre Kumar Bağımlılığı Risk Durumları Dağılımı**

		Kumar Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi			
Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
<b>Erkek</b>	Sayı	8773	1711	1818	12302
	Yüzde	71.3 %	13.9 %	14.8 %	
<b>Kadın</b>	Sayı	11052	746	393	12191
	Yüzde	90.7 %	6.1 %	3.2 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	19825	2457	2211	24493
	Yüzde	80.9 %	10.0 %	9.0 %	

Yaş gruplarına göre kumar bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, 18-23 yaş grubu katılımcıların %10.6'sının, 24-29 yaş grubu katılımcıların %11.2'sinin, 30-38 yaş grubu katılımcıların %8'inin ve 38 yaş üstü grubu katılımcıların %6'sının kumar bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %19.1 ile 18-23 yaş arası erkek katılımcılardır. En düşük riskli grup ise katılımcıların %92.3'ünün sorgulanan altı belirtiden de 0 puan alarak "kumar için davranışsal bağımlılık yok" grubu olarak değerlendirildiği 38 yaş üzeri kadın katılımcı grubudur. Katılımcıların kumar bağımlılığı risk durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 22'de sunulmuştur.

**Tablo 22. Katılımcıların Kumar Bağımlılığı Risk Durumunun Yaşa Göre Dağılımı**

Kumar Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi						
Yaş Grubu	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
<b>18-23</b>	Erkek	Sayı	1927	452	562	2941
		Yüzde	65.5 %	15.4 %	19.1 %	
	Kadın	Sayı	3152	205	115	3472
		Yüzde	90.8 %	5.9 %	3.3 %	
	Toplam	Sayı	5079	657	677	6413
		Yüzde	79.2 %	10.2 %	10.6 %	
<b>24-29</b>	Erkek	Sayı	2208	504	594	3306
		Yüzde	66.8 %	15.2 %	18.0 %	
	Kadın	Sayı	2887	201	135	3223
		Yüzde	89.6 %	6.2 %	4.2 %	
	Toplam	Sayı	5095	705	729	6529
		Yüzde	78.0 %	10.8 %	11.2 %	
<b>30-38</b>	Erkek	Sayı	2132	381	358	2871
		Yüzde	74.3 %	13.3 %	12.5 %	
	Kadın	Sayı	2340	179	80	2599
		Yüzde	90.0 %	6.9 %	3.1 %	
	Toplam	Sayı	4472	560	438	5470
		Yüzde	81.8 %	10.2 %	8.0 %	
<b>&gt;38</b>	Erkek	Sayı	2484	369	298	3151
		Yüzde	78.8 %	11.7 %	9.5 %	
	Kadın	Sayı	2655	157	63	2875
		Yüzde	92.3 %	5.5 %	2.2 %	
	Toplam	Sayı	5139	526	361	6026
		Yüzde	85.3 %	8.7 %	6.0 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	8751	1706	1812	12269
		Yüzde	71.3 %	13.9 %	14.8 %	
	Kadın	Sayı	11034	742	393	12169

	Yüzde	90.7 %	6.1 %	3.2 %	
Toplam	Sayı	19785	2448	2205	24438
	Yüzde	81.0 %	10.0 %	9.0 %	

Eğitim düzeyine göre kumar bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, ilkökul ve altı düzeyde eğitime sahip katılımcıların %8'inin, ortaokul mezunu katılımcıların %9.6'sının, lise mezunu katılımcıların %10.2'sinin, üniversite mezunu katılımcıların %8.8'inin, lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların % 7.2'sinin kumar bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %15.7 ile lise mezunu erkek katılımcılardır. En düşük riskli grup ise katılımcıların %92.1'inin sorgulanan altı belirtiden de 0 puan alarak "kumar için davranışsal bağımlılık yok" grubu olarak değerlendirildiği ilkökul ve altı eğitim düzeyine sahip kadın katılımcı grubudur. Katılımcıların kumar bağımlılığı risk durumlarının eğitim düzeylerine göre dağılımı Tablo 23'de sunulmuştur.

**Tablo 23. Katılımcıların Kumar Bağımlılığı Risk Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı**

Kumar Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi						
Eğitim	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
İlkokul	Erkek	Sayı	477	75	95	647
		Yüzde	73.7 %	11.6 %	14.7 %	
	Kadın	Sayı	809	42	27	878
		Yüzde	92.1 %	4.8 %	3.1 %	
	Toplam	Sayı	1286	117	122	1525
		Yüzde	84.3 %	7.7 %	8.0 %	
Ortaokul	Erkek	Sayı	618	115	118	851
		Yüzde	72.6 %	13.5 %	13.9 %	
	Kadın	Sayı	554	38	22	614

		Yüzde	90.2 %	6.2 %	3.6 %	
	Toplam	Sayı	1172	153	140	1465
		Yüzde	80.0 %	10.4 %	9.6 %	
<b>Lise</b>	Erkek	Sayı	2458	469	547	3474
		Yüzde	70.8 %	13.5 %	15.7 %	
	Kadın	Sayı	2658	162	104	2924
		Yüzde	90.9 %	5.5 %	3.6 %	
	Toplam	Sayı	5116	631	651	6398
		Yüzde	80.0 %	9.9 %	10.2 %	
<b>Üniversite</b>	Erkek	Sayı	4578	957	961	6496
		Yüzde	70.5 %	14.7 %	14.8 %	
	Kadın	Sayı	6202	442	210	6854
		Yüzde	90.5 %	6.4 %	3.1 %	
	Toplam	Sayı	10780	1399	1171	13350
		Yüzde	80.7 %	10.5 %	8.8 %	
<b>Yüksek Lisans</b>	Erkek	Sayı	638	94	95	827
		Yüzde	77.1 %	11.4 %	11.5 %	
	Kadın	Sayı	821	62	30	913
		Yüzde	89.9 %	6.8 %	3.3 %	
	Toplam	Sayı	1459	156	125	1740
		Yüzde	83.9 %	9.0 %	7.2 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	8769	1710	1816	12295
		Yüzde	71.3 %	13.9 %	14.8 %	
	Kadın	Sayı	11044	746	393	12183
		Yüzde	90.7 %	6.1 %	3.2 %	
	Toplam	Sayı	19813	2456	2209	24478
		Yüzde	80.9 %	10.0 %	9.0 %	

Medeni gruplarına göre kumar bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, evli katılımcıların %6.5'inin, bekar katılımcıların %11.3'ünün, boşanmış ya da ayrılmış katılımcıların %9.3'ünün kumar bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %20.3 ile boşanmış ya da ayrılmış erkek katılımcılardır. Katılımcıların kumar bağımlılığı risk durumlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı Tablo 24'de sunulmuştur.

**Tablo 24. Katılımcıların Kumar Bağımlılığı Risk Durumunun Medeni Duruma Göre Dağılımı**

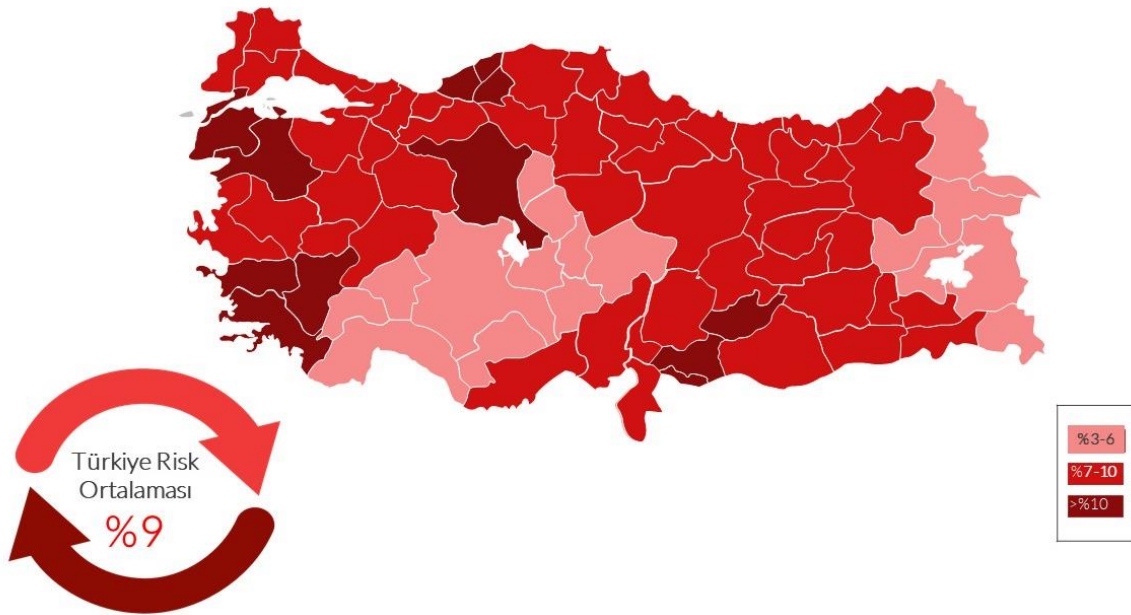
		Kumar Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi				
Medeni	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
<b>Evli</b>	Erkek	Sayı	4175	628	522	5325
		Yüzde	78.4 %	11.8 %	9.8 %	
	Kadın	Sayı	4823	270	136	5229
		Yüzde	92.2 %	5.2 %	2.6 %	
	Toplam	Sayı	8998	898	658	10554
		Yüzde	85.3 %	8.5 %	6.2 %	
<b>Bekar</b>	Erkek	Sayı	4416	1034	1237	6687
		Yüzde	66.0 %	15.5 %	18.5 %	
	Kadın	Sayı	5683	445	233	6361
		Yüzde	89.3 %	7.0 %	3.7 %	
	Toplam	Sayı	10099	1479	1470	13048
		Yüzde	77.4 %	11.3 %	11.3 %	
<b>Ayrılmış</b>	Erkek	Sayı	176	48	57	281
		Yüzde	62.6 %	17.1 %	20.3 %	
	Kadın	Sayı	536	31	24	591
		Yüzde	90.7 %	5.2 %	4.1 %	
	Toplam	Sayı	712	79	81	872



		Yüzde	81.7 %	9.1 %	9.3 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	8767	1710	1816	12293
		Yüzde	71.3 %	13.9 %	14.8 %	
	Kadın	Sayı	11042	746	393	12181
		Yüzde	90.6 %	6.1 %	3.2 %	
	Toplam	Sayı	19809	2456	2209	24474
		Yüzde	80.9 %	10.0 %	9.0 %	

Çalışmada yer alan katılımcılardan kumar bağımlılığı riski yüksek olanların İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 7'de sunulmuştur. Aydın – Denizli – Muğla, Ankara, Zonguldak – Bartın- Karabük, Balıkesir – Çanakkale, Kilis – Gaziantep – Adıyaman bölgelerinde kumar bağımlılığı riski yüksek olan katılımcıların oranları diğer bölgelere kıyasla daha fazla bulunmuştur

**Harita 7. İBBS-2 Bölgelerine Göre Kumar Bağımlılığı Riski Yüksek Katılımcıların Oranları Haritası**



### 4.3.2. Alışveriş Bağımlılığı ile İlişkili Sonuçlar

Bağımlılığın altı belirtisinin sorgulanması sonucunda alışveriş bağımlılığı riski yüksek olarak değerlendirilen bireylerin oranı %42.6 olarak bulunmuştur. Kadın katılımcılarda alışveriş bağımlılığı için yüksek risk grubunda olma oranı %47.9, erkek katılımcılarda ise bu oran %37.4'tür. Alışveriş bağımlılığı orta risk grubunda olduğu değerlendirilen katılımcıların oranı ise kadınlar için %41.4, erkekler için %45.1'dir. Katılımcılar arasında alışveriş bağımlılık davranışına ait altı belirtiden hiçbirini göstermeyenlerin oranı %14.1 gibi görece çok düşük bir değerde kalmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre alışveriş bağımlılığı risk durumları Tablo 25'de sunulmuştur.

**Tablo 25. Katılımcıların Alışveriş Bağımlılığı Risk Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı**

		Alışveriş Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi			
Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
<b>Erkek</b>	Sayı	2153	5554	4595	12302
	Yüzde	17.5 %	45.1 %	37.4 %	
<b>Kadın</b>	Sayı	1300	5049	5842	12191
	Yüzde	10.7 %	41.4 %	47.9 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	3453	10603	10437	24493
	Yüzde	14.1 %	43.3 %	42.6 %	

Yaş gruplarına göre alışveriş bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, 18-23 yaş grubu katılımcıların %50.1'inin, 24-29 yaş grubu katılımcıların %46.3'ünün, 30-38 yaş grubu katılımcıların %40.8'inin ve 38 yaş üstü grubu katılımcıların %32.4'ünün alışveriş bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %56.6 ile 18-23 yaş arası kadın katılımcılardır. En düşük riskli grup ise katılımcıların %20.7'sinin sorgulanan altı belirtiden de 0 puan alarak "alışveriş için davranışsal bağımlılık yok" grubu olarak değerlendirildiği 38 yaş üzeri erkek katılımcı grubudur.

Katılımcıların alışveriş bağımlılığı risk durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 26’te sunulmuştur.

**Tablo 26. Katılımcıların Alışveriş Bağımlılığı Risk Durumunun Yaşa Göre Dağılımı**

Alışveriş Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi						
Yaş	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
<b>18-23</b>	Erkek	Sayı	398	1295	1248	2941
		Yüzde	13.5 %	44.0 %	42.4 %	
	Kadın	Sayı	254	1254	1964	3472
		Yüzde	7.3 %	36.1 %	56.6 %	
	Toplam	Sayı	652	2549	3212	6413
		Yüzde	10.2 %	39.7 %	50.1 %	
<b>24-29</b>	Erkek	Sayı	506	1456	1344	3306
		Yüzde	15.3 %	44.0 %	40.7 %	
	Kadın	Sayı	265	1281	1677	3223
		Yüzde	8.2 %	39.7 %	52.0 %	
	Toplam	Sayı	771	2737	3021	6529
		Yüzde	11.8 %	41.9 %	46.3 %	
<b>30-38</b>	Erkek	Sayı	491	1327	1053	2871
		Yüzde	17.1 %	46.2 %	36.7 %	
	Kadın	Sayı	281	1138	1180	2599
		Yüzde	10.8 %	43.8 %	45.4 %	
	Toplam	Sayı	772	2465	2233	5470
		Yüzde	14.1 %	45.1 %	40.8 %	
<b>&gt;38</b>	Erkek	Sayı	753	1465	933	3151
		Yüzde	23.9 %	46.5 %	29.6 %	
	Kadın	Sayı	494	1364	1017	2875
		Yüzde	17.2 %	47.4 %	35.4 %	

	Toplam	Sayı	1247	2829	1950	6026
		Yüzde	20.7 %	46.9 %	32.4 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	2148	5543	4578	12269
		Yüzde	17.5 %	45.2 %	37.3 %	
	Kadın	Sayı	1294	5037	5838	12169
		Yüzde	10.6 %	41.4 %	48.0 %	
	Toplam	Sayı	3442	10580	10416	24438
		Yüzde	14.1 %	43.3 %	42.6 %	

Eğitim düzeyine göre alışveriş bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, ilkokul ve altı düzeyde eğitime sahip katılımcıların %40.6'sının, ortaokul mezunu katılımcıların %42.5'inin, lise mezunu katılımcıların %43.6'sının, üniversite mezunu katılımcıların %43.1'inin, lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların %37.2'sinin alışveriş bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %49.3 ile üniversite mezunu kadın katılımcılardır. En düşük riskli grup ise katılımcıların %22.9'unun sorgulanan altı belirtiden de 0 puan alarak "alışveriş için davranışsal bağımlılık yok" grubu olarak değerlendirildiği ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip erkek katılımcı grubudur. Katılımcıların alışveriş bağımlılığı risk durumlarının eğitim düzeylerine göre dağılımı Tablo 27'da sunulmuştur.

**Tablo 27. Katılımcıların Alışveriş Bağımlılığı Risk Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı**

Alışveriş Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi						
Eğitim	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
İlkokul	Erkek	Sayı	148	246	253	647
		Yüzde	22.9 %	38.0 %	39.1 %	
	Kadın	Sayı	159	353	366	878

		Yüzde	18.1 %	40.2 %	41.7 %	
	Toplam	Sayı	307	599	619	1525
		Yüzde	20.1 %	39.3 %	40.6 %	
<b>Ortaokul</b>	Erkek	Sayı	171	348	332	851
		Yüzde	20.1 %	40.9 %	39.0 %	
	Kadın	Sayı	80	243	291	614
		Yüzde	13.0 %	39.6 %	47.4 %	
	Toplam	Sayı	251	591	623	1465
		Yüzde	17.1 %	40.3 %	42.5 %	
<b>Lise</b>	Erkek	Sayı	619	1493	1362	3474
		Yüzde	17.8 %	43.0 %	39.2 %	
	Kadın	Sayı	323	1174	1427	2924
		Yüzde	11.0 %	40.2 %	48.8 %	
	Toplam	Sayı	942	2667	2789	6398
		Yüzde	14.7 %	41.7 %	43.6 %	
<b>Üniversite</b>	Erkek	Sayı	1065	3053	2378	6496
		Yüzde	16.4 %	47.0 %	36.6 %	
	Kadın	Sayı	635	2841	3378	6854
		Yüzde	9.3 %	41.5 %	49.3 %	
	Toplam	Sayı	1700	5894	5756	13350
		Yüzde	12.7 %	44.1 %	43.1 %	
<b>Yüksek Lisans</b>	Erkek	Sayı	148	411	268	827
		Yüzde	17.9 %	49.7 %	32.4 %	
	Kadın	Sayı	100	433	380	913
		Yüzde	11.0 %	47.4 %	41.6 %	
	Toplam	Sayı	248	844	648	1740
		Yüzde	14.3 %	48.5 %	37.2 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	2151	5551	4593	12295

	Yüzde	17.5 %	45.1 %	37.4 %	
Kadın	Sayı	1297	5044	5842	12183
	Yüzde	10.6 %	41.4 %	48.0 %	
Toplam	Sayı	3448	10595	10435	24478
	Yüzde	14.1%	43.3 %	42.6 %	

Medeni gruplarına göre alışveriş bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, evli katılımcıların %37.8'inin, bekar katılımcıların %46.9'unun, boşanmış ya da ayrılmış katılımcıların %36.8'inin alışveriş bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %52.6 ile bekar kadın katılımcılardır. Katılımcıların alışveriş bağımlılığı risk durumlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı Tablo 28'de sunulmuştur.

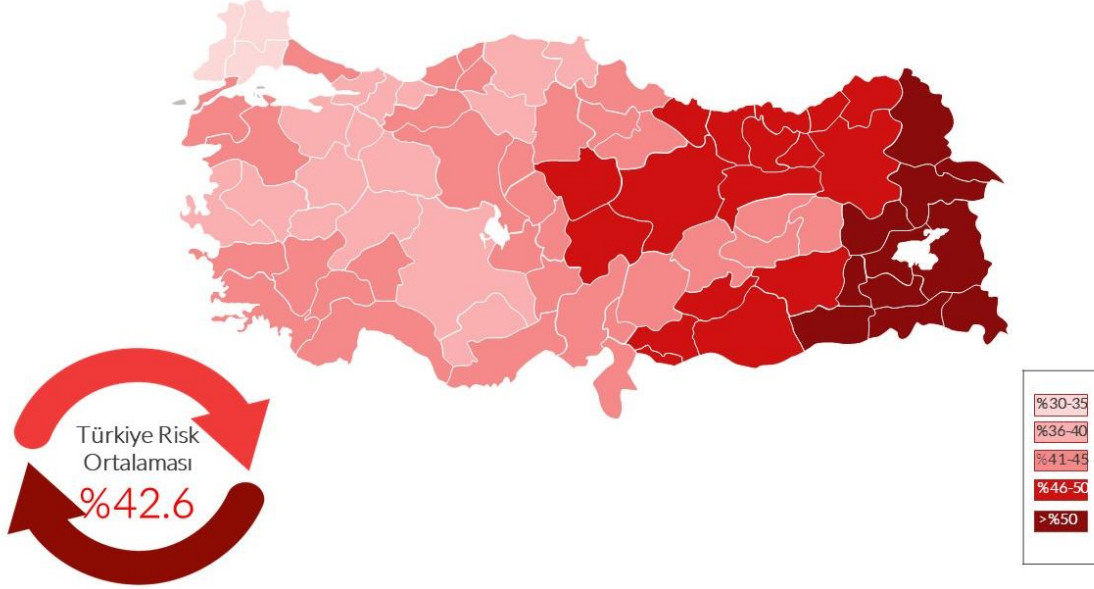
**Tablo 28. Katılımcıların Alışveriş Bağımlılığı Risk Durumunun Medeni Duruma Göre Dağılımı**

		Alışveriş Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi				
Medeni	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
<b>Evli</b>	Erkek	Sayı	1092	2495	1738	5325
		Yüzde	20.5 %	46.9 %	32.6 %	
	Kadın	Sayı	671	2307	2251	5229
		Yüzde	12.8 %	44.1 %	43.0 %	
Toplam		Sayı	1763	4802	3989	10554
		Yüzde	16.7 %	45.5 %	37.8 %	
<b>Bekar</b>	Erkek	Sayı	996	2915	2776	6687
		Yüzde	14.9 %	43.6 %	41.5 %	
	Kadın	Sayı	532	2482	3347	6361
		Yüzde	8.4 %	39.0 %	52.6 %	
Toplam		Sayı	1528	5397	6123	13048

		Yüzde	11.7 %	41.4 %	46.9 %	
<b>Ayrılmış</b>	Erkek	Sayı	62	140	79	281
		Yüzde	22.1 %	49.8 %	28.1 %	
	Kadın	Sayı	94	255	242	591
		Yüzde	15.9 %	43.1 %	40.9 %	
	Toplam	Sayı	156	395	321	872
		Yüzde	17.9 %	45.3 %	36.8 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	2150	5550	4593	12293
		Yüzde	17.5 %	45.1 %	37.4 %	
	Kadın	Sayı	1297	5044	5840	12181
		Yüzde	10.6 %	41.4 %	47.9 %	
	Toplam	Sayı	3447	10594	10433	24474
		Yüzde	14.1 %	43.3 %	42.6 %	

Çalışmada yer alan katılımcılardan alışveriş bağımlılığı riski yüksek olanların İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 8’de sunulmuştur. Ülkemizin doğu bölgesinde alışveriş bağımlılığı riski yüksek olan katılımcıların oranları diğer bölgelere göre daha fazla bulunmuştur

### Harita 8. İBBS-2 Bölgelerine Göre Alışveriş Bağımlılığı Riski Yüksek Katılımcıların Oranları Haritası



#### 4.3.3. Sosyal Medya Bağımlılığı ile İlişkili Sonuçlar

Bağımlılığın altı belirtisinin sorgulanması sonucunda sosyal medya bağımlılığı riski yüksek olarak değerlendirilen bireylerin oranı %43.7 olarak bulunmuştur. Kadın katılımcılarda sosyal medya bağımlılığı için yüksek risk grubunda olma oranı %43.1, erkek katılımcılarda ise bu oran %44.3'tür. Sosyal medya bağımlılığı orta risk grubunda olduğu değerlendirilen katılımcıların oranı ise kadınlar için %46.8, erkekler için %46.0'dir. Katılımcılar arasında sosyal medya bağımlılık davranışına ait altı belirtiden hiç birini göstermeyenlerin oranı %9.9 gibi görece çok düşük bir değerde kalmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre sosyal medya bağımlılığı risk durumları Tablo 29'de sunulmuştur.



**Tablo 29. Katılımcıların Sosyal Medya Bağımlılığı Risk Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı**

		Sosyal Medya Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi			
Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
Erkek	Sayı	1190	5662	5450	12302
	Yüzde	9.7 %	46.0 %	44.3 %	
Kadın	Sayı	1231	5702	5258	12191
	Yüzde	10.1 %	46.8 %	43.1 %	
Toplam	Sayı	2421	11364	10708	24493
	Yüzde	9.9 %	46.4 %	43.7 %	

Yaş gruplarına göre sosyal medya bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, 18-23 yaş grubu katılımcıların %58.9'unun, 24-29 yaş grubu katılımcıların %49.5'inin, 30-38 yaş grubu katılımcıların %38.2'sinin ve 38 yaş üstü grubu katılımcıların %26.4'ünün sosyal medya bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %59.6 ile 18-23 yaş arası kadın katılımcılardır. En düşük riskli grup ise katılımcıların %19.4'ünün sorgulanan altı belirtiden de 0 puan alarak "sosyal medya için davranışsal bağımlılık yok" grubu olarak değerlendirildiği 38 yaş üzeri kadın katılımcı grubudur. Katılımcıların sosyal medya bağımlılığı risk durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 30'da sunulmuştur.

**Tablo 30. Katılımcıların Sosyal Medya Bağımlılığı Risk Durumunun Yaşa Göre Dağılımı**

		Sosyal Medya Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi				
Yaş	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
18-23	Erkek	Sayı	150	1083	1708	2941
		Yüzde	5.1 %	36.8 %	58.1 %	
	Kadın	Sayı	169	1234	2069	3472

		Yüzde	4.9 %	35.5 %	59.6 %	
	Toplam	Sayı	319	2317	3777	6413
		Yüzde	5.0 %	36.1 %	58.9 %	
<b>24-29</b>	Erkek	Sayı	222	1429	1655	3306
		Yüzde	6.7 %	43.2 %	50.1 %	
	Kadın	Sayı	215	1433	1575	3223
		Yüzde	6.7 %	44.5 %	48.9 %	
	Toplam	Sayı	437	2862	3230	6529
		Yüzde	6.7 %	43.8 %	49.5 %	
<b>30-38</b>	Erkek	Sayı	261	1436	1174	2871
		Yüzde	9.1 %	50.0 %	40.9 %	
	Kadın	Sayı	285	1398	916	2599
		Yüzde	11.0 %	53.8 %	35.2 %	
	Toplam	Sayı	546	2834	2090	5470
		Yüzde	10.0 %	51.8 %	38.2 %	
<b>&gt;38</b>	Erkek	Sayı	553	1702	896	3151
		Yüzde	17.5 %	54.0 %	28.4 %	
	Kadın	Sayı	557	1626	692	2875
		Yüzde	19.4 %	56.6 %	24.1 %	
	Toplam	Sayı	1110	3328	1588	6026
		Yüzde	18.4 %	55.2 %	26.4 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	1186	5650	5433	12269
		Yüzde	9.7 %	46.1 %	44.3 %	
	Kadın	Sayı	1226	5691	5252	12169
		Yüzde	10.1 %	46.8 %	43.2 %	
	Toplam	Sayı	2412	11341	10685	24438
		Yüzde	9.9 %	46.4 %	43.7 %	

Eğitim düzeyine göre sosyal medya bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, ilkokul ve altı düzeyde eğitime sahip katılımcıların %32'sinin, ortaokul mezunu katılımcıların %41.2'sinin, lise mezunu katılımcıların %45.4'ünün, üniversite mezunu katılımcıların %45.3'ünün, lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların % 37.8'inin sosyal medya bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %45.9 ile lise mezunu erkek katılımcılardır. En düşük riskli grup ise katılımcıların %26.1'inin sorgulanan altı belirtiden de 0 puan alarak "sosyal medya için davranışsal bağımlılık yok" grubu olarak değerlendirildiği ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip kadın katılımcı grubudur. Katılımcıların sosyal medya bağımlılığı risk durumlarının eğitim düzeylerine göre dağılımı Tablo 31'da sunulmuştur.

**Tablo 31. Katılımcıların Sosyal Medya Bağımlılığı Risk Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı**

Sosyal Medya Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi						
Eğitim	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
İlkokul	Erkek	Sayı	138	269	240	647
		Yüzde	21.3 %	41.6 %	37.1 %	
	Kadın	Sayı	229	401	248	878
		Yüzde	26.1 %	45.7 %	28.2 %	
	Toplam	Sayı	367	670	488	1525
		Yüzde	24.1 %	43.9 %	32.0 %	
Ortaokul	Erkek	Sayı	114	367	370	851
		Yüzde	13.4 %	43.1 %	43.5 %	
	Kadın	Sayı	97	283	234	614
		Yüzde	15.8 %	46.1 %	38.1 %	
	Toplam	Sayı	211	650	604	1465
		Yüzde	14.4 %	44.4 %	41.2 %	
Lise	Erkek	Sayı	330	1549	1595	3474

		Yüzde	9.5 %	44.6 %	45.9 %	
	Kadın	Sayı	288	1329	1307	2924
		Yüzde	9.8 %	45.5 %	44.7 %	
	Toplam	Sayı	618	2878	2902	6398
		Yüzde	9.7 %	45.0 %	45.4 %	
<b>Üniversite</b>	Erkek	Sayı	525	3043	2928	6496
		Yüzde	8.1 %	46.8 %	45.1 %	
	Kadın	Sayı	535	3194	3125	6854
		Yüzde	7.8 %	46.6 %	45.6 %	
	Toplam	Sayı	1060	6237	6053	13350
		Yüzde	7.9 %	46.7 %	45.3 %	
<b>Yüksek Lisans</b>	Erkek	Sayı	83	430	314	827
		Yüzde	10.0 %	52.0 %	38.0 %	
	Kadın	Sayı	79	491	343	913
		Yüzde	8.7 %	53.8 %	37.6 %	
	Toplam	Sayı	162	921	657	1740
		Yüzde	9.3 %	52.9 %	37.8 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	1190	5658	5447	12295
		Yüzde	9.7 %	46.0 %	44.3 %	
	Kadın	Sayı	1228	5698	5257	12183
		Yüzde	10.1 %	46.8 %	43.2 %	
	Toplam	Sayı	2418	11356	10704	24478
		Yüzde	9.9 %	46.4 %	43.7 %	

Medeni gruplarına göre sosyal medya bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, evli katılımcıların %32.7'sinin, bekar katılımcıların %53.4'ünün, boşanmış ya da ayrılmış katılımcıların %32.2'sinin sosyal medya bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği

izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren gruplar %53.4 ile bekar kadın katılımcılar ve yine %53.4 ile bekar erkek katılımcılardır. Katılımcıların sosyal medya bağımlılığı risk durumlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı Tablo 32’de sunulmuştur.

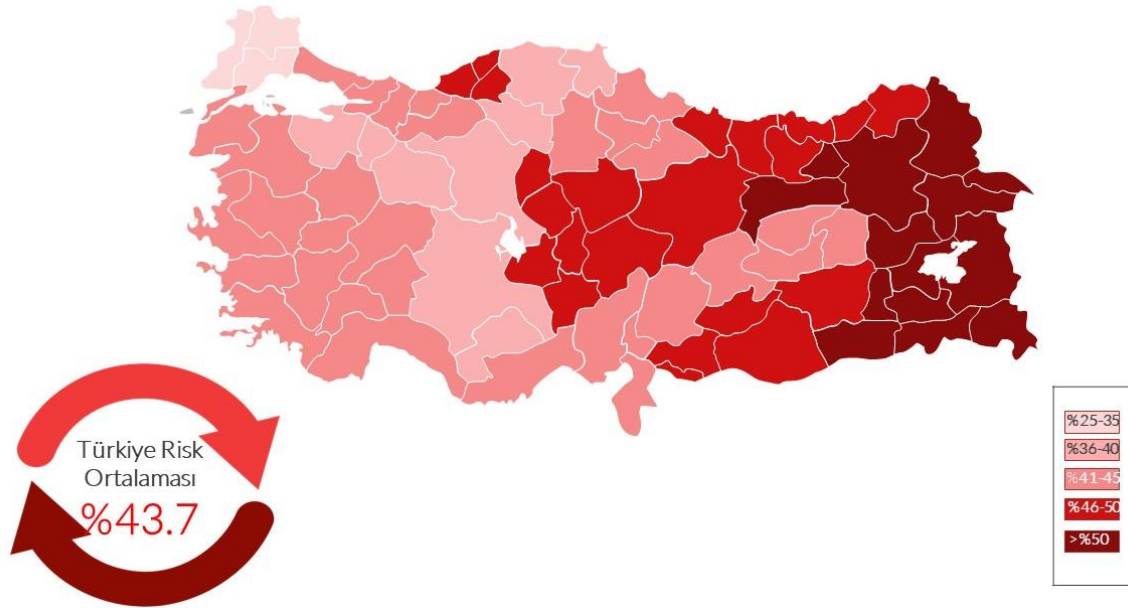
**Tablo 32. Katılımcıların Sosyal Medya Bağımlılığı Risk Durumunun Medeni Duruma Göre Dağılımı**

Sosyal Medya Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi						
Medeni	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
<b>Evli</b>	Erkek	Sayı	751	2780	1794	5325
		Yüzde	14.1 %	52.2 %	33.7 %	
	Kadın	Sayı	742	2826	1661	5229
		Yüzde	14.2 %	54.0 %	31.8 %	
	Toplam	Sayı	1493	5606	3455	10554
		Yüzde	14.1 %	53.1 %	32.7 %	
<b>Bekar</b>	Erkek	Sayı	396	2721	3570	6687
		Yüzde	5.9 %	40.7 %	53.4 %	
	Kadın	Sayı	395	2568	3398	6361
		Yüzde	6.2 %	40.4 %	53.4 %	
	Toplam	Sayı	791	5289	6968	13048
		Yüzde	6.1 %	40.5 %	53.4 %	
<b>Ayrılmış</b>	Erkek	Sayı	42	155	84	281
		Yüzde	14.9 %	55.2 %	29.9 %	
	Kadın	Sayı	90	304	197	591
		Yüzde	15.2 %	51.4 %	33.3 %	
	Toplam	Sayı	132	459	281	872
		Yüzde	15.1 %	52.6 %	32.2 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	1189	5656	5448	12293
		Yüzde				

	Yüzde	9.7 %	46.0 %	44.3 %	
Kadın	Sayı	1227	5698	5256	12181
	Yüzde	10.1 %	46.8 %	43.1 %	
Toplam	Sayı	2416	11354	10704	24474
	Yüzde	9.9 %	46.4 %	43.7 %	

Çalışmada yer alan katılımcılardan sosyal medya bağımlılığı riski yüksek olanların İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 9'da sunulmuştur. Ülkemizin doğu bölgesinde sosyal medya bağımlılığı riski yüksek olan katılımcıların oranları diğer bölgelere göre daha fazla bulunmuştur.

#### Harita 9. İBBS-2 Bölgelerine Göre Sosyal Medya Bağımlılığı Riski Yüksek Katılımcıların Oranları Haritası



#### 4.3.4. Yeme Bağımlılığı ile İlişkili Sonuçlar

Bağımlılığın altı belirtisinin sorgulanması sonucunda yeme bağımlılığı riski yüksek olarak değerlendirilen bireylerin oranı %43.7 olarak bulunmuştur. Kadın katılımcılarda yeme bağımlılığı için yüksek risk grubunda olma oranı %41.1, erkek katılımcılarda ise bu oran %46.3'tür. Yeme bağımlılığı orta risk grubunda olduğu değerlendirilen katılımcıların oranı ise kadınlar için %49.0, erkekler için %45.6'dır. Katılımcılar arasında yeme bağımlılık davranışına ait altı belirtiden hiç birini göstermeyenlerin oranı %9 gibi görece çok düşük bir değerde kalmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre yeme bağımlılığı risk durumları Tablo 33'de sunulmuştur.

**Tablo 33. Katılımcıların Yeme Bağımlılığı Risk Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı**

Cinsiyet		Yeme Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi			Toplam
		Yok	Orta	Yüksek	
<b>Erkek</b>	Sayı	995	5613	5694	12302
	Yüzde	8.1 %	45.6 %	46.3 %	
<b>Kadın</b>	Sayı	1205	5974	5012	12191
	Yüzde	9.9 %	49.0 %	41.1 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	2200	11587	10706	24493
	Yüzde	9.0 %	47.3 %	43.7 %	

Yaş gruplarına göre yeme bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, 18-23 yaş grubu katılımcıların %54.2'sinin, 24-29 yaş grubu katılımcıların %46.2'sinin, 30-38 yaş grubu katılımcıların %40'ının ve 38 yaş üstü grubu katılımcıların %33.2'sinin yeme bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski

oranını en sık gösteren grup %56.7 ile 18-23 yaş arası erkek katılımcılardır. En düşük riskli grup ise katılımcıların %15'inin sorgulanan altı belirtiden de 0 puan alarak "yeme için davranışsal bağımlılık yok" grubu olarak değerlendirildiği 38 yaş üzeri kadın katılımcı grubudur. Katılımcıların yeme bağımlılığı risk durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 34'de sunulmuştur.

**Tablo 34. Katılımcıların Yeme Bağımlılığı Risk Durumunun Yaşa Göre Dağılımı**

Yeme Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi						
Yaş	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
<b>18-23</b>	Erkek	Sayı	152	1121	1668	2941
		Yüzde	5.2 %	38.1 %	56.7 %	
	Kadın	Sayı	185	1478	1809	3472
		Yüzde	5.3 %	42.6 %	52.1 %	
	Toplam	Sayı	337	2599	3477	6413
		Yüzde	5.3 %	40.5 %	54.2 %	
<b>24-29</b>	Erkek	Sayı	208	1459	1639	3306
		Yüzde	6.3 %	44.1 %	49.6 %	
	Kadın	Sayı	285	1561	1377	3223
		Yüzde	8.8 %	48.4 %	42.7 %	
	Toplam	Sayı	493	3020	3016	6529
		Yüzde	7.6 %	46.3 %	46.2 %	
<b>30-38</b>	Erkek	Sayı	225	1390	1256	2871
		Yüzde	7.8 %	48.4 %	43.7 %	
	Kadın	Sayı	296	1372	931	2599
		Yüzde	11.4 %	52.8 %	35.8 %	
	Toplam	Sayı	521	2762	2187	5470
		Yüzde	9.5 %	50.5 %	40.0 %	
<b>&gt;38</b>	Erkek	Sayı	406	1632	1113	3151



		Yüzde	12.9 %	51.8 %	35.3 %	
	Kadın	Sayı	432	1554	889	2875
		Yüzde	15.0 %	54.1 %	30.9 %	
	Toplam	Sayı	838	3186	2002	6026
		Yüzde	13.9 %	52.9 %	33.2 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	991	5602	5676	12269
		Yüzde	8.1 %	45.7 %	46.3 %	
	Kadın	Sayı	1198	5965	5006	12169
		Yüzde	9.8 %	49.0 %	41.1 %	
	Toplam	Sayı	2189	11567	10682	24438
		Yüzde	9.0 %	47.3 %	43.7 %	

Eğitim düzeyine göre yeme bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, ilkokul ve altı düzeyde eğitime sahip katılımcıların %41.8'inin, ortaokul mezunu katılımcıların %44.9'unun, lise mezunu katılımcıların %45'inin, üniversite mezunu katılımcıların %43.9'unun, lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların % 37.8'inin yeme bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %47.4 ile lise mezunu erkek katılımcılardır. En düşük riskli grup ise katılımcıların %13.8'inin sorgulanan altı belirtiden de 0 puan alarak "yeme için davranışsal bağımlılık yok" grubu olarak değerlendirildiği ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip kadın katılımcı grubudur. Katılımcıların yeme bağımlılığı risk durumlarının eğitim düzeylerine göre dağılımı Tablo 35'de sunulmuştur.

**Tablo 35. Katılımcıların Yeme Bağımlılığı Risk Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı**

Yeme Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi						
Eğitim	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
<b>İlkokul</b>	Erkek	Sayı	69	271	307	647
		Yüzde	10.7 %	41.9 %	47.4 %	
	Kadın	Sayı	121	426	331	878
		Yüzde	13.8 %	48.5 %	37.7 %	
	Toplam	Sayı	190	697	638	1525
		Yüzde	12.5 %	45.7 %	41.8 %	
<b>Ortaokul</b>	Erkek	Sayı	96	354	401	851
		Yüzde	11.3 %	41.6 %	47.1 %	
	Kadın	Sayı	75	282	257	614
		Yüzde	12.2 %	45.9 %	41.9 %	
	Toplam	Sayı	171	636	658	1465
		Yüzde	11.7 %	43.4 %	44.9 %	
<b>Lise</b>	Erkek	Sayı	291	1537	1646	3474
		Yüzde	8.4 %	44.2 %	47.4 %	
	Kadın	Sayı	300	1390	1234	2924
		Yüzde	10.3 %	47.5 %	42.2 %	
	Toplam	Sayı	591	2927	2880	6398
		Yüzde	9.2 %	45.7 %	45.0 %	
<b>Üniversite</b>	Erkek	Sayı	467	3025	3004	6496
		Yüzde	7.2 %	46.6 %	46.2 %	
	Kadın	Sayı	613	3379	2862	6854
		Yüzde	8.9 %	49.3 %	41.8 %	
	Toplam	Sayı	1080	6404	5866	13350
		Yüzde	8.1 %	48.0 %	43.9 %	

<b>Yüksek Lisans</b>	Erkek	Sayı	72	422	333	827
		Yüzde	8.7 %	51.0 %	40.3 %	
	Kadın	Sayı	93	495	325	913
		Yüzde	10.2 %	54.2 %	35.6 %	
	Toplam	Sayı	165	917	658	1740
		Yüzde	9.5 %	52.7 %	37.8 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	995	5609	5691	12295
		Yüzde	8.1 %	45.6 %	46.3 %	
	Kadın	Sayı	1202	5972	5009	12183
		Yüzde	9.9 %	49.0 %	41.1 %	
	Toplam	Sayı	2197	11581	10700	24478
		Yüzde	9.0 %	47.3 %	43.7 %	

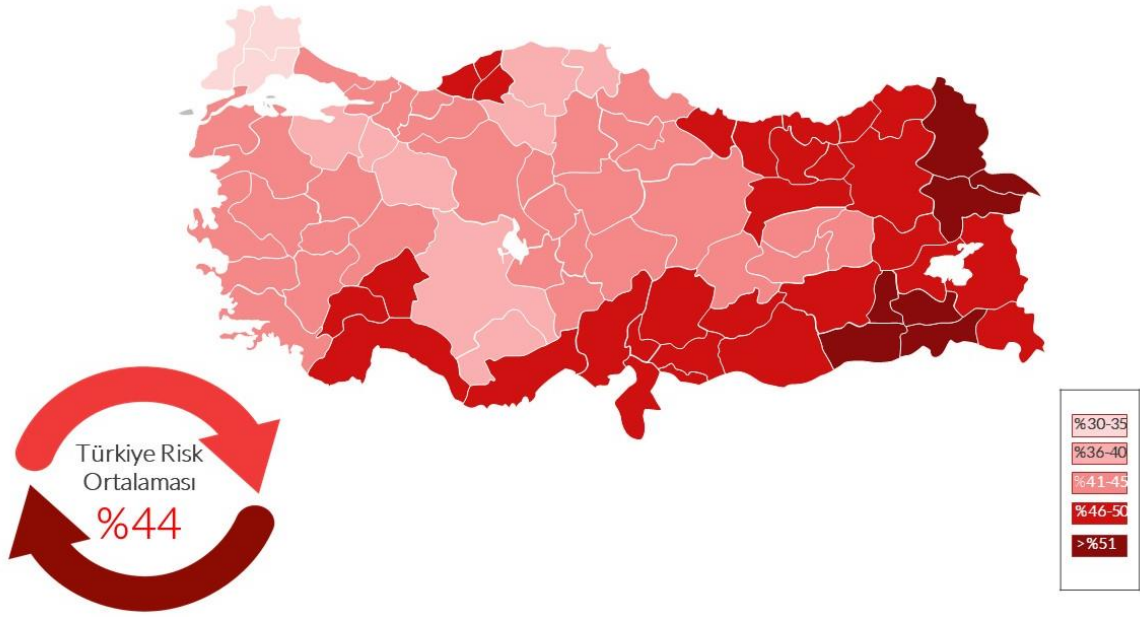
Medeni gruplarına göre yeme bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, evli katılımcıların %37'sinin, bekar katılımcıların %49.9'unun, boşanmış ya da ayrılmış katılımcıların %31.9'unun yeme bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %52.1 ile bekar erkek katılımcılardır. Katılımcıların yeme bağımlılığı risk durumlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı Tablo 36'te sunulmuştur.

**Tablo 36. Katılımcıların Yeme Bağımlılığı Risk Durumunun Medeni Duruma Göre Dağılımı**

		Yeme Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi				
Medeni	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
<b>Evli</b>	Erkek	Sayı	543	2670	2112	5325
		Yüzde	10.2 %	50.1 %	39.7 %	
	Kadın	Sayı	667	2764	1798	5229
		Yüzde	12.8 %	52.9 %	34.4 %	
	Toplam	Sayı	1210	5434	3910	10554
		Yüzde	11.5 %	51.5 %	37.0 %	
<b>Bekar</b>	Erkek	Sayı	422	2780	3485	6687
		Yüzde	6.3 %	41.6 %	52.1 %	
	Kadın	Sayı	457	2877	3027	6361
		Yüzde	7.2 %	45.2 %	47.6 %	
	Toplam	Sayı	879	5657	6512	13048
		Yüzde	6.7 %	43.4 %	49.9 %	
<b>Ayrılmış</b>	Erkek	Sayı	29	158	94	281
		Yüzde	10.3 %	56.2 %	33.5 %	
	Kadın	Sayı	77	330	184	591
		Yüzde	13.0 %	55.8 %	31.1 %	
	Toplam	Sayı	106	488	278	872
		Yüzde	12.2 %	56.0 %	31.9 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	994	5608	5691	12293
		Yüzde	8.1 %	45.6 %	46.3 %	
	Kadın	Sayı	1201	5971	5009	12181
		Yüzde	9.9 %	49.0 %	41.1 %	
	Toplam	Sayı	2195	11579	10700	24474
		Yüzde	9.0 %	47.3 %	43.7 %	

Çalışmada yer alan katılımcılardan yeme bağımlılığı riski yüksek olanların İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 10'da sunulmuştur. Ardahan – Kars – Iğdır – Ağrı ve Mardin – Batman – Siirt – Şırnak bölgelerinde yeme bağımlılığı riski yüksek olan katılımcıların oranları diğer bölgelere göre daha fazla bulunmuştur

**Harita 10. İBBS-2 Bölgelerine Göre Yeme Bağımlılığı Riski Yüksek Katılımcıların Oranları Haritası**



#### 4.3.5. Dijital Oyun Bağımlılığı ile İlişkili Sonuçlar

Bağımlılığın altı belirtisinin sorgulanması sonucunda dijital oyun bağımlılığı riski yüksek olarak değerlendirilen bireylerin oranı %32.0 olarak bulunmuştur. Kadın katılımcılarda dijital oyun bağımlılığı için yüksek risk grubunda olma oranı %20.9, erkek katılımcılarda ise bu oran %43.0'tür. Dijital oyun bağımlılığı orta risk grubunda olduğu değerlendirilen katılımcıların oranı

ise kadınlar için %32.9, erkekler için %32.4'tür. Katılımcılar arasında dijital oyun bağımlılık davranışına ait altı belirtiden hiç birini göstermeyenlerin oranı %35.3 olarak saptanmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dijital oyun bağımlılığı risk durumları Tablo 37'da sunulmuştur.

**Tablo 37. Katılımcıların Dijital Oyun Bağımlılığı Risk Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı**

		Dijital Oyun Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi			
Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
<b>Erkek</b>	Sayı	3015	3991	5296	12302
	Yüzde	24.5 %	32.4 %	43.0 %	
<b>Kadın</b>	Sayı	5633	4014	2544	12191
	Yüzde	46.2 %	32.9 %	20.9 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	8648	8005	7840	24493
	Yüzde	35.3 %	32.7 %	32.0 %	

Yaş gruplarına göre dijital oyun bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, 18-23 yaş grubu katılımcıların %41.4'ünün, 24-29 yaş grubu katılımcıların %36.4'ünün, 30-38 yaş grubu katılımcıların %29.8'inin ve 38 yaş üstü grubu katılımcıların %19.2'sinin dijital oyun bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %58.9 ile 18-23 yaş arası erkek katılımcılardır. En düşük riskli grup ise katılımcıların %57.5'inin sorgulanan altı belirtiden de 0 puan alarak "dijital oyun için davranışsal bağımlılık yok" grubu olarak değerlendirildiği 38 yaş üzeri kadın katılımcı grubudur. Katılımcıların dijital oyun bağımlılığı risk durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 38'de sunulmuştur.

**Tablo 38. Katılımcıların Dijital Oyun Bağımlılığı Risk Durumunun Yaşa Göre Dağılımı**

Dijital Oyun Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi						
Yaş	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
<b>18-23</b>	Erkek	Sayı	350	860	1731	2941
		Yüzde	11.9 %	29.2 %	58.9 %	
	Kadın	Sayı	1262	1288	922	3472
		Yüzde	36.3 %	37.1 %	26.6 %	
	Toplam	Sayı	1612	2148	2653	6413
		Yüzde	25.1 %	33.5 %	41.4 %	
<b>24-29</b>	Erkek	Sayı	570	1048	1688	3306
		Yüzde	17.2 %	31.7 %	51.1 %	
	Kadın	Sayı	1429	1107	687	3223
		Yüzde	44.3 %	34.3 %	21.3 %	
	Toplam	Sayı	1999	2155	2375	6529
		Yüzde	30.6 %	33.0 %	36.4 %	
<b>30-38</b>	Erkek	Sayı	733	990	1148	2871
		Yüzde	25.5 %	34.5 %	40.0 %	
	Kadın	Sayı	1278	837	484	2599
		Yüzde	49.2 %	32.2 %	18.6 %	
	Toplam	Sayı	2011	1827	1632	5470
		Yüzde	36.8 %	33.4 %	29.8 %	
<b>&gt;38</b>	Erkek	Sayı	1356	1083	712	3151
		Yüzde	43.0 %	34.4 %	22.6 %	
	Kadın	Sayı	1652	775	448	2875
		Yüzde	57.5 %	27.0 %	15.6 %	
	Toplam	Sayı	3008	1858	1160	6026
		Yüzde	49.9 %	30.8 %	19.2 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	3009	3981	5279	12269
		Yüzde	24.5 %	32.4 %	43.0 %	
	Kadın	Sayı	5621	4007	2541	12169

	Yüzde	46.2 %	32.9 %	20.9 %	
Toplam	Sayı	8630	7988	7820	24438
	Yüzde	35.3 %	32.7 %	32.0 %	

Eğitim düzeyine göre dijital oyun bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, ilkokul ve altı düzeyde eğitime sahip katılımcıların %2.9’unun, ortaokul mezunu katılımcıların %31.9’unun, lise mezunu katılımcıların %35.1’inin, üniversite mezunu katılımcıların %32.7’sinin, lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların % 23.9’unun dijital oyun bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %44.8 ile üniversite mezunu erkek katılımcılardır. En düşük riskli grup ise katılımcıların %54.4’ünün sorgulanan altı belirtiden de 0 puan alarak “dijital oyun için davranışsal bağımlılık yok” grubu olarak değerlendirildiği ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip kadın katılımcı grubudur. Katılımcıların dijital oyun bağımlılığı risk durumlarının eğitim düzeylerine göre dağılımı Tablo 39’de sunulmuştur.

**Tablo 39. Katılımcıların Dijital Oyun Bağımlılığı Risk Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı**

Dijital Oyun Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi						
Eğitim	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
İlkokul	Erkek	Sayı	266	179	202	647
		Yüzde	41.1 %	27.7 %	31.2 %	
	Kadın	Sayı	478	253	147	878
		Yüzde	54.4 %	28.8 %	16.7 %	
Toplam		Sayı	744	432	349	1525
		Yüzde	48.8 %	28.3 %	22.9 %	
Ortaokul	Erkek	Sayı	256	259	336	851
		Yüzde	30.1 %	30.4 %	39.5 %	



	Kadın	Sayı	292	191	131	614
		Yüzde	47.6 %	31.1 %	21.3 %	
	Toplam	Sayı	548	450	467	1465
		Yüzde	37.4 %	30.7 %	31.9 %	
<b>Lise</b>	Erkek	Sayı	832	1092	1550	3474
		Yüzde	23.9 %	31.4 %	44.6 %	
	Kadın	Sayı	1259	971	694	2924
		Yüzde	43.1 %	33.2 %	23.7 %	
	Toplam	Sayı	2091	2063	2244	6398
		Yüzde	32.7 %	32.2 %	35.1 %	
<b>Üniversite</b>	Erkek	Sayı	1421	2163	2912	6496
		Yüzde	21.9 %	33.3 %	44.8 %	
	Kadın	Sayı	3103	2301	1450	6854
		Yüzde	45.3 %	33.6 %	21.2 %	
	Toplam	Sayı	4524	4464	4362	13350
		Yüzde	33.9 %	33.4 %	32.7 %	
<b>Yüksek Lisans</b>	Erkek	Sayı	238	296	293	827
		Yüzde	28.8 %	35.8 %	35.4 %	
	Kadın	Sayı	495	296	122	913
		Yüzde	54.2 %	32.4 %	13.4 %	
	Toplam	Sayı	733	592	415	1740
		Yüzde	42.1 %	34.0 %	23.9 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	3013	3989	5293	12295
		Yüzde	24.5 %	32.4 %	43.1 %	
	Kadın	Sayı	5627	4012	2544	12183
		Yüzde	46.2 %	32.9 %	20.9 %	
	Toplam	Sayı	8640	8001	7837	24478
		Yüzde	35.3 %	32.7 %	32.0 %	

Medeni gruplarına göre dijital oyun bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, evli katılımcıların %24.5'inin, bekar katılımcıların %38.8'inin, boşanmış ya da ayrılmış katılımcıların %21.7'sinin dijital oyun bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %53 ile bekar erkek katılımcılardır. Katılımcıların dijital oyun bağımlılığı risk durumlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı Tablo 40'da sunulmuştur.

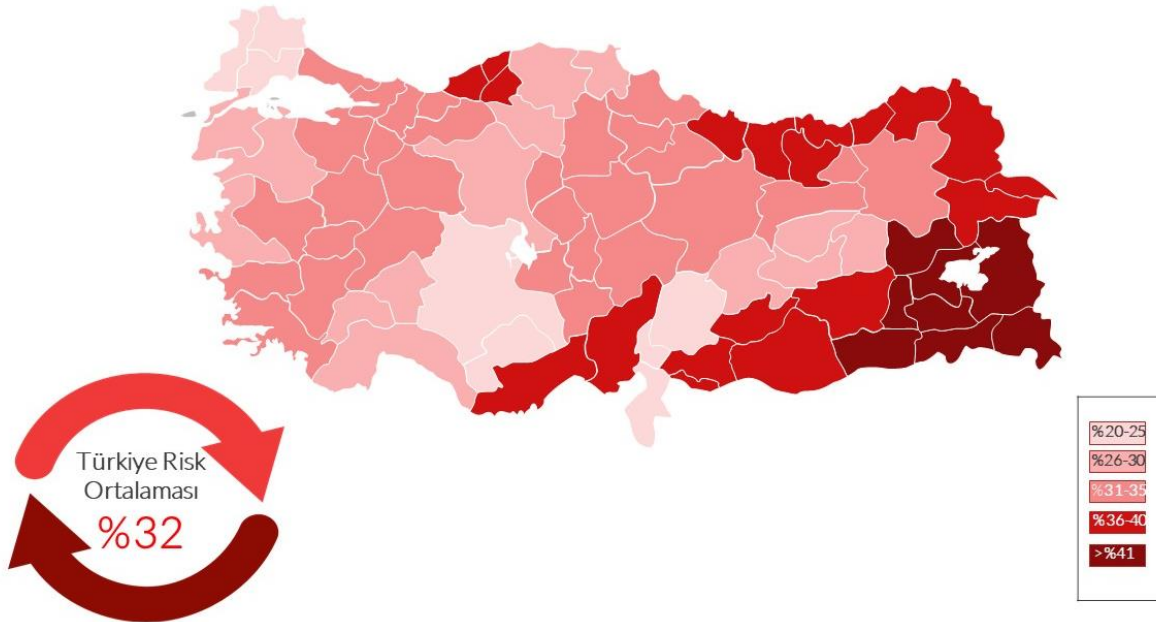
**Tablo 40. Katılımcıların Dijital Oyun Bağımlılığı Risk Durumunun Medeni Duruma Göre Dağılımı**

Dijital Oyun Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi						
Medeni	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
Evli	Erkek	Sayı	1847	1803	1675	5325
		Yüzde	34.7 %	33.9 %	31.5 %	
	Kadın	Sayı	2735	1581	913	5229
		Yüzde	52.3 %	30.2 %	17.5 %	
	Toplam	Sayı	4582	3384	2588	10554
		Yüzde	43.4 %	32.1 %	24.5 %	
Bekar	Erkek	Sayı	1052	2092	3543	6687
		Yüzde	15.7 %	31.3 %	53.0 %	
	Kadın	Sayı	2597	2247	1517	6361
		Yüzde	40.8 %	35.3 %	23.8 %	
	Toplam	Sayı	3649	4339	5060	13048
		Yüzde	28.0 %	33.3 %	38.8 %	
Ayrılmış	Erkek	Sayı	112	93	76	281
		Yüzde	39.9 %	33.1 %	27.0 %	
	Kadın	Sayı	294	184	113	591

	Yüzde	49.7 %	31.1 %	19.1 %	
Toplam	Sayı	406	277	189	872
	Yüzde	46.6 %	31.8 %	21.7 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	3011	3988	5294
	Yüzde	24.5 %	32.4 %	43.1 %	
	Kadın	Sayı	5626	4012	2543
	Yüzde	46.2 %	32.9 %	20.9 %	
	Toplam	Sayı	8637	8000	7837
	Yüzde	35.3 %	32.7 %	32.0 %	

Çalışmada yer alan katılımcılardan dijital oyun bağımlılığı riski yüksek olanların İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 11de sunulmuştur. Ülkemizin güneydoğu bölgesinde alışveriş bağımlılığı riski yüksek olan katılımcıların oranları diğer bölgelere göre daha fazla bulunmuştur

**Harita 11. İBBS-2 Bölgelerine Göre Dijital Oyun Bağımlılığı Riski Yüksek Katılımcıların Oranları Haritası**



#### 4.3.6. Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı ile İlişkili Sonuçlar

Bağımlılığın altı belirtisinin sorgulanması sonucunda cinsellik - pornografi bağımlılığı riski yüksek olarak değerlendirilen bireylerin oranı %23.0 olarak bulunmuştur. Kadın katılımcılarda cinsellik - pornografi bağımlılığı için yüksek risk grubunda olma oranı %10, erkek katılımcılarda ise bu oran %35.8'dir. Cinsellik - pornografi bağımlılığı orta risk grubunda olduğu değerlendirilen katılımcıların oranı ise kadınlar için %20, erkekler için %28.9'dur. Katılımcılar arasında cinsellik - pornografi bağımlılık davranışına ait altı belirtiden hiçbirini göstermeyenlerin oranı %52.6 olarak saptanmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre cinsellik - pornografi bağımlılığı risk durumları Tablo 41'da sunulmuştur.

**Tablo 41. Katılımcıların Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı Risk Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı**

		Cinsellik - Pornografi Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi			
Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
Erkek	Sayı	4350	3553	4399	12302
	Yüzde	35.4 %	28.9 %	35.8 %	
Kadın	Sayı	8534	2433	1224	12191
	Yüzde	70.0 %	20.0 %	10.0 %	
Toplam	Sayı	12884	5986	5623	24493
	Yüzde	52.6 %	24.4 %	23.0 %	

Yaş gruplarına göre cinsellik - pornografi bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, 18-23 yaş grubu katılımcıların %21.6'sının, 24-29 yaş grubu katılımcıların %26.1'inin, 30-38 yaş grubu katılımcıların %25.5'inin ve 38 yaş üstü grubu katılımcıların %18.7'sinin cinsellik - pornografi bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %40.2 ile 24-29 yaş arası erkek katılımcılardır. En düşük riskli grup ise katılımcıların %77.7'sinin sorgulanan altı belirtiden de 0 puan olarak

“cinsellik - pornografi için davranışsal bağımlılık yok” grubu olarak değerlendirildiği 18-23 yaş kadın katılımcı grubudur. Katılımcıların cinsellik - pornografi bağımlılığı risk durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 42’de sunulmuştur.

**Tablo 42. Katılımcıların Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı Risk Durumunun Yaşa Göre Dağılımı**

Cinsellik – Pornografi Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi						
Yaş	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
<b>18-23</b>	Erkek	Sayı	954	836	1151	2941
		Yüzde	32.4 %	28.4 %	39.1 %	
	Kadın	Sayı	2698	541	233	3472
		Yüzde	77.7 %	15.6 %	6.7 %	
	Toplam	Sayı	3652	1377	1384	6413
		Yüzde	56.9 %	21.5 %	21.6 %	
<b>24-29</b>	Erkek	Sayı	1027	951	1328	3306
		Yüzde	31.1 %	28.8 %	40.2 %	
	Kadın	Sayı	2121	727	375	3223
		Yüzde	65.8 %	22.6 %	11.6 %	
	Toplam	Sayı	3148	1678	1703	6529
		Yüzde	48.2 %	25.7 %	26.1 %	
<b>30-38</b>	Erkek	Sayı	955	870	1046	2871
		Yüzde	33.3 %	30.3 %	36.4 %	
	Kadın	Sayı	1654	594	351	2599
		Yüzde	63.6 %	22.9 %	13.5 %	
	Toplam	Sayı	2609	1464	1397	5470
		Yüzde	47.7 %	26.8 %	25.5 %	
<b>&gt;38</b>	Erkek	Sayı	1397	890	864	3151
		Yüzde	44.3 %	28.2 %	27.4 %	
	Kadın	Sayı	2047	565	263	2875

		Yüzde	71.2 %	19.7 %	9.1 %	
	Toplam	Sayı	3444	1455	1127	6026
		Yüzde	57.2 %	24.1 %	18.7 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	4333	3547	4389	12269
		Yüzde	35.3 %	28.9 %	35.8 %	
	Kadın	Sayı	8520	2427	1222	12169
		Yüzde	70.0 %	19.9 %	10.0 %	
	Toplam	Sayı	12853	5974	5611	24438
		Yüzde	52.6%	24.4 %	23.0 %	

Eğitim düzeyine göre cinsellik - pornografi bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, ilkokul ve altı düzeyde eğitime sahip katılımcıların %21.2'sinin, ortaokul mezunu katılımcıların %25.3'ünün, lise mezunu katılımcıların %23.8'inin, üniversite mezunu katılımcıların %22.8'inin, lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların % 20.9'unun cinsellik - pornografi bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %36.8 ile lise mezunu erkek katılımcılardır. En düşük riskli grup ise katılımcıların %72'sinin sorgulanan altı belirtiden de 0 puan alarak "cinsellik - pornografi için davranışsal bağımlılık yok" grubu olarak değerlendirildiği lise mezunu kadın katılımcı grubudur. Katılımcıların cinsellik - pornografi bağımlılığı risk durumlarının eğitim düzeylerine göre dağılımı Tablo 43'de sunulmuştur.

**Tablo 43. Katılımcıların Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı Risk Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı**

Cinsellik - Pornografi Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi						
Eğitim	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
İlkokul	Erkek	Sayı	294	134	219	647
		Yüzde	45.4 %	20.7 %	33.8 %	

	Kadın	Sayı	623	151	104	878
		Yüzde	71.0 %	17.2 %	11.8 %	
	Toplam	Sayı	917	285	323	1525
		Yüzde	60.1 %	18.7 %	21.2 %	
<b>Ortaokul</b>	Erkek	Sayı	343	217	291	851
		Yüzde	40.3 %	25.5 %	34.2 %	
	Kadın	Sayı	420	114	80	614
		Yüzde	68.4 %	18.6 %	13.0 %	
	Toplam	Sayı	763	331	371	1465
		Yüzde	52.1 %	22.6 %	25.3 %	
<b>Lise</b>	Erkek	Sayı	1326	915	1233	3474
		Yüzde	38.2 %	26.3 %	35.5 %	
	Kadın	Sayı	2104	532	288	2924
		Yüzde	72.0 %	18.2 %	9.8 %	
	Toplam	Sayı	3430	1447	1521	6398
		Yüzde	53.6 %	22.6 %	23.8 %	
<b>Üniversite</b>	Erkek	Sayı	2101	2007	2388	6496
		Yüzde	32.3 %	30.9 %	36.8 %	
	Kadın	Sayı	4817	1385	652	6854
		Yüzde	70.3 %	20.2 %	9.5 %	
	Toplam	Sayı	6918	3392	3040	13350
		Yüzde	51.8 %	25.4 %	22.8 %	
<b>Lisansüstü</b>	Erkek	Sayı	284	278	265	827
		Yüzde	34.3 %	33.6 %	32.0 %	
	Kadın	Sayı	564	250	99	913
		Yüzde	61.8 %	27.4 %	10.8 %	
	Toplam	Sayı	848	528	364	1740
		Yüzde	48.7 %	30.3 %	20.9 %	

<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	4348	3551	4396	12295
		Yüzde	35.4 %	28.9 %	35.8 %	
	Kadın	Sayı	8528	2432	1223	12183
		Yüzde	70.0 %	20.0 %	10.0 %	
	Toplam	Sayı	12876	5983	5619	24478
		Yüzde	52.6%	24.4 %	23.0 %	

Medeni gruplarına göre cinsellik - pornografi bağımlılığı risk durumu incelendiğinde, evli katılımcıların %21.2'sinin, bekar katılımcıların %24.6'sının, boşanmış ya da ayrılmış katılımcıların %19.3'ünün cinsellik - pornografi bağımlılığı için yüksek riskli olarak değerlendirildiği izlenmiştir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %42 ile boşanmış ya da ayrılmış erkek katılımcılardır. Katılımcıların cinsellik - pornografi bağımlılığı risk durumlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı Tablo 44'de sunulmuştur.

**Tablo 44. Katılımcıların Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı Risk Durumunun Medeni Duruma Göre Dağılımı**

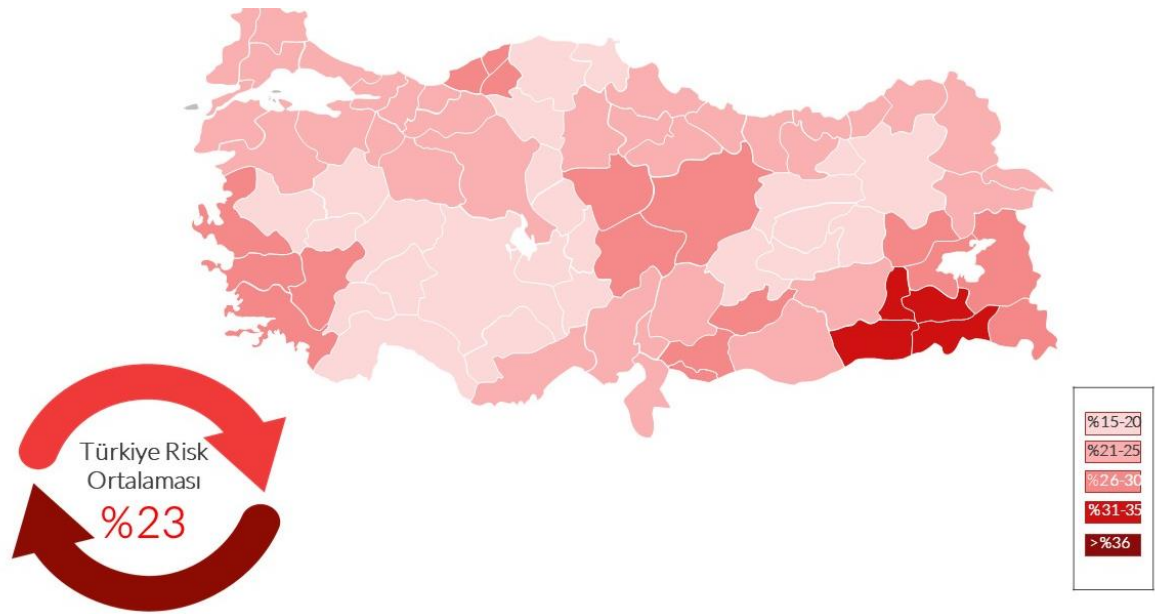
Cinsellik - Pornografi Bağımlılığı Davranışsal Risk Düzeyi						
Medeni	Cinsiyet		Yok	Orta	Yüksek	Toplam
<b>Evli</b>	Erkek	Sayı	2212	1543	1570	5325
		Yüzde	41.5 %	29.0 %	29.5 %	
	Kadın	Sayı	3389	1168	672	5229
		Yüzde	64.8 %	22.3 %	12.9 %	
Toplam		Sayı	5601	2711	2242	10554
		Yüzde	53.1 %	25.7 %	21.2 %	
<b>Bekar</b>	Erkek	Sayı	2055	1926	2706	6687
		Yüzde	30.7 %	28.8 %	40.5 %	
	Kadın	Sayı	4706	1153	502	6361
		Yüzde	74.0 %	18.1 %	7.9 %	



	Toplam	Sayı	6761	3079	3208	13048
		Yüzde	51.8 %	23.6 %	24.6 %	
<b>Ayrılmış</b>	Erkek	Sayı	81	82	118	281
		Yüzde	28.8 %	29.2 %	42.0 %	
	Kadın	Sayı	431	110	50	591
		Yüzde	72.9 %	18.6 %	8.5 %	
	Toplam	Sayı	512	192	168	872
		Yüzde	58.7 %	22.0 %	19.3 %	
<b>Toplam</b>	Erkek	Sayı	4348	3551	4394	12293
		Yüzde	35.4 %	28.9 %	35.7 %	
	Kadın	Sayı	8526	2431	1224	12181
		Yüzde	70.0 %	20.0 %	10.0 %	
	Toplam	Sayı	12874	5982	5618	24474
		Yüzde	52.6 %	24.4 %	23.0 %	

Çalışmada yer alan katılımcılardan cinsellik – pornografi bağımlılığı riski yüksek olanların İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 12de sunulmuştur. Mardin – Batman – Siirt - Şırnak bölgesinde cinsellik – pornografi bağımlılığı riski yüksek olan katılımcıların oranları diğer bölgelere göre daha fazla bulunmuştur.

**Harita 12. İBBS-2 Bölgelerine Göre Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı Riski Yüksek Katılımcıların Oranları Haritası**



## 4.4. Ruh Sağlığı Değişkenlerine Ait Sonuçlar

### 4.4.1. Ruh Sağlığı Değişkenlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Bu araştırmada ruh sağlığı değişkenleri farklı veri toplama araçları ile ölçülmüştür. Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon (bedenselleştirme), hostilete (düşmanlık) puanlarına; Toronto Aleksitimi Ölçeği aracılığı ile duyguları tanıma güçlüğü ve duyguları ifade güçlüğü puanlarına; Kişisel İyi Oluş Envanteri aracılığı ile kişisel iyi oluş puanına; Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği aracılığı ile pozitif duygu ve negatif duygu puanlarına; Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri aracılığı ile kaçınmacı bağlanma ve kaygılı bağlanma puanlarına ulaşılmıştır. Bu bölümde bu değişkenlere ilişkin puanların farklı sosyodemografik özelliklere göre dağılımlarına ait sonuçlar ve İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları ile oluşturulan Türkiye Duygu Haritaları sunulacaktır. Araştırma kapsamında incelenen tüm ruh sağlığı değişkenlerinin yaş gruplarına göre ortalama puan dağılımları Tablo 45'te sunulmuştur.

**Tablo 45. Ruh Sağlığı Değişkenleri Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

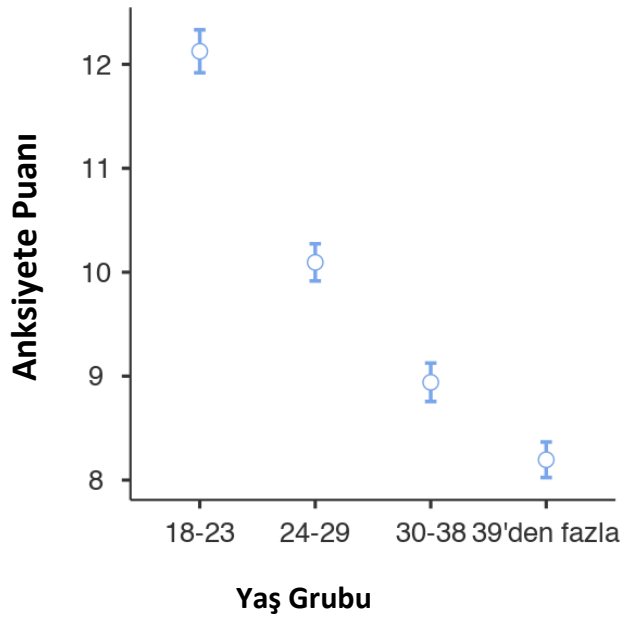
Ruh Sağlığı Değişkeni	Yaş	N	Ort	SS	SE
<b>Anksiyete</b>	18-23	6413	12.13	8.438	0.1054
	24-29	6529	10.09	7.365	0.0912
	30-38	5470	8.94	6.976	0.0943
	>38	6026	8.20	6.769	0.0872
<b>Depresyon</b>	18-23	6413	14.70	9.350	0.1168
	24-29	6529	12.40	8.201	0.1015
	30-38	5470	10.98	7.540	0.1020
	>38	6026	10.23	7.193	0.0927
<b>Olumsuz Benlik Algısı</b>	18-23	6413	11.48	8.181	0.1022

	24-29	6529	9.87	7.151	0.0885
	30-38	5470	8.86	6.839	0.0925
	>38	6026	7.94	6.330	0.0815
<b>Somatizasyon</b>	18-23	6413	7.18	5.383	0.0672
	24-29	6529	6.13	4.787	0.0592
	30-38	5470	5.74	4.729	0.0639
	>38	6026	5.68	4.662	0.0601
<b>Hostilite</b>	18-23	6413	9.00	5.210	0.0651
	24-29	6529	7.68	4.726	0.0585
	30-38	5470	6.73	4.276	0.0578
	>38	6026	5.96	4.042	0.0521
<b>Duyguları Tanıma Güçlüğü</b>	18-23	6413	15.53	5.885	0.0735
	24-29	6529	14.28	5.316	0.0658
	30-38	5469	13.28	4.888	0.0661
	>38	6026	13.05	4.849	0.0625
<b>Duyguları İfade Güçlüğü</b>	18-23	6413	12.96	3.338	0.0417
	24-29	6529	12.69	3.243	0.0401
	30-38	5469	12.57	3.240	0.0438
	>38	6026	12.59	3.232	0.0416
<b>Kişisel İyi Oluş</b>	18-23	6407	49.98	16.179	0.2021
	24-29	6522	51.15	15.618	0.1934
	30-38	5465	51.80	15.906	0.2152
	>38	6021	53.01	15.994	0.2061
<b>Pozitif Duygu</b>	18-23	6399	29.76	8.061	0.1008
	24-29	6516	30.71	8.005	0.0992
	30-38	5453	30.78	7.886	0.1068
	>38	6015	30.44	7.852	0.1012
<b>Negatif Duygu</b>	18-23	6399	21.03	7.225	0.0903

	24-29	6513	19.94	6.852	0.0849
	30-38	5453	18.84	6.550	0.0887
	>38	6016	17.84	6.197	0.0799
<b>Kaçınmacı Bağlanma</b>	18-23	6399	3.61	1.007	0.0126
	24-29	6517	3.31	1.071	0.0133
	30-38	5464	3.20	1.081	0.0146
	>38	6008	3.25	1.066	0.0137
<b>Kaygılı Bağlanma</b>	18-23	6399	3.56	1.054	0.0132
	24-29	6517	3.38	1.014	0.0126
	30-38	5464	3.25	0.994	0.0134
	>38	6007	3.16	0.969	0.0125

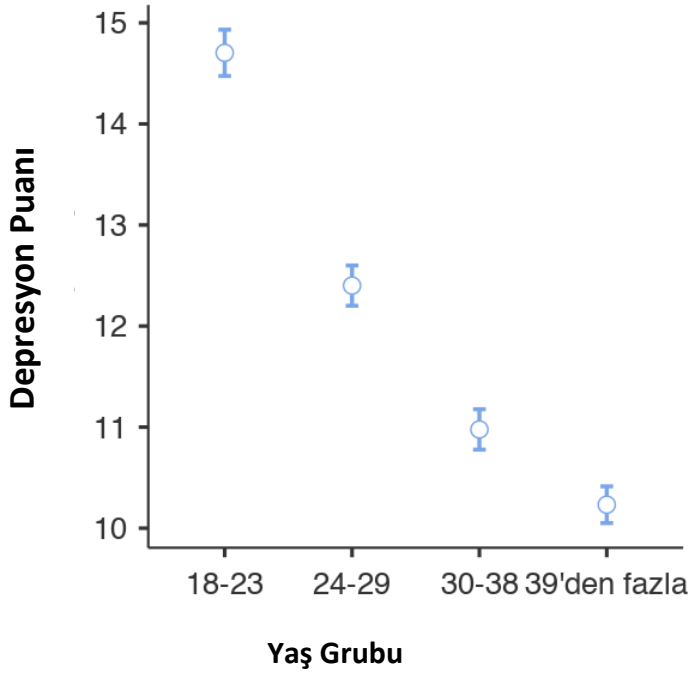
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen anksiyete puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, anksiyete puanının azalan yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı izlenmiştir. En yüksek anksiyete düzeyine sahip grubun 18-23 yaş katılımcılar, en düşük anksiyete düzeyine sahip grubun ise 39 yaş ve üstündeki katılımcılar olduğu, tüm gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Anksiyete puanının yaş gruplarına göre dağılımları Grafik 4'te sunulmuştur.

**Grafik 4. Yaş Gruplarına Göre Anksiyete Puanı Ortalaması Grafiği**



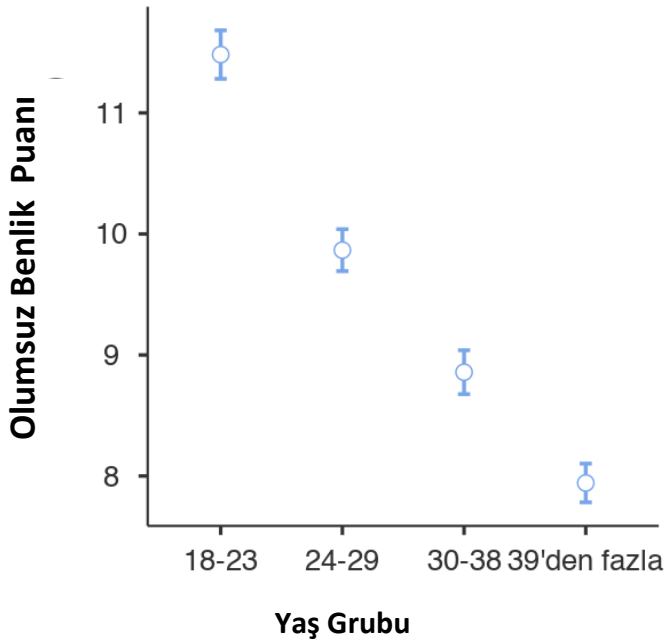
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen depresyon puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, depresyon puanının azalan yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı izlenmiştir. En yüksek depresyon düzeyine sahip grubun 18-23 yaş katılımcılar, en düşük depresyon düzeyine sahip grubun ise 39 yaş ve üstündeki katılımcılar olduğu, tüm gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Depresyon puanının yaş gruplarına göre dağılımları Grafik 5'te sunulmuştur.

**Grafik 5. Yaş Gruplarına Göre Depresyon Puanı Ortalaması Grafiği**



Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen olumsuz benlik algısı puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, olumsuz benlik algısı puanının azalan yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı izlenmiştir. En yüksek olumsuz benlik algısı düzeyine sahip grubun 18-23 yaş katılımcılar, en düşük olumsuz benlik algısı düzeyine sahip grubun ise 39 yaş ve üstündeki katılımcılar olduğu, tüm gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Olumsuz benlik algısı puanının yaş gruplarına göre dağılımları Grafik 6'da sunulmuştur.

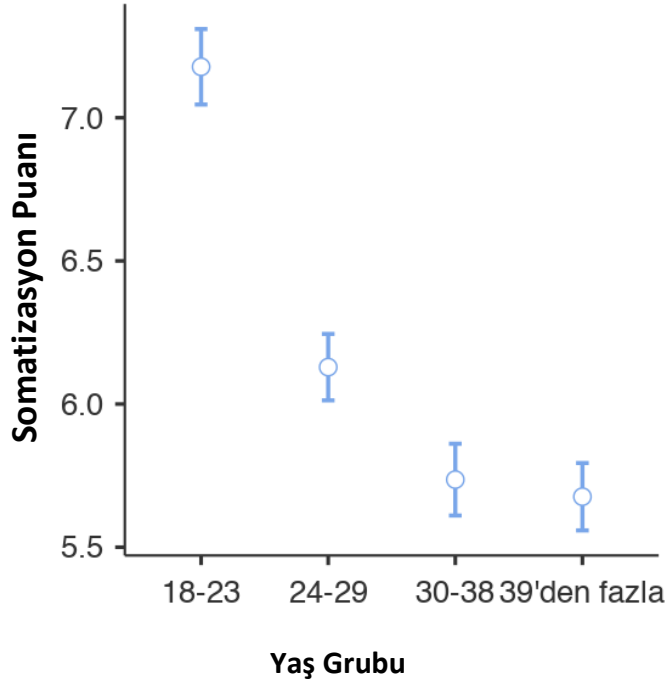
**Grafik 6. Yaş Gruplarına Göre Olumsuz Benlik Algısı Puanı Ortalaması Grafiği**





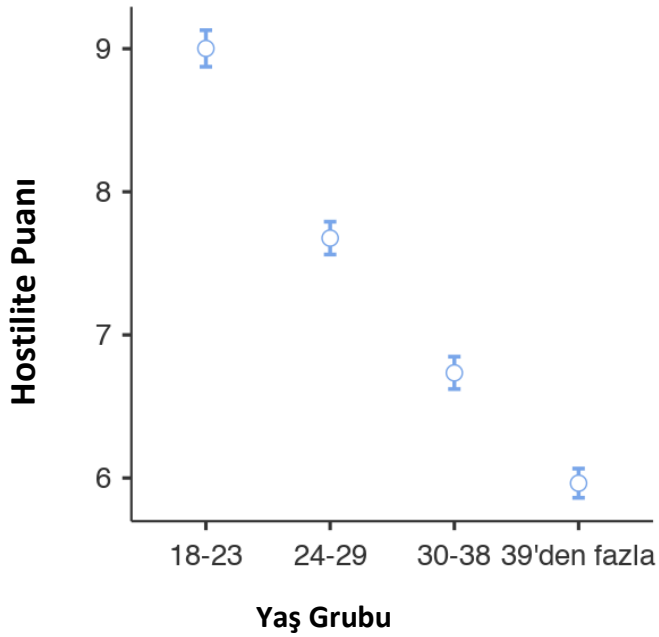
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen somatizasyon (bedenselleştirme) puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, somatizasyon (bedenselleştirme) puanının azalan yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı izlenmiştir. En yüksek somatizasyon (bedenselleştirme) düzeyine sahip grubun 18-23 yaş katılımcılar, en düşük somatizasyon (bedenselleştirme) düzeyine sahip grubun ise 39 yaş ve üstündeki katılımcılar olduğu saptanmıştır. 18-23 yaş grubuna ve 24-29 yaş grubuna ait somatizasyon puanları diğer yaş gruplarından istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşırken, 30-38 yaş grubu ile 39 yaş ve üzeri grubu arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Somatizasyon (bedenselleştirme) puanının yaş gruplarına göre dağılımları Grafik 7'de sunulmuştur.

**Grafik 7. Yaş Gruplarına Göre Somatizasyon (Bedenselleştirme) Puanı Ortalaması Grafiği**



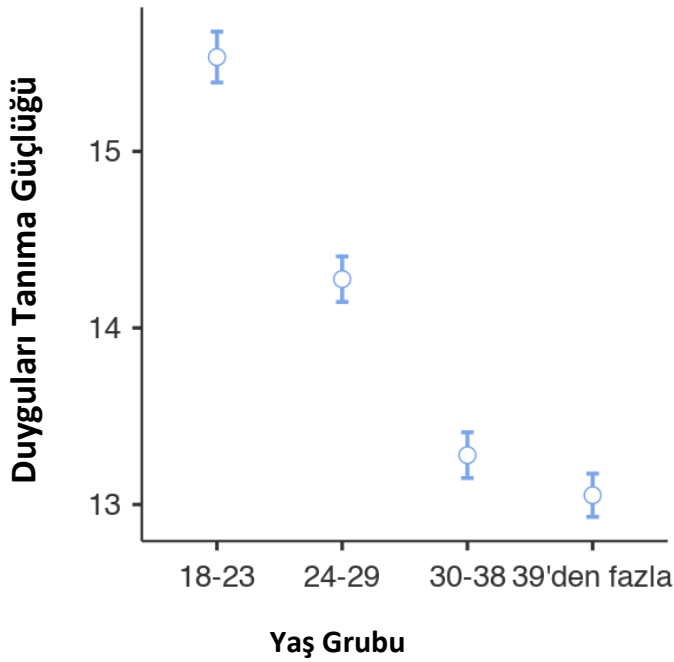
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen hostilite (düşmanlık) puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, hostilite (düşmanlık) puanının azalan yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı izlenmiştir. En yüksek hostilite (düşmanlık) düzeyine sahip grubun 18-23 yaş katılımcılar, en düşük hostilite (düşmanlık) düzeyine sahip grubun ise 39 yaş ve üstündeki katılımcılar olduğu, tüm gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Hostilite (düşmanlık) puanının yaş gruplarına göre dağılımları Grafik 8’de sunulmuştur.

**Grafik 8. Yaş Gruplarına Göre Hostilite (Düşmanlık) Puanı Ortalaması Grafiği**



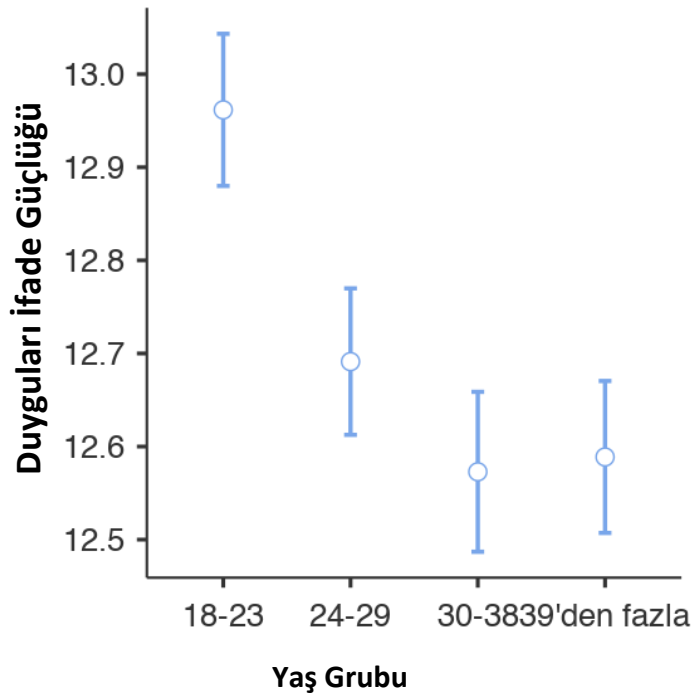
Toronto Aleksitimi Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen duyguları tanıma güçlüğü puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, duyguları tanıma güçlüğü puanının azalan yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı izlenmiştir. En yüksek duyguları tanıma güçlüğü düzeyine sahip grubun 18-23 yaş katılımcılar, en düşük duyguları tanıma güçlüğü düzeyine sahip grubun ise 39 yaş ve üstündeki katılımcılar olduğu saptanmıştır. 18-23 yaş grubuna ve 24-29 yaş grubuna ait somatizasyon puanları diğer yaş gruplarından istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşırken, 30-38 yaş grubu ile 39 yaş ve üzeri grubu arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Duyguları tanıma güçlüğü puanının yaş gruplarına göre dağılımları Grafik 9'da sunulmuştur.

**Grafik 9. Yaş Gruplarına Göre Duyguları Tanımda Güçlük Puanı Ortalaması Grafiği**



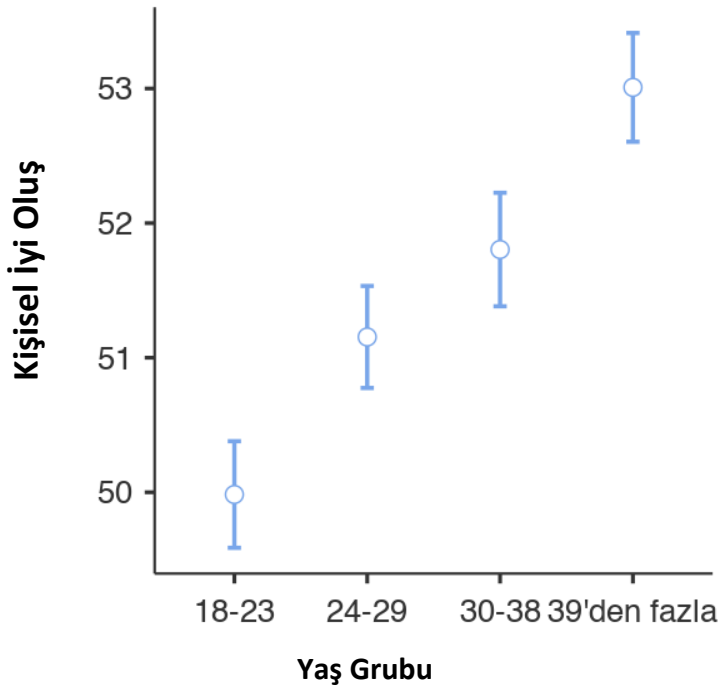
Toronto Aleksitimi Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen duyguları ifade güçlüğü puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, duyguları ifade güçlüğü puanının azalan yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı izlenmiştir. En yüksek duyguları ifade güçlüğü düzeyine sahip grubun 18-23 yaş katılımcılar, en düşük duyguları ifade güçlüğü düzeyine sahip grubun ise 30-38 yaş grubu katılımcılar olduğu saptanmıştır. 18-23 yaş grubuna ait duyguları ifade güçlüğü puanları diğer yaş gruplarından istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşırken, 24-29, 30-38 ve 39 yaş ve üzeri grupları arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Duyguları ifade güçlüğü puanının yaş gruplarına göre dağılımları Grafik 10'da sunulmuştur.

**Grafik 10. Yaş Gruplarına Göre Duyguları İfadede Güçlük Puanı Ortalaması Grafiği**



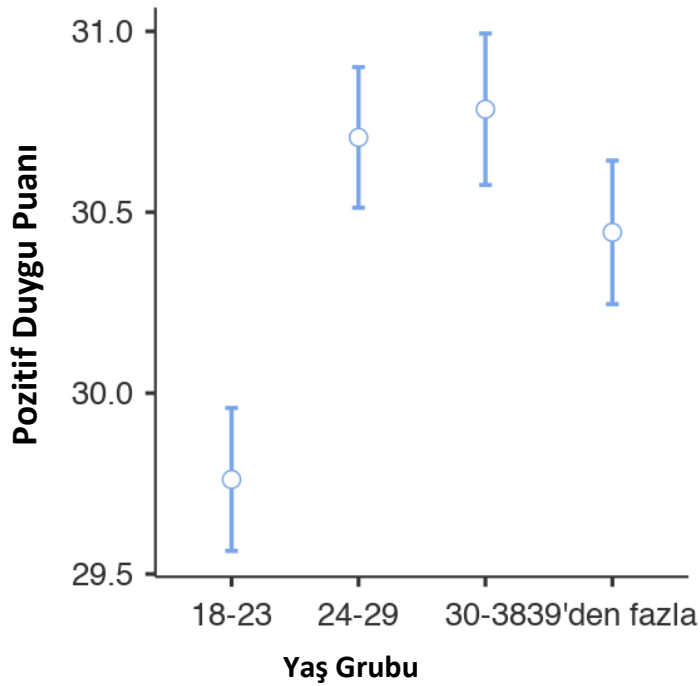
Kişisel İyi Oluş Envanteri aracılığı ile değerlendirilen kişisel iyi oluş puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, kişisel iyi oluş puanının artan yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı izlenmiştir. En düşük kişisel iyi oluş düzeyine sahip grubun 18-23 yaş katılımcılar, en yüksek kişisel iyi oluş düzeyine sahip grubun ise 39 yaş ve üstündeki katılımcılar olduğu saptanmıştır. 18-23 yaş grubuna ve 39 yaş ve üzeri grubuna ait kişisel iyi oluş puanları diğer yaş gruplarından istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşırken, 30-38 yaş grubu ile 24-29 yaş grubu arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kişisel iyi oluş puanının yaş gruplarına göre dağılımları Grafik 11’de sunulmuştur.

**Grafik 11. Yaş Gruplarına Göre Kişisel İyi Oluş Puanı Ortalaması Grafiği**



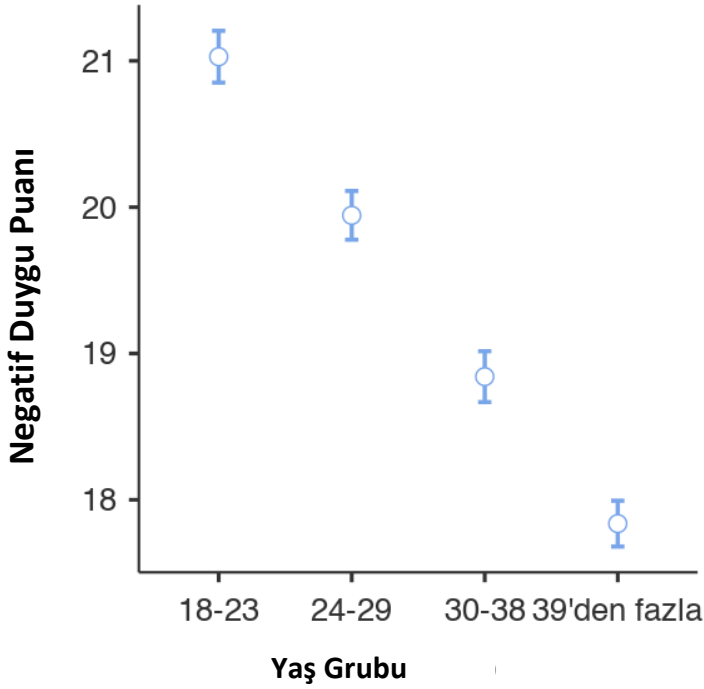
Pozitif – Negatif Duygu Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen pozitif duygu puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, pozitif duygu puanının artan yaşla doğrusal ilişkisi olmadığı saptanmıştır. En düşük pozitif duygu düzeyine sahip grubun 18-23 yaş katılımcılar, en yüksek pozitif duygu düzeyine sahip grubun ise 30-38 yaş grubu katılımcılar olduğu saptanmıştır. 18-23 yaş grubuna ait pozitif duygu puanları diğer yaş gruplarından istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşırken, diğer yaş grupları arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Pozitif duygu puanının yaş gruplarına göre dağılımları Grafik 12’de sunulmuştur.

**Grafik 12. Yaş Gruplarına Göre Pozitif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği**



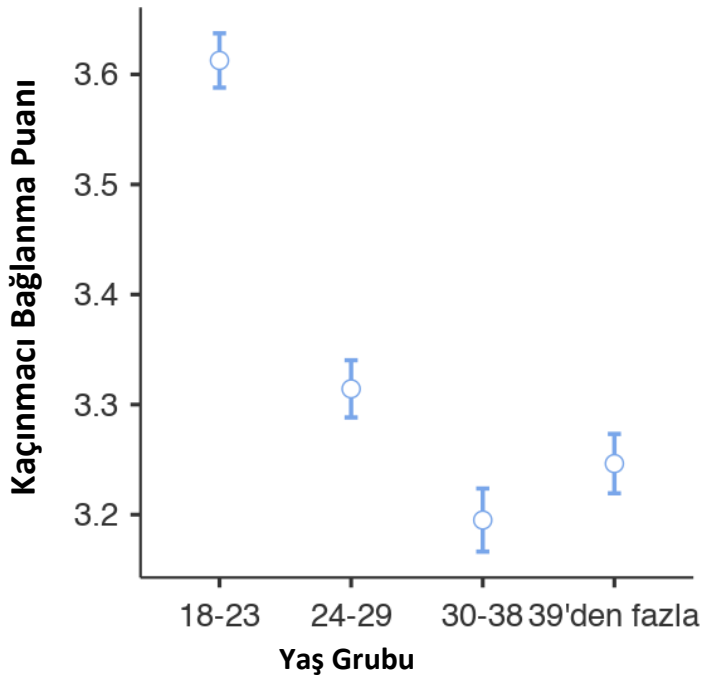
Pozitif – Negatif Duygu Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen negatif duygu puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, negatif duygu puanının azalan yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı izlenmiştir. En yüksek negatif duygu düzeyine sahip grubun 18-23 yaş katılımcılar, en düşük negatif duygu düzeyine sahip grubun ise 39 yaş ve üstündeki katılımcılar olduğu, tüm gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Negatif duygu puanının yaş gruplarına göre dağılımları Grafik 13'te sunulmuştur.

**Grafik 13. Yaş Gruplarına Göre Negatif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği**



Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri aracılığı ile değerlendirilen kaçınmacı bağlanma puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, kaçınmacı bağlanma puanının azalan yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı izlenmiştir. En yüksek kaçınmacı bağlanma düzeyine sahip grubun 18-23 yaş katılımcılar, en düşük kaçınmacı bağlanma düzeyine sahip grubun ise 30-38 yaş grubu katılımcılar olduğu saptanmıştır. 18-23 yaş grubuna ait kaçınmacı bağlanma puanları diğer yaş gruplarından istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşırken, 24-29, 30-38 ve 39 yaş ve üzeri grupları arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kaçınmacı bağlanma puanının yaş gruplarına göre dağılımları Grafik 14’de sunulmuştur.

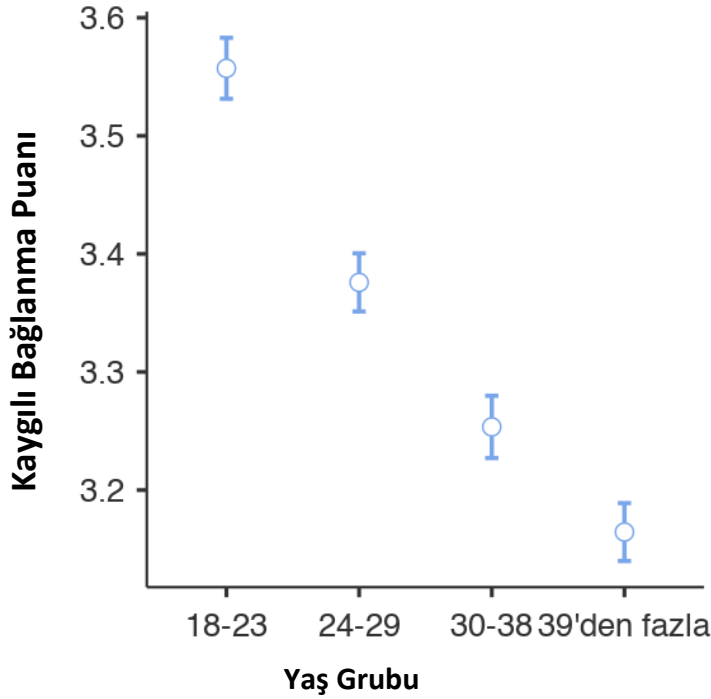
**Grafik 14. Yaş Gruplarına Göre Kaçınmacı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği**





Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri aracılığı ile değerlendirilen kaygılı bağlanma puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, kaygılı bağlanma puanının azalan yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı izlenmiştir. En yüksek kaygılı bağlanma düzeyine sahip grubun 18-23 yaş katılımcılar, en düşük kaygılı bağlanma düzeyine sahip grubun ise 39 yaş ve üstündeki katılımcılar olduğu, tüm gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Kaygılı bağlanma puanının yaş gruplarına göre dağılımları Grafik 15'te sunulmuştur.

**Grafik 15. Yaş Gruplarına Göre Kaygılı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği**



#### 4.4.2. Ruh Sağlığı Değişkenlerinin Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Dağılımı

Araştırma kapsamında incelenen tüm ruh sağlığı değişkenlerinin eğitim gruplarına göre ortalama puan dağılımları Tablo 46’te sunulmuştur.

**Tablo 46. Ruh Sağlığı Değişkenleri Puanlarının Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Dağılımı**

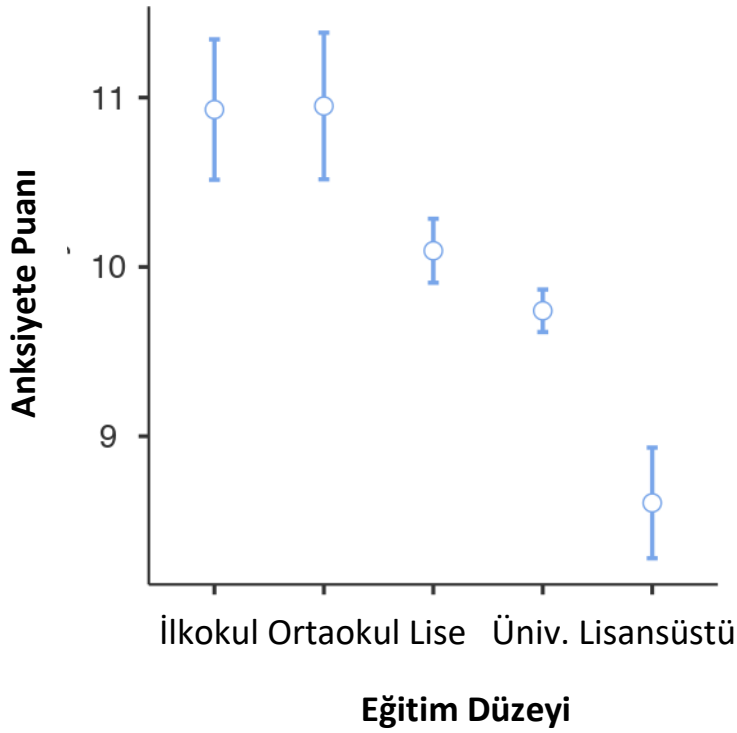
Ruh Değişkeni	Sağlığı	Eğitim	N	Ort	SD	SE
<b>Anksiyete</b>		İlkokul	1525	10.93	8.252	0.21130
		Ortaokul	1465	10.95	8.448	0.22073
		Lise	6398	10.10	7.708	0.09637
		Üniversite	13351	9.74	7.402	0.06406
		Lisansüstü	1740	8.61	6.947	0.16654
<b>Depresyon</b>		İlkokul	1525	13.02	8.862	0.22692
		Ortaokul	1465	13.07	9.039	0.23617
		Lise	6398	12.02	8.451	0.10566
		Üniversite	13351	12.16	8.182	0.07081
		Lisansüstü	1740	11.00	7.718	0.18504
<b>Olumsuz Benlik Algısı</b>		İlkokul	1525	10.33	7.680	0.19668
		Ortaokul	1465	10.55	8.013	0.20935
		Lise	6398	9.74	7.414	0.09269
		Üniversite	13351	9.47	7.169	0.06204
		Lisansüstü	1740	8.48	6.772	0.16235
<b>Somatizasyon</b>		İlkokul	1525	7.68	5.658	0.14489
		Ortaokul	1465	7.02	5.371	0.14032
		Lise	6398	6.42	4.943	0.06180

	Üniversite	13351	5.98	4.821	0.04172
	Lisansüstü	1740	5.14	4.447	0.10662
<b>Hostilite</b>	İlkokul	1525	7.48	4.742	0.12144
	Ortaokul	1465	7.81	5.021	0.13119
	Lise	6398	7.65	4.906	0.06134
	Üniversite	13351	7.34	4.671	0.04043
	Lisansüstü	1740	6.40	4.324	0.10366
<b>Duyguları Tanıma Güçlüğü</b>	İlkokul	1525	15.00	5.630	0.14417
	Ortaokul	1465	14.99	5.578	0.14573
	Lise	6398	14.24	5.387	0.06735
	Üniversite	13351	13.93	5.306	0.04592
	Lisansüstü	1739	13.02	5.012	0.12019
<b>Duyguları İfade Güçlüğü</b>	İlkokul	1525	12.98	3.621	0.09271
	Ortaokul	1465	12.84	3.564	0.09311
	Lise	6398	12.62	3.445	0.04306
	Üniversite	13351	12.71	3.131	0.02710
	Lisansüstü	1739	12.65	3.035	0.07278
<b>Kişisel İyi Oluş</b>	İlkokul	1524	49.46	18.464	0.47297
	Ortaokul	1463	49.69	17.743	0.46388
	Lise	6393	51.19	16.638	0.20809
	Üniversite	13335	51.67	15.262	0.13216
	Lisansüstü	1740	53.94	14.283	0.34240
<b>Pozitif Duygu</b>	İlkokul	1524	29.65	8.334	0.21349
	Ortaokul	1462	30.08	8.229	0.21522
	Lise	6381	30.09	8.102	0.10143
	Üniversite	13321	30.57	7.849	0.06800
	Lisansüstü	1736	31.37	7.704	0.18489
<b>Negatif Duygu</b>	İlkokul	1522	19.78	6.752	0.17308

	Ortaokul	1462	19.89	6.992	0.18286
	Lise	6382	19.82	6.959	0.08711
	Üniversite	13321	19.32	6.764	0.05861
	Lisansüstü	1735	18.60	6.801	0.16327
<b>Kaçınmacı Bağlanma</b>	İlkokul	1519	3.49	1.018	0.02611
	Ortaokul	1461	3.54	1.010	0.02642
	Lise	6381	3.49	1.031	0.01290
	Üniversite	13329	3.29	1.078	0.00934
	Lisansüstü	1738	3.01	1.093	0.02622
<b>Kaygılı Bağlanma</b>	İlkokul	1518	3.34	0.997	0.02560
	Ortaokul	1461	3.37	1.025	0.02681
	Lise	6381	3.40	1.022	0.01280
	Üniversite	13329	3.33	1.020	0.00884
	Lisansüstü	1738	3.21	1.023	0.02454

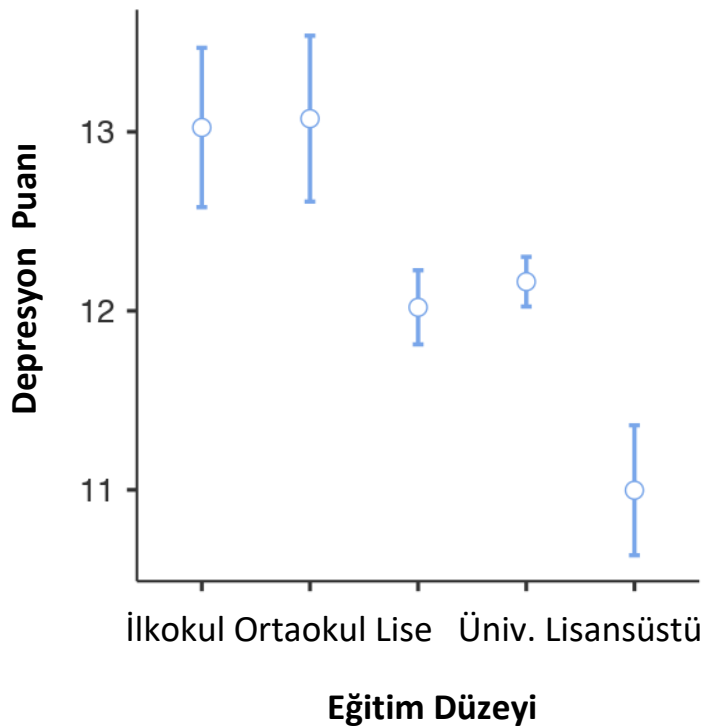
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen anksiyete puanlarının eğitim düzeyi gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, anksiyete puanının düşük eğitim düzeyi gruplarında istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu izlenmiştir. En yüksek anksiyete düzeyine sahip grubun ortaokul ve altı katılımcılar, en düşük anksiyete düzeyine sahip grubun ise lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcılar olduğu saptanmıştır. Anksiyete puanının eğitim düzeyi gruplarına göre dağılımları Grafik 16’da sunulmuştur.

**Grafik 16. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Anksiyete Puanı Ortalaması Grafiği**



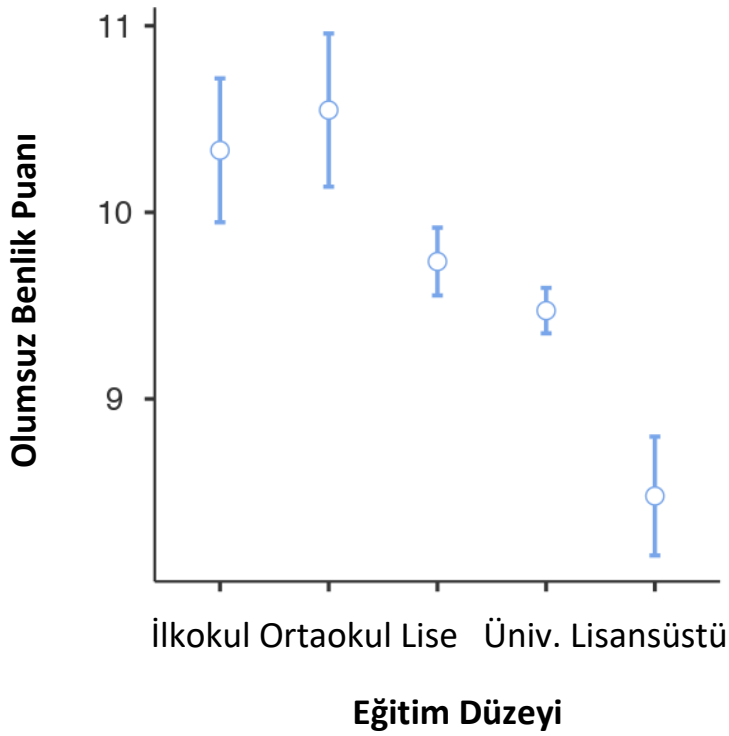
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen depresyon puanlarının eğitim düzeyi gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, depresyon puanının düşük eğitim düzeyi gruplarında istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu izlenmiştir. En yüksek depresyon düzeyine sahip grubun ortaokul ve altı katılımcılar, en düşük depresyon düzeyine sahip grubun ise lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcılar olduğu saptanmıştır. Depresyon puanlarının eğitim düzeyi gruplarına göre dağılımları Grafik 17’de sunulmuştur.

**Grafik 17. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Depresyon Puanı Ortalaması Grafiği**



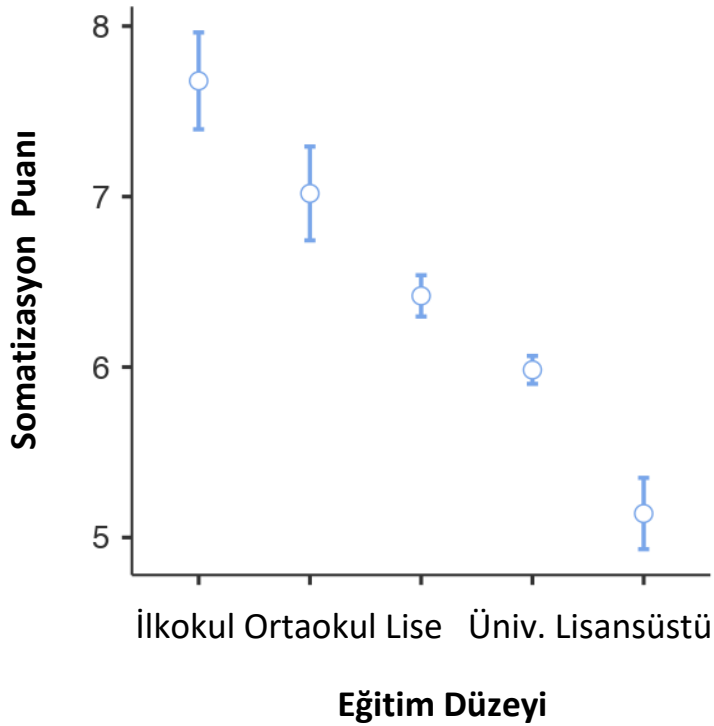
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen olumsuz benlik algısı puanlarının eğitim düzeyi gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, olumsuz benlik algısı puanının düşük eğitim düzeyi gruplarında istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu izlenmiştir. En yüksek olumsuz benlik algısı düzeyine sahip grubun ortaokul mezunu katılımcılar, en düşük olumsuz benlik algısı düzeyine sahip grubun ise lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcılar olduğu saptanmıştır. Olumsuz benlik algısı puanlarının eğitim düzeyi gruplarına göre dağılımları Grafik 18’de sunulmuştur.

**Grafik 18. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Olumsuz Benlik Algısı Puanı Ortalaması Grafiği**



Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen somatizasyon (bedenselleştirme) puanlarının eğitim düzeyi gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, somatizasyon (bedenselleştirme) puanının azalan yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı izlenmiştir. En yüksek somatizasyon (bedenselleştirme) düzeyine sahip grubun ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcılar, en düşük somatizasyon (bedenselleştirme) düzeyine sahip grubun ise lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcılar olduğu, tüm gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Somatizasyon (bedenselleştirme) puanının eğitim düzeyi gruplarına göre dağılımları Grafik 19’da sunulmuştur

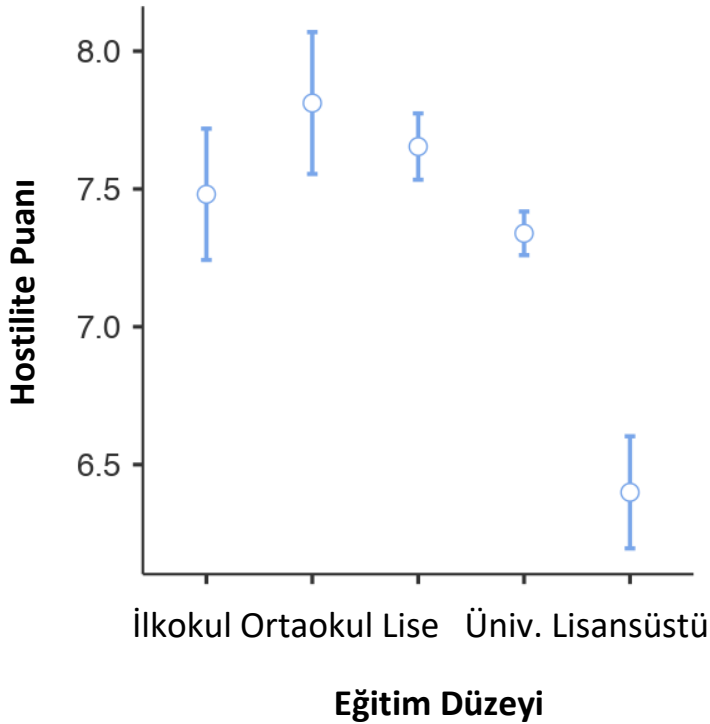
**Grafik 19. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Somatizasyon (Bedenselleştirme) Puanı Ortalaması Grafiği**





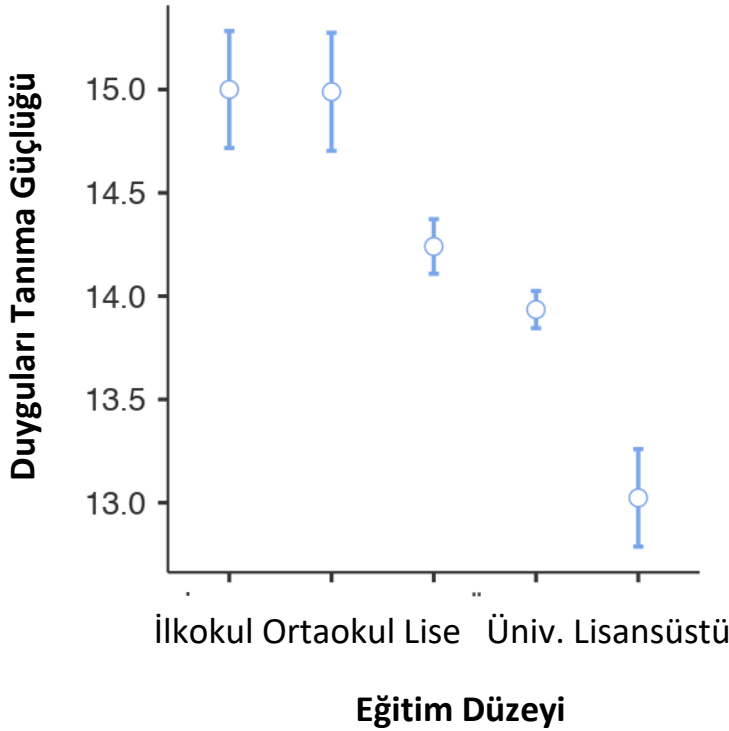
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen hostilite (düşmanlık) puanlarının eğitim düzeyi gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek hostilite (düşmanlık) düzeyine sahip grubun ortaokul eğitim düzeyine sahip katılımcılar, en düşük hostilite (düşmanlık) düzeyine sahip grubun ise lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcılar olduğu saptanmıştır. Lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların hostilite puanları diğer tüm gruplardan istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşüktür. Hostilite (düşmanlık) puanının eğitim düzeyi gruplarına göre dağılımları Grafik 20’de sunulmuştur

**Grafik 20. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Hostilite (Düşmanlık) Puanı Ortalaması Grafiği**



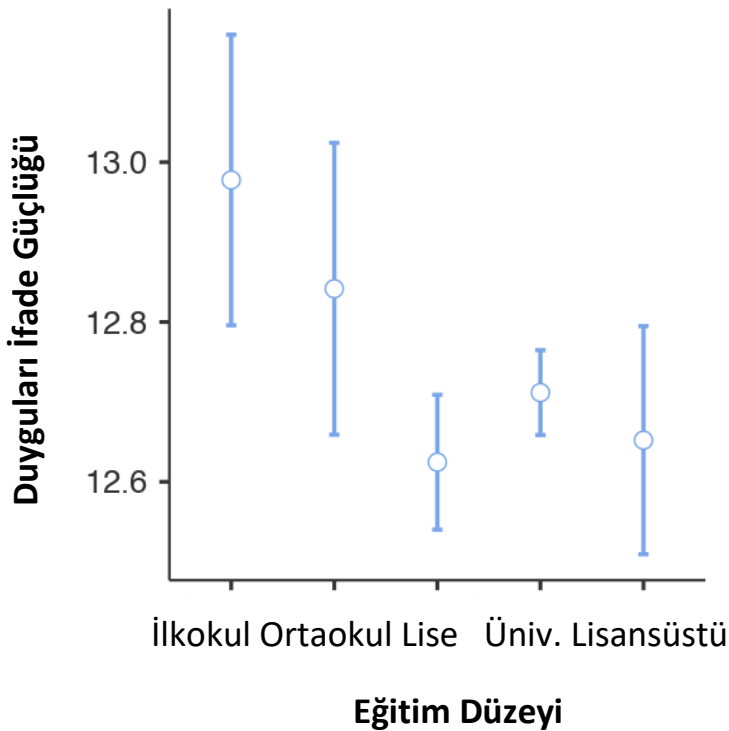
Toronto Aleksitimi Envanteri aracılığı ile değerlendirilen duyguları tanıma güçlüğü puanlarının eğitim düzeyi gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek duyguları tanıma güçlüğü düzeyine sahip grubun ilkokul eğitim düzeyine sahip katılımcılar, en düşük duyguları tanıma güçlüğü düzeyine sahip grubun ise lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcılar olduğu saptanmıştır. Lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların duyguları tanıma güçlüğü puanları diğer tüm gruplardan istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşüktür. Duyguları tanıma güçlüğü puanının eğitim düzeyi gruplarına göre dağılımları Grafik 21’de sunulmuştur

**Grafik 21. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Duyguları Tanımada Güçlük Puanı Ortalaması Grafiği**



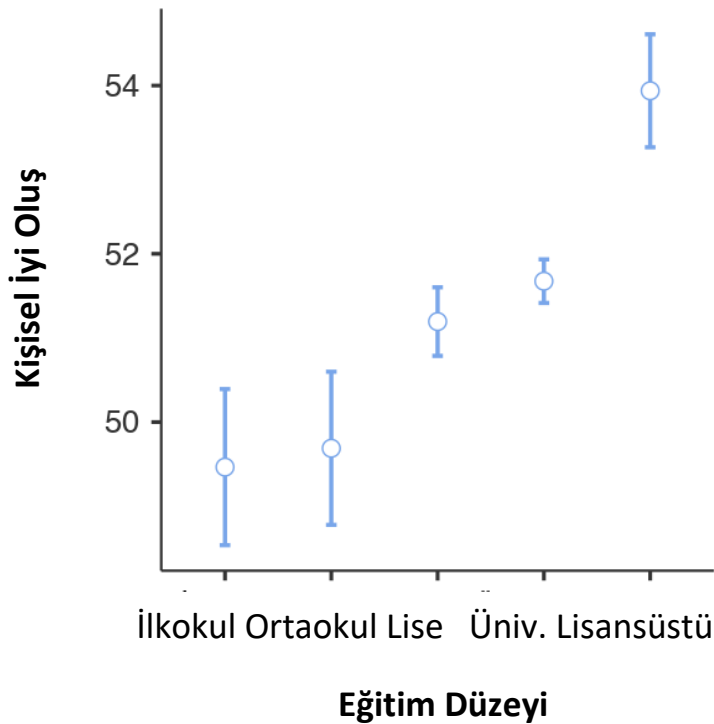
Toronto Aleksitimi Envanteri aracılığı ile değerlendirilen duyguları ifade güçlüğü puanlarının eğitim düzeyi gruplarına göre doğrusal dağılım göstermediği anlaşılmıştır. En yüksek duyguları tanıma güçlüğü düzeyine sahip grubun ilkokul eğitim düzeyine sahip katılımcılar, en düşük duyguları tanıma güçlüğü düzeyine sahip grubun ise lise eğitim düzeyine sahip katılımcılar olduğu saptanmıştır. Üniversite eğitim düzeyine sahip katılımcıların duygu ifade güçlüğü puanları lise ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Duyguları ifade güçlüğü puanının eğitim düzeyi gruplarına göre dağılımları Grafik 22’de sunulmuştur

**Grafik 22. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Duyguları İfadede Güçlük Puanı Ortalaması Grafiği**



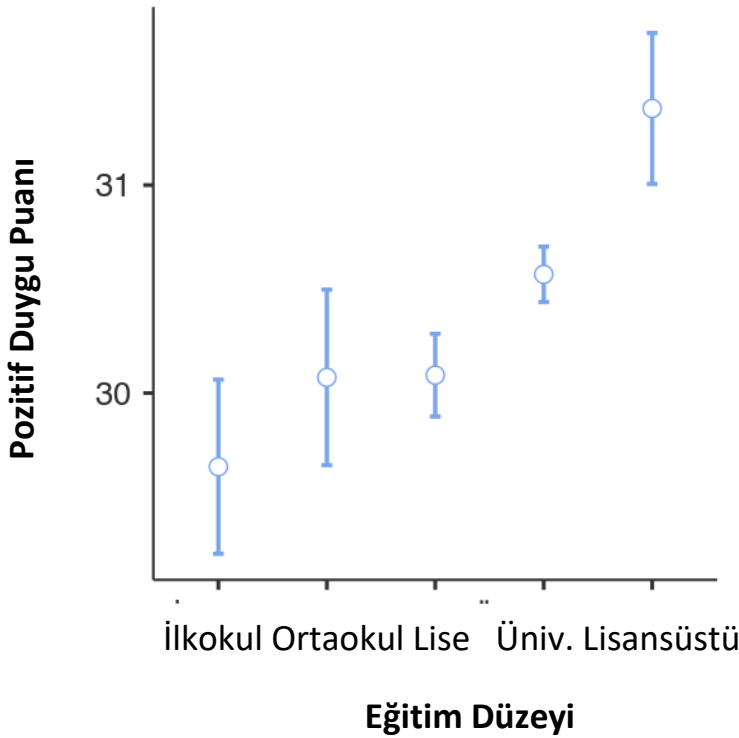
Kişisel İyi Oluş Envanteri aracılığı ile değerlendirilen kişisel iyi oluş puanının eğitim düzeyi ile birlikte istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı izlenmiştir. En düşük kişisel iyi oluş düzeyine sahip grubun ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcılar, en yüksek kişisel iyi oluş düzeyine sahip grubun ise lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcılar olduğu saptanmıştır. Kişisel iyi oluş puanlarında ortaokul ve ilkokul eğitim düzeyi birbirine benzer bir grup oluştururken, lise ve üniversite mezunları ikinci bir grup ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanlar ise üçüncü bir grubu oluşturacak biçimde kümelenmişlerdir. Kişisel iyi oluş puanlarının eğitim düzeylerine göre dağılımları Grafik 23'te sunulmuştur.

**Grafik 23. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Kişisel İyi Oluş Puanı Ortalaması Grafiği**



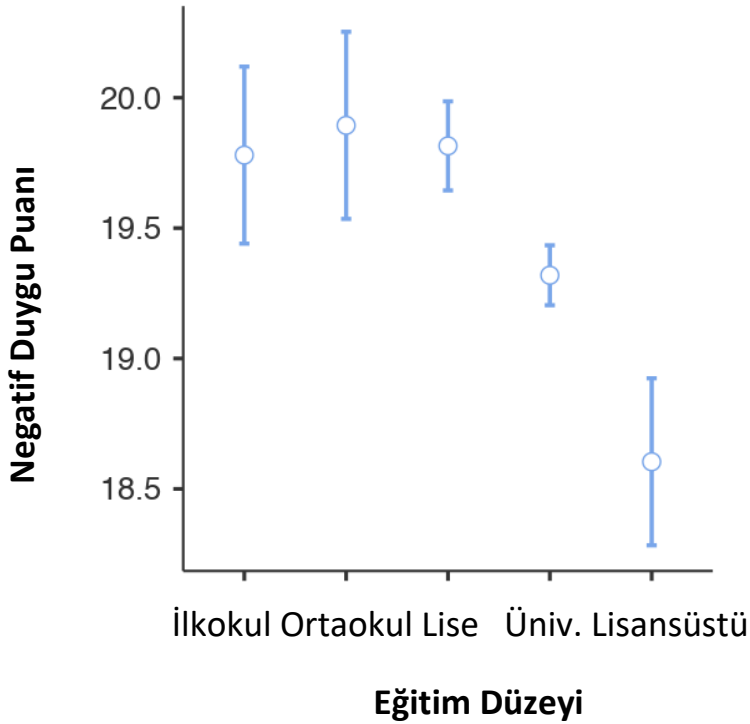
Pozitif – Negatif Duygu Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen pozitif duygu puanlarının eğitim gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça pozitif duygu puanının arttığı sonucuna ulaşılmıştır. En düşük pozitif duygu düzeyine sahip grubun ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcılar, en yüksek pozitif duygu düzeyine sahip grubun ise lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcılar olduğu saptanmıştır. Pozitif duygu puanlarında ilkokul, ortaokul ve lise eğitim düzeyleri bir grup oluştururken, diğer eğitim düzeyleri birbirlerinden anlamlı biçimde farklı kümelenmişlerdir. Pozitif duygu puanlarının eğitim düzeylerine göre dağılımları Grafik 24’te sunulmuştur.

**Grafik 24. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Pozitif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği**



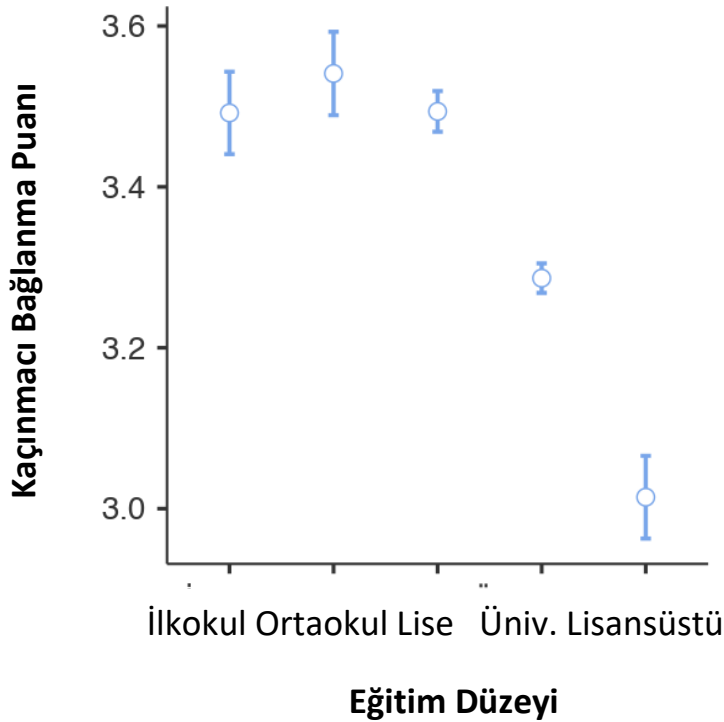
Pozitif – Negatif Duygu Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen negatif duygu puanlarının eğitim gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça negatif duygu puanının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. En düşük negatif duygu düzeyine sahip grubun lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcılar, en yüksek negatif duygu düzeyine sahip grubun ise ortaokul eğitim düzeyine sahip katılımcılar olduğu saptanmıştır. Negatif duygu puanlarında ilkokul, ortaokul ve lise eğitim düzeyleri bir grup oluştururken, diğer eğitim düzeyleri birbirlerinden anlamlı biçimde farklı kümelenmişlerdir. Negatif duygu puanlarının eğitim düzeylerine göre dağılımları Grafik 25'te sunulmuştur.

**Grafik 25. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Negatif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği**



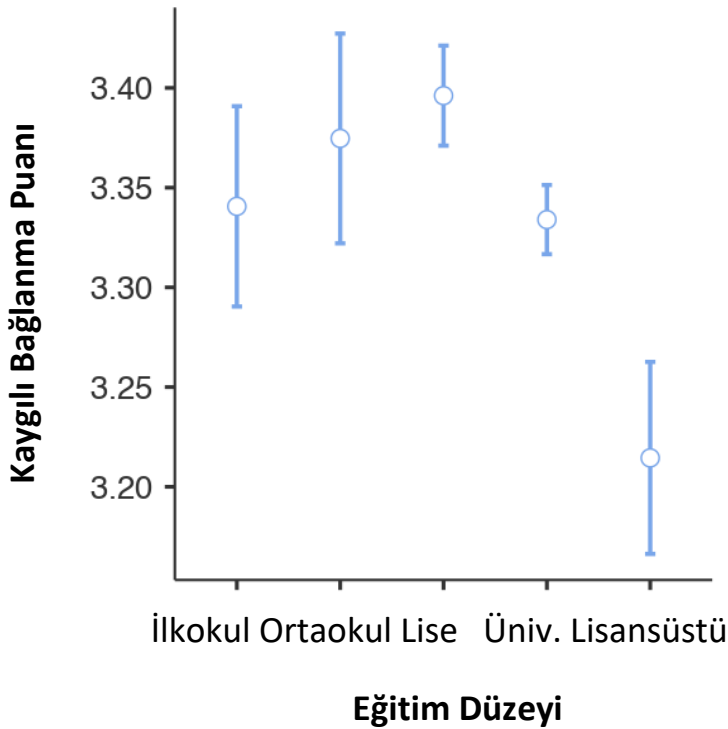
Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri aracılığı ile değerlendirilen kaçınmacı bağlanma puanlarının eğitim gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça kaçınmacı bağlanma puanının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. En düşük kaçınmacı bağlanma düzeyine sahip grubun lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcılar, en yüksek kaçınmacı bağlanma düzeyine sahip grubun ise ortaokul eğitim düzeyine sahip katılımcılar olduğu saptanmıştır. Kaçınmacı bağlanma puanlarında ilkokul, ortaokul ve lise eğitim düzeyleri bir grup oluştururken, diğer eğitim düzeyleri birbirlerinden anlamlı biçimde farklı kümelenmişlerdir. Kaçınmacı bağlanma puanlarının eğitim düzeylerine göre dağılımları Grafik 26’da sunulmuştur.

**Grafik 26. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Kaçınmacı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği**



Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri aracılığı ile değerlendirilen kaygılı bağlanma puanlarının eğitim gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça kaygılı bağlanma puanının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. En düşük kaygılı bağlanma düzeyine sahip grubun lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcılar, en yüksek kaygılı bağlanma düzeyine sahip grubun ise ortaokul eğitim düzeyine sahip katılımcılar olduğu saptanmıştır. Kaygılı bağlanma puanlarında ilkökul, ortaokul ve lise eğitim düzeyleri bir grup oluştururken, diğer eğitim düzeyleri birbirlerinden anlamlı biçimde farklı kümelenmişlerdir. Kaygılı bağlanma puanlarının eğitim düzeylerine göre dağılımları Grafik 27’de sunulmuştur

**Grafik 27. Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Kaygılı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği**





#### 4.4.3. Ruh Sağlığı Değişkenlerinin Medeni Duruma Göre Dağılımı

Katılımcılar medeni durumlarına göre evli, bekar, ayrılmış – boşanmış olarak üç gruba ayrılmışlardır. Araştırma kapsamında incelenen tüm ruh sağlığı değişkenlerinin medeni durum gruplarına göre ortalama puan dağılımları Tablo 47’de sunulmuştur.

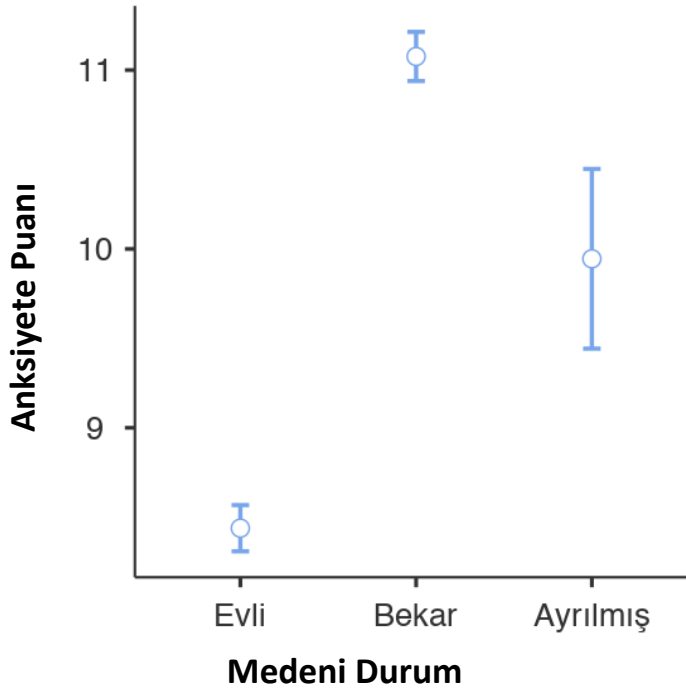
**Tablo 47. Ruh Sağlığı Değişkenleri Puanlarının Medeni Durum Gruplarına Göre Dağılımı**

Ruh Sağlığı Değişkeni	Medeni Durum	N	Ort.	SD	SE
<b>Anksiyete</b>	Evli	10554	8.44	6.772	0.06592
	Bekar	13048	11.08	8.001	0.07005
	Ayrılmış	872	9.94	7.558	0.25594
<b>Depresyon</b>	Evli	10554	10.24	7.229	0.07037
	Bekar	13048	13.62	8.825	0.07725
	Ayrılmış	872	13.32	8.483	0.28725
<b>Olumsuz Benlik Algısı</b>	Evli	10554	8.20	6.440	0.06269
	Bekar	13048	10.69	7.751	0.06785
	Ayrılmış	872	9.97	7.391	0.25028
<b>Somatizasyon</b>	Evli	10554	5.64	4.594	0.04472
	Bekar	13048	6.61	5.151	0.04509
	Ayrılmış	872	6.94	5.254	0.17793
<b>Hostilite</b>	Evli	10554	6.38	4.216	0.04104
	Bekar	13048	8.22	4.985	0.04364
	Ayrılmış	872	7.27	4.733	0.16030
<b>Duyguları Tanıma Güçlüğü</b>	Evli	10554	13.09	4.870	0.04740
	Bekar	13047	14.89	5.605	0.04907

	Ayrılmış	872	13.89	5.341	0.18087
<b>Duyguları İfade Güçlüğü</b>	Evli	10554	12.49	3.254	0.03168
	Bekar	13047	12.87	3.275	0.02867
	Ayrılmış	872	12.92	3.189	0.10798
<b>Kişisel İyi Oluş</b>	Evli	10543	53.30	15.763	0.15352
	Bekar	13036	50.10	15.925	0.13948
	Ayrılmış	872	49.40	16.546	0.56033
<b>Pozitif Duygu</b>	Evli	10524	30.73	7.876	0.07678
	Bekar	13024	30.15	8.019	0.07027
	Ayrılmış	871	30.60	8.180	0.27716
<b>Negatif Duygu</b>	Evli	10525	18.26	6.408	0.06246
	Bekar	13021	20.45	7.008	0.06142
	Ayrılmış	871	19.26	7.004	0.23731
<b>Kaçınmacı Bağlanma</b>	Evli	10536	3.13	1.087	0.01059
	Bekar	13018	3.52	1.023	0.00896
	Ayrılmış	869	3.42	1.031	0.03499
<b>Kaygılı Bağlanma</b>	Evli	10535	3.17	0.965	0.00940
	Bekar	13018	3.48	1.043	0.00914
	Ayrılmış	869	3.39	1.041	0.03532

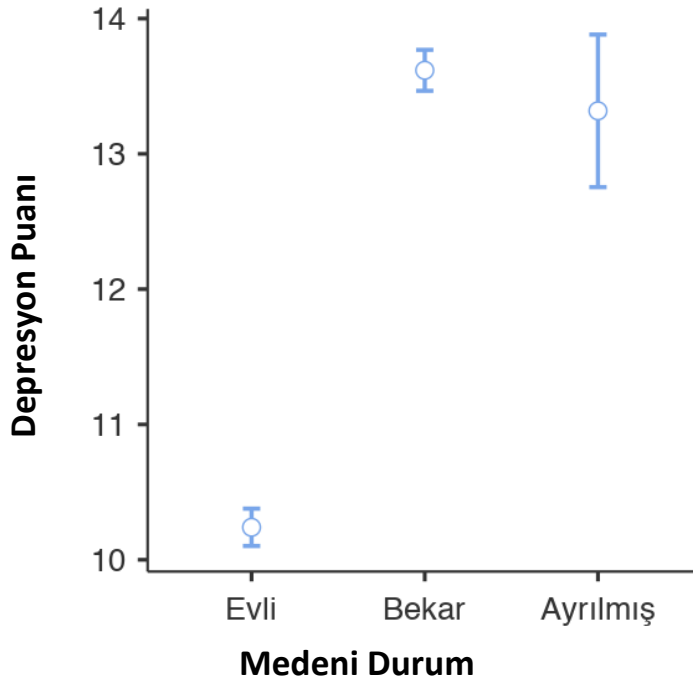
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen anksiyete puanlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, anksiyete puanlarının evli grupta en düşük, bekar grupta en yüksek olduğu izlenmiştir. Anksiyete puanının medeni durum gruplarına göre dağılımları Grafik 28’de sunulmuştur.

**Grafik 28. Medeni Durum Gruplarına Göre Anksiyete Puanı Ortalaması Grafiği**



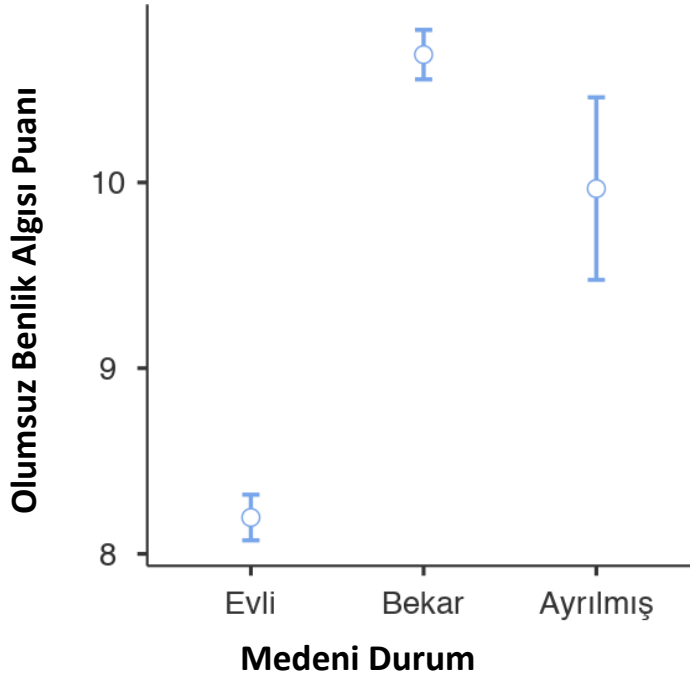
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen depresyon puanlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, depresyon puanlarının evli grupta en düşük, bekar grupta en yüksek olduğu izlenmiştir. Depresyon puanının medeni durum gruplarına göre dağılımları Grafik 29’da sunulmuştur.

**Grafik 29. Medeni Durum Gruplarına Göre Depresyon Puanı Ortalaması Grafiği**



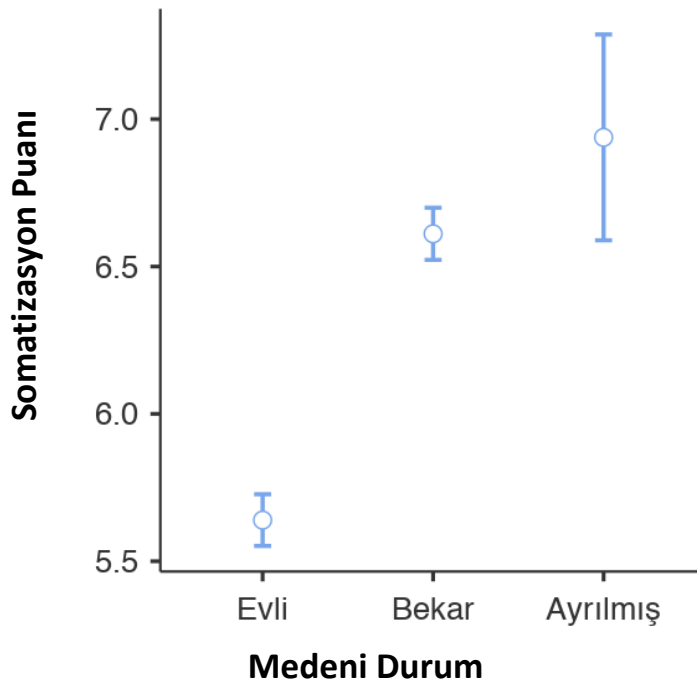
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen olumsuz benlik algısı puanlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, olumsuz benlik algısı puanlarının evli grupta en düşük, bekar grupta en yüksek olduğu izlenmiştir. Olumsuz benlik algısı puanının medeni durum gruplarına göre dağılımları Grafik 30'da sunulmuştur.

**Grafik 30. Medeni Durum Gruplarına Göre Olumsuz Benlik Algısı Puanı Ortalaması Grafiği**



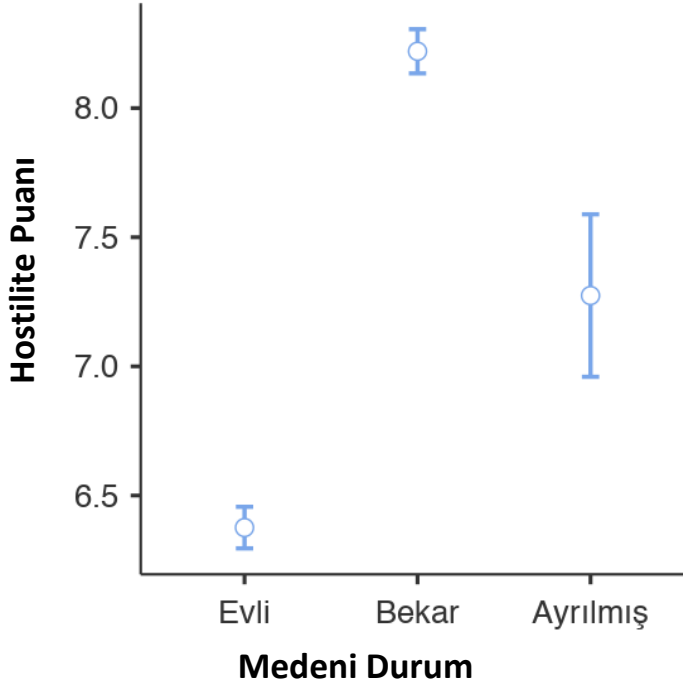
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen somatizasyon (bedenselleştirme) puanlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, somatizasyon (bedenselleştirme) puanlarının evli grupta en düşük, ayrılmış – boşanmış katılımcı grubunda en yüksek olduğu izlenmiştir. Somatizasyon (bedenselleştirme) puanının medeni durum gruplarına göre dağılımları Grafik 31’de sunulmuştur.

**Grafik 31. Medeni Durum Gruplarına Göre Somatizasyon (Bedenselleştirme) Puanı Ortalaması Grafiği**



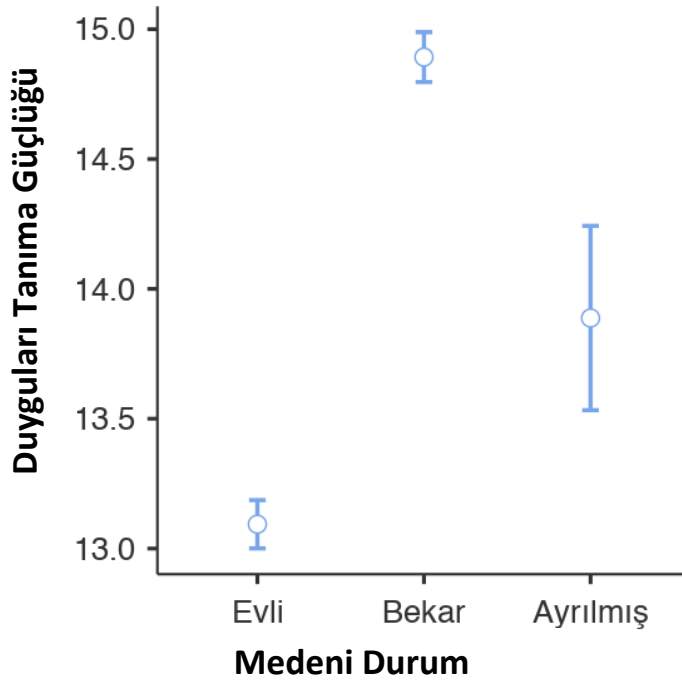
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen hostilite (düşmanlık) puanlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, hostilite (düşmanlık) puanlarının evli grupta en düşük, bekar katılımcı grubunda en yüksek olduğu izlenmiştir. Hostilite (düşmanlık) puanının medeni durum gruplarına göre dağılımları Grafik 32’de sunulmuştur.

**Grafik 32. Medeni Durum Gruplarına Göre Hostilite (Düşmanlık) Puanı Ortalaması Grafiği**



Toronto Aleksitimi Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen duyguları tanıma güçlüğü puanlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, puanların evli grupta en düşük, bekar katılımcı grubunda en yüksek olduğu izlenmiştir. Duyguları tanıma güçlüğü puanının medeni durum gruplarına göre dağılımları Grafik 33'de sunulmuştur.

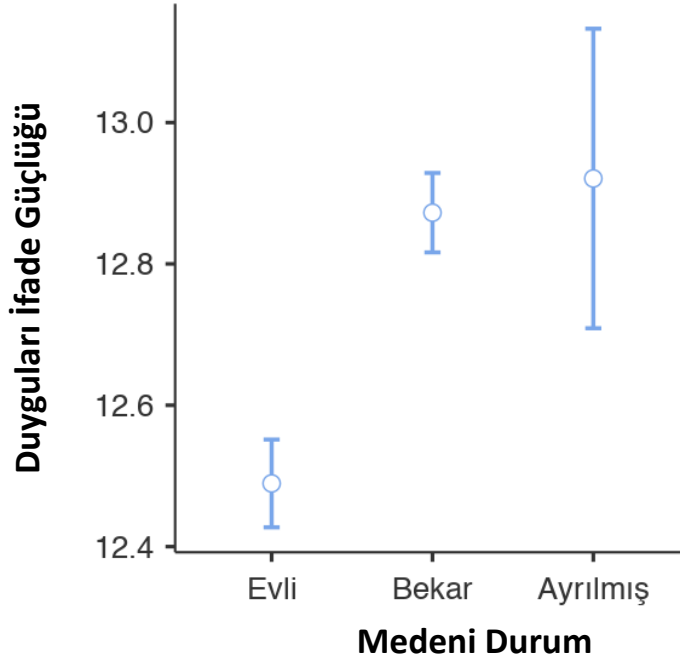
**Grafik 33. Medeni Durum Gruplarına Göre Duyguları Tanımada Güçlük Puanı Ortalaması Grafiği**





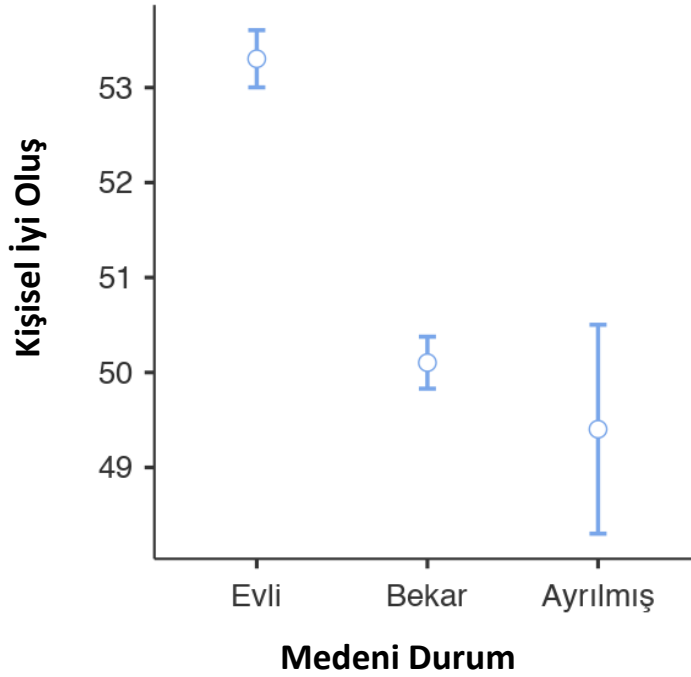
Toronto Aleksitimi Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen duyguları ifade güçlüğü puanlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, puanların evli grupta en düşük, boşanmış – ayrılmış katılımcı grubunda en yüksek olduğu izlenmiştir. Duyguları ifade güçlüğü puanının medeni durum gruplarına göre dağılımları Grafik 34'te sunulmuştur.

**Grafik 34. Medeni Durum Gruplarına Göre Duyguları İfadede Güçlük Puanı Ortalaması Grafiği**



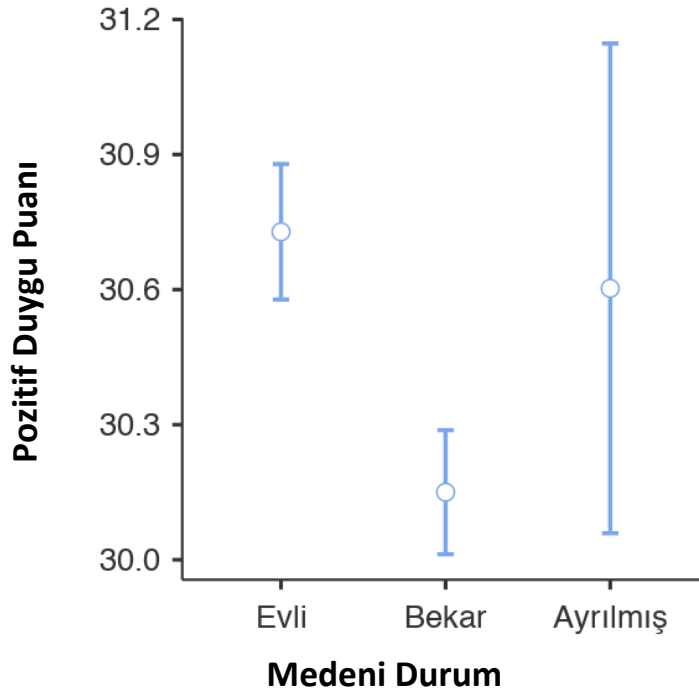
Kişisel İyi Oluş Envanteri aracılığı ile değerlendirilen kişisel iyi oluş puanlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, puanların evli grupta en yüksek, boşanmış – ayrılmış katılımcı grubunda en düşük olduğu izlenmiştir. Kişisel iyi oluş puanının medeni durum gruplarına göre dağılımları Grafik 35’te sunulmuştur.

**Grafik 35. Medeni Durum Gruplarına Göre Kişisel İyi Oluş Puanı Ortalaması Grafiği**



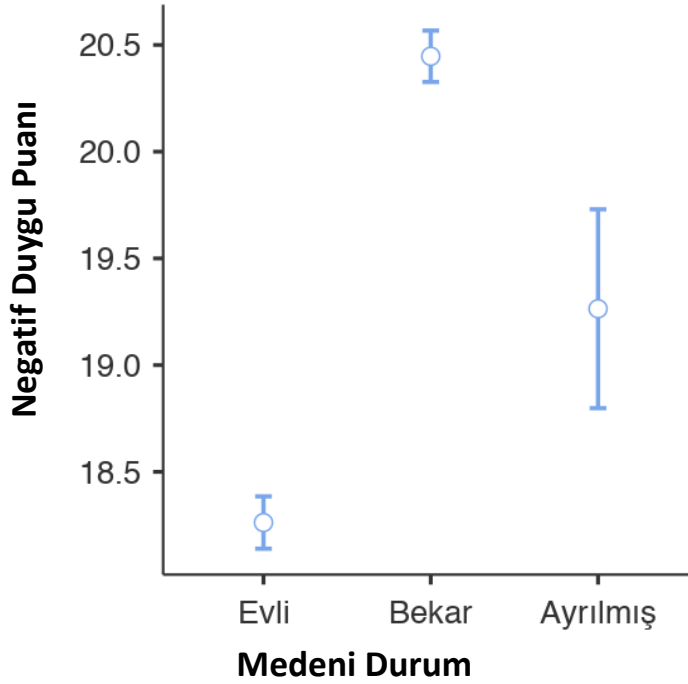
Pozitif – Negatif Duygu Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen pozitif duygu puanlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en düşük pozitif duygu düzeyine sahip grubun bekar katılımcılar, en yüksek pozitif duygu düzeyine sahip grubun ise evli katılımcılar olduğu saptanmıştır. Pozitif duygu puanlarının medeni duruma göre dağılımları Grafik 36’da sunulmuştur.

**Grafik 36. Medeni Durum Gruplarına Göre Pozitif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği**



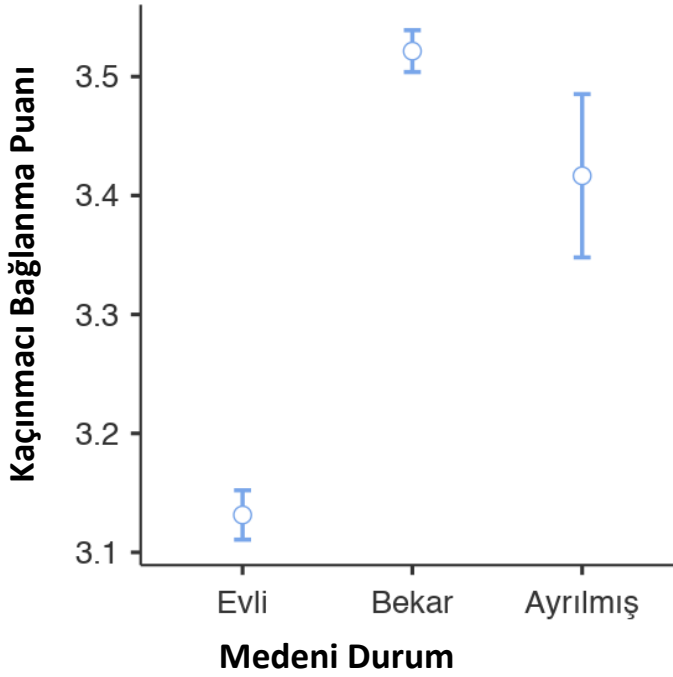
Pozitif – Negatif Duygu Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen negatif duygu puanlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en düşük negatif duygu düzeyine sahip grubun evli katılımcılar, en yüksek negatif duygu düzeyine sahip grubun ise bekar katılımcılar olduğu saptanmıştır. Negatif duygu puanlarının medeni duruma göre dağılımları Grafik 37’de sunulmuştur.

**Grafik 37. Medeni Durum Gruplarına Göre Negatif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği**



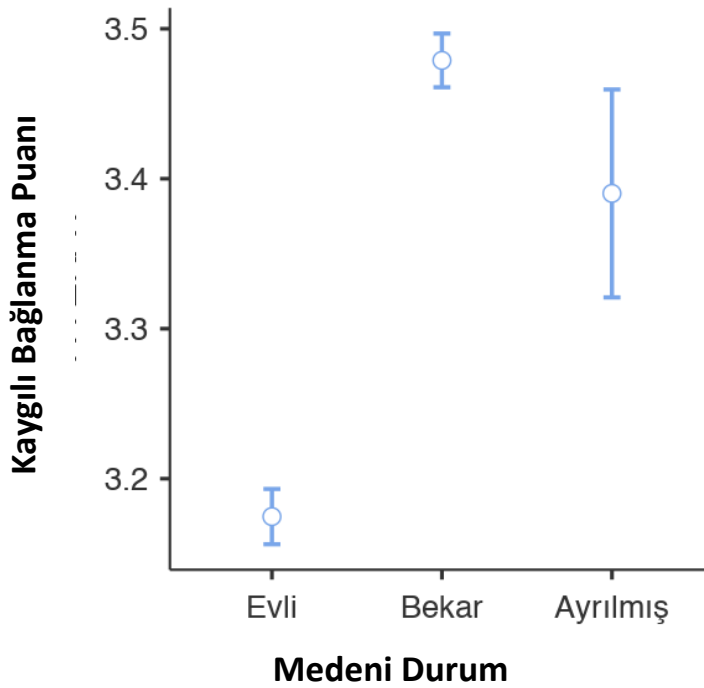
Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri aracılığı ile değerlendirilen kaçınmacı bağlanma puanlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en düşük kaçınmacı bağlanma düzeyine sahip grubun evli katılımcılar, en yüksek kaçınmacı bağlanma düzeyine sahip grubun ise bekar katılımcılar olduğu saptanmıştır. Kaçınmacı bağlanma puanlarının medeni duruma göre dağılımları Grafik 38’de sunulmuştur.

**Grafik 38. Medeni Durum Gruplarına Göre Kaçınmacı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği**



Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri aracılığı ile değerlendirilen kaygılı bağlanma puanlarının medeni durum gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en düşük kaygılı bağlanma düzeyine sahip grubun evli katılımcılar, en yüksek kaygılı bağlanma düzeyine sahip grubun ise bekar katılımcılar olduğu saptanmıştır. Kaygılı bağlanma puanlarının medeni duruma göre dağılımları Grafik 39’da sunulmuştur.

**Grafik 39. Medeni Durum Gruplarına Göre Kaygılı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği**

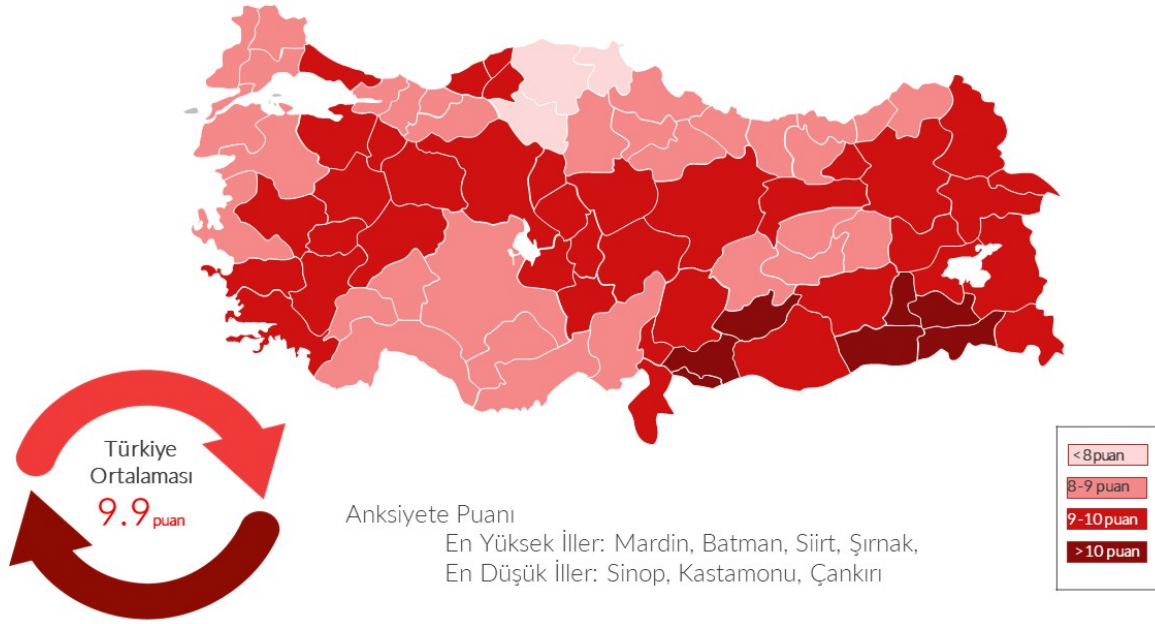


## 4.5. Türkiye Duygu Haritaları

### 4.5.1. Türkiye Anksiyete Haritası

Çalışmada yer alan katılımcıların Kısa Semptom Envanteri anksiyete alt ölçeği puan ortalamalarının İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 13'te sunulmuştur. Kilis – Gaziantep – Adıyaman ve Siirt – Şırnak – Mardin – Batman bölgelerinde yaşayan katılımcıların anksiyete puanı ortalamaları diğer bölgelere kıyasla daha yüksek bulunmuştur

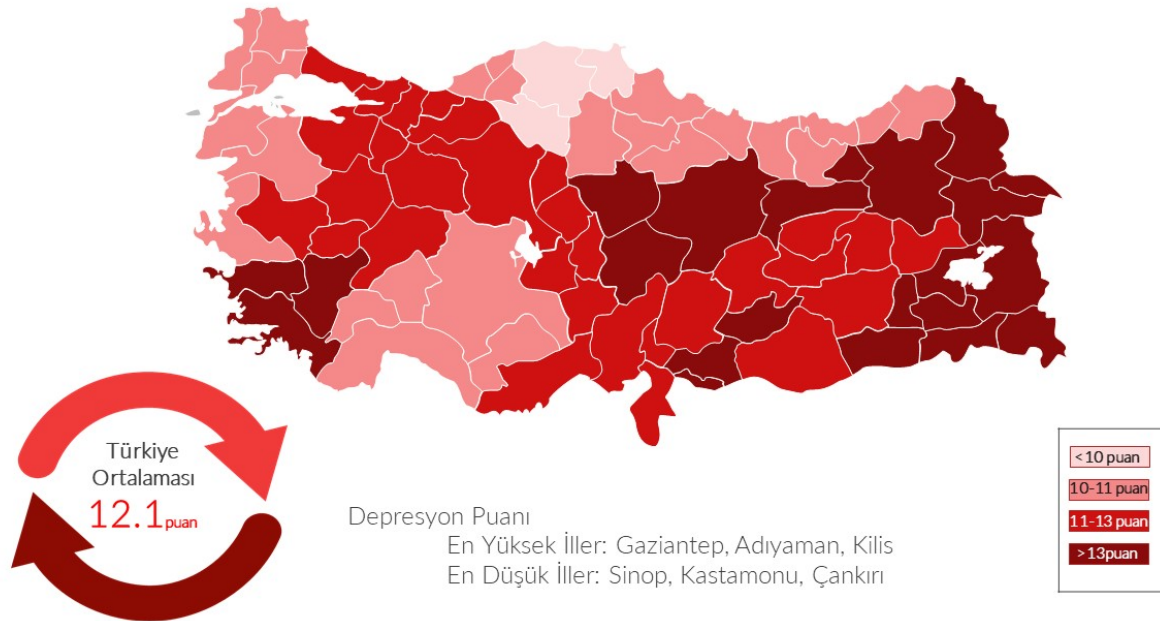
**Harita 13. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Anksiyete Belirtisi Puanları Haritası**



#### 4.5.2. Türkiye Depresyon Haritası

Çalışmada yer alan katılımcıların Kısa Semptom Envanteri depresyon alt ölçeği puan ortalamalarının İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 14'te sunulmuştur. Batıda Aydın – Muğla – Denizli ile ülkemizin doğu, güneydoğu ve iç bölgelerinde depresyon puanları diğer bölgelere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Depresyon puanının en düşük olduğu İSSB-2 bölgesi ise Sinop – Kastamonu – Çankırı bölgesi olmuştur.

**Harita 14. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Depresyon Puanları Haritası**

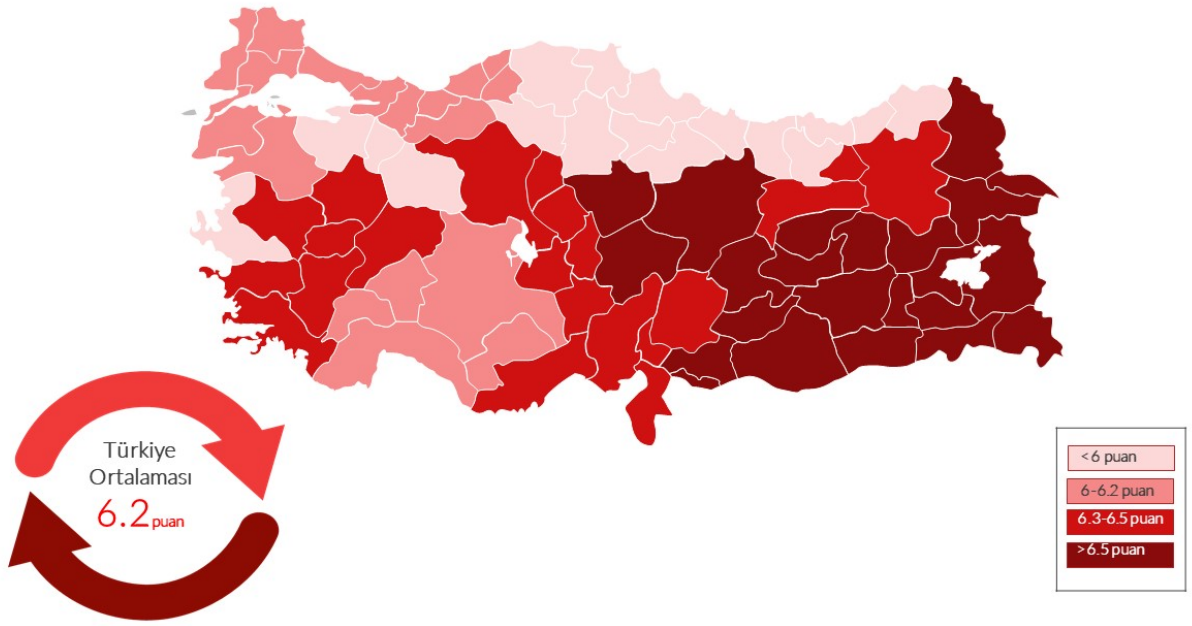




### 4.5.3. Türkiye Somatizasyon (Bedenselleştirme) Haritası

Çalışmada yer alan katılımcıların Kısa Semptom Envanteri somatizasyon alt ölçeği puan ortalamalarının İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 15'te sunulmuştur. Karadeniz Bölgesi genelinde somatizasyon puanları düşükken, doğu, güneydoğu bölgelerinde somatizasyon puanları yüksek bulunmuştur.

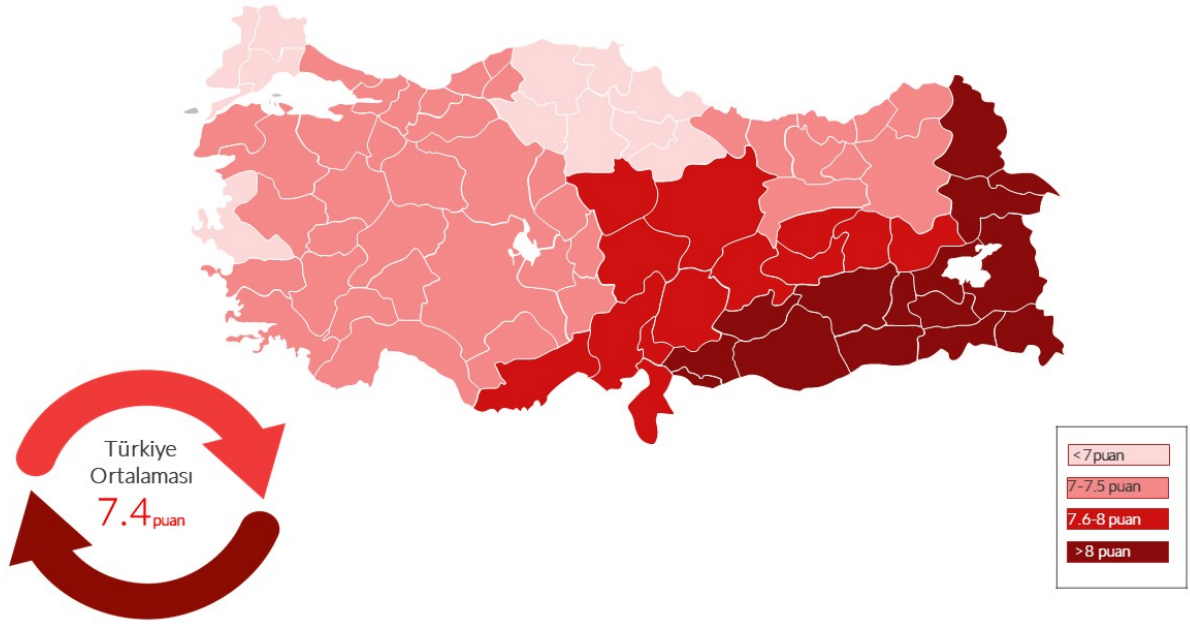
**Harita 15. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Somatizasyon Puanları Haritası**



#### 4.5.4. Türkiye Hostilite Haritası

Çalışmada yer alan katılımcıların Kısa Semptom Envanteri hostilite alt ölçeği puan ortalamalarının İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 16'da sunulmuştur. Doğu ve güneydoğu bölgelerinde hostilite puanları yüksek bulunmuştur.

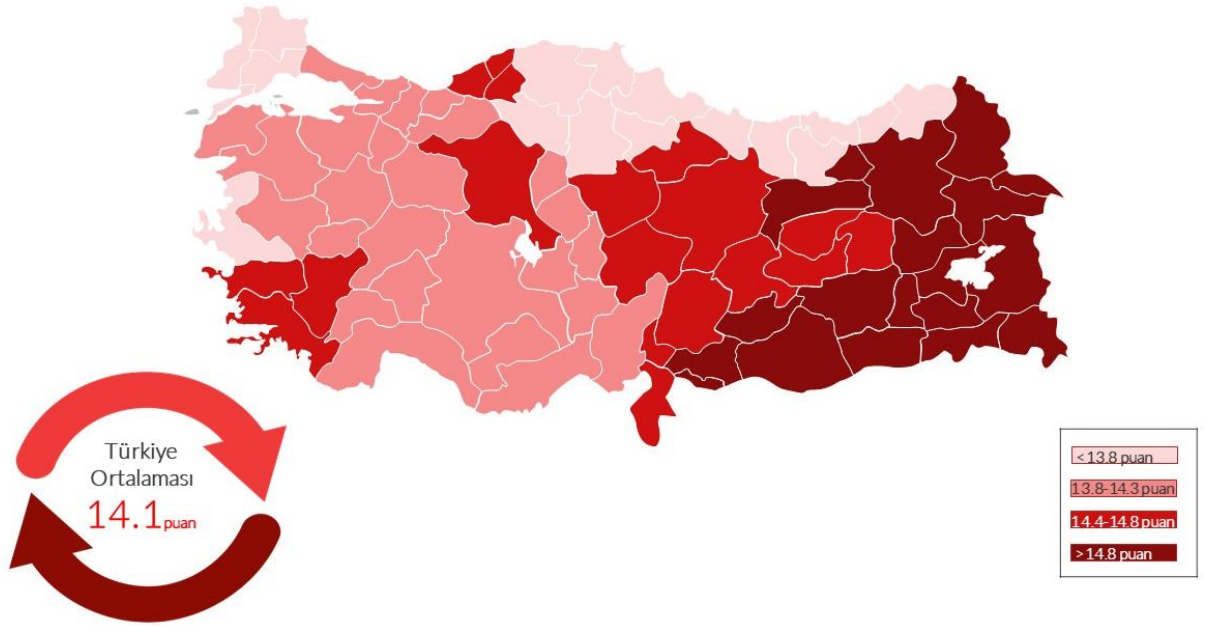
**Harita 16. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Hostilite Puanları Haritası**



#### 4.5.5. Türkiye Aleksitimi Haritaları

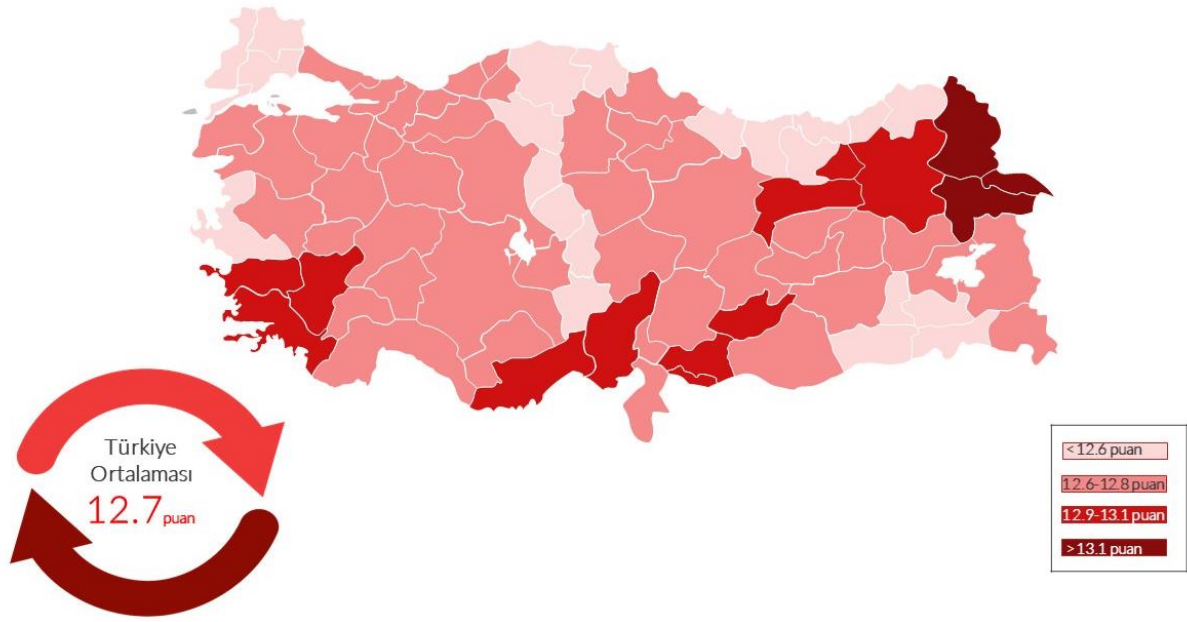
Çalışmada yer alan katılımcıların Toronto Aleksitimi Ölçeği ile elde edilen duyguları tanıma güçlüğü puan ortalamalarının İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 17’de sunulmuştur. Doğu ve güneydoğu bölgelerinde duyguları tanımada güçlük puanları yüksek bulunmuştur. Karadeniz geneli, Edirne – Kırklareli – Tekirdağ bölgeleri ve İzmir bölgesinde ise duyguları tanımada güçlük puanı en düşük bulunmuştur.

**Harita 17. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Duyguları Tanımada Güçlük Puanları Haritası**



Çalışmada yer alan katılımcıların Toronto Aleksitimi Ölçeği ile elde edilen duyguları ifade güçlüğü puan ortalamalarının İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 18’de sunulmuştur. Kars – Ağrı - Ardahan bölgesinde duyguları ifadede güçlük puanları en yüksek bulunmuştur.

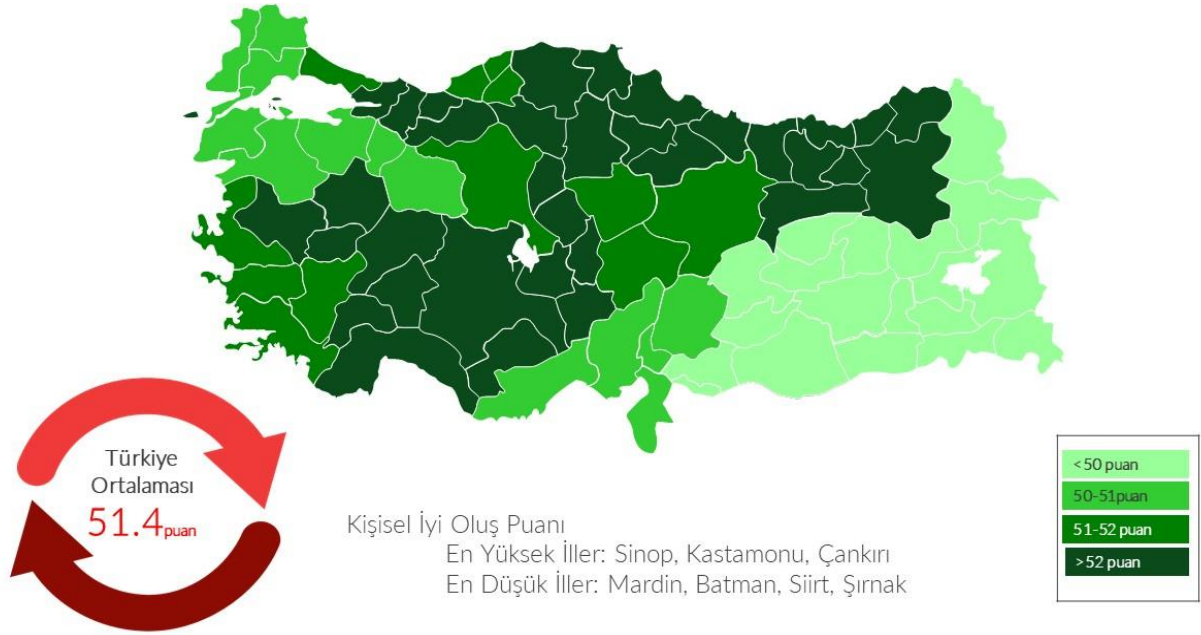
**Harita 18. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Duyguları İfadede Güçlük Puanları Haritası**



#### 4.5.6. Türkiye Kişisel İyi Oluş Haritası

Çalışmada yer alan katılımcıların Kişisel İyi Oluş Envanteri ile elde edilen kişisel iyi oluş puan ortalamalarının İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 19’da sunulmuştur. Doğu ve güneydoğu bölgelerinde kişisel iyi oluş puanları, ülkemizin diğer kısımlarına göre daha düşük bulunmuştur. Kişisel İyi Oluş’un en yüksek olduğu bölge ise Sinop – Kastamonu – Çankırı bölgesi olmuştur.

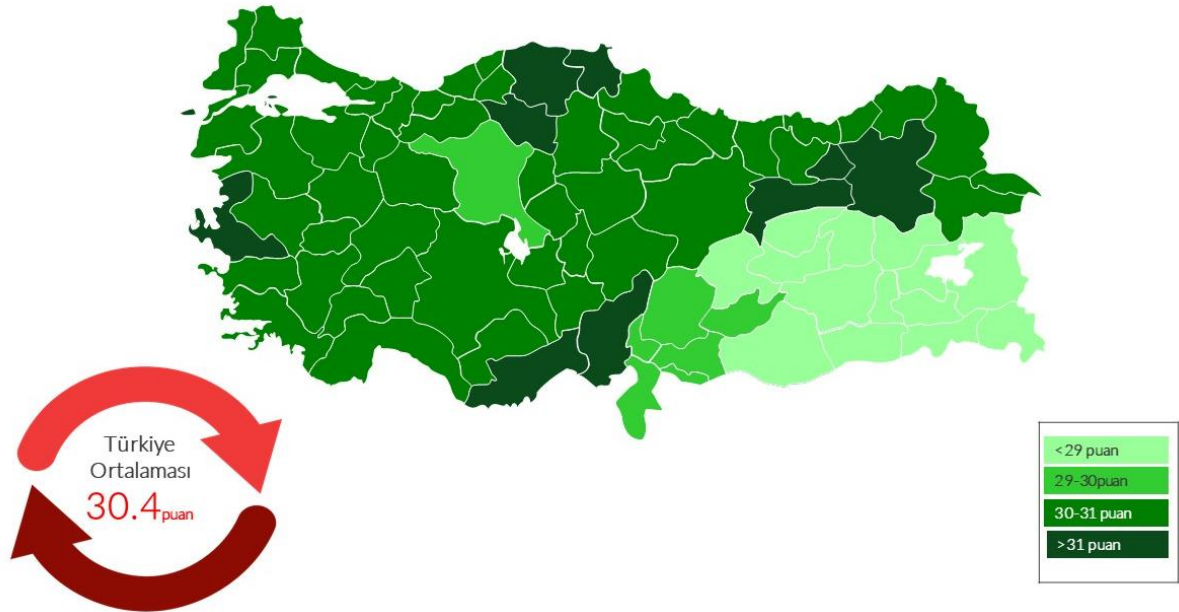
**Harita 19. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Kişisel İyi Oluş Puanları Haritası**



#### 4.5.7. Türkiye Pozitif Duygu Haritası

Çalışmada yer alan katılımcıların Pozitif – Negatif Duygu Ölçeği ile elde edilen pozitif duygu puan ortalamalarının İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 20’de sunulmuştur. İzmir, Adana – Mersin, Kastamonu-Sinop-Çankırı, Erzurum – Erzincan – Bayburt bölgelerinde pozitif duygu puanları en yüksek bulunmuştur. Ülkemizin güneydoğu kesimlerinde ise pozitif duygu puanları en düşük ortalamaya sahip bulunmuştur.

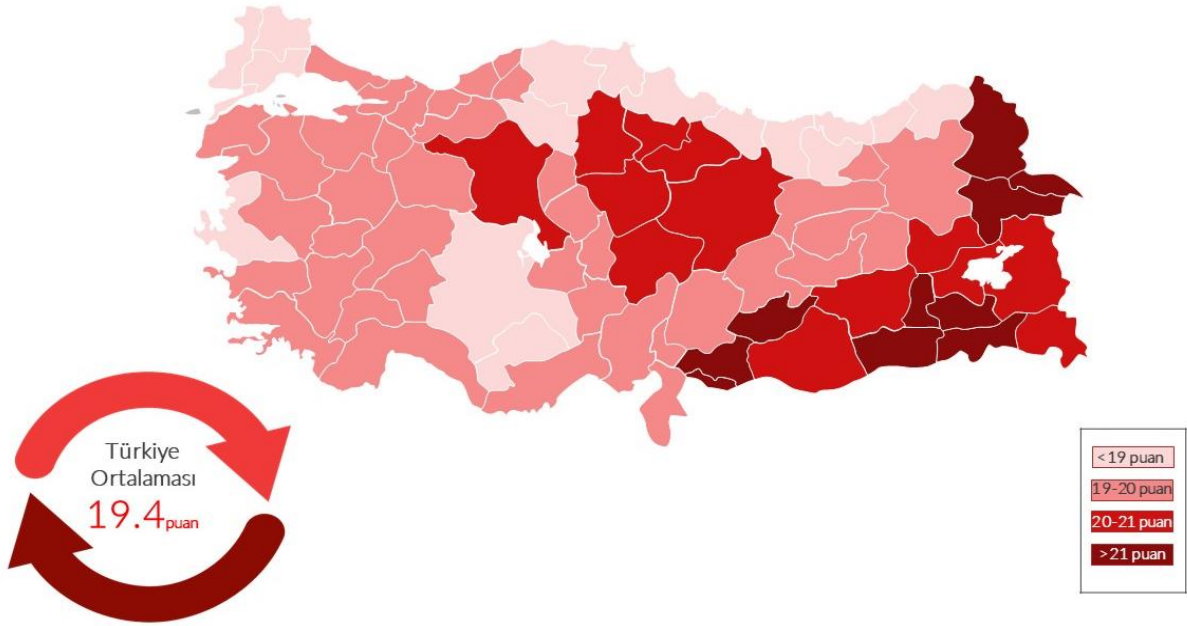
**Harita 20. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Pozitif Duygu Puanları Haritası**



#### 4.5.8. Türkiye Negatif Duygu Haritası

Çalışmada yer alan katılımcıların Pozitif – Negatif Duygu Ölçeği ile elde edilen negatif duygu puan ortalamalarının İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 21’de sunulmuştur. İzmir, Konya – Karaman, Edirne – Tekirdağ – Kırklareli ve Karadeniz genelinde negatif duygu puanları en düşük bulunmuştur. Kilis – Gaziantep – Adıyaman, Siirt – Şırnak – Batman – Mardin, Kars – Ardahan – Iğdır bölgelerinde negatif duygu puanları en yüksek bulunmuştur.

**Harita 21. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Negatif Duygu Puanları Haritası**

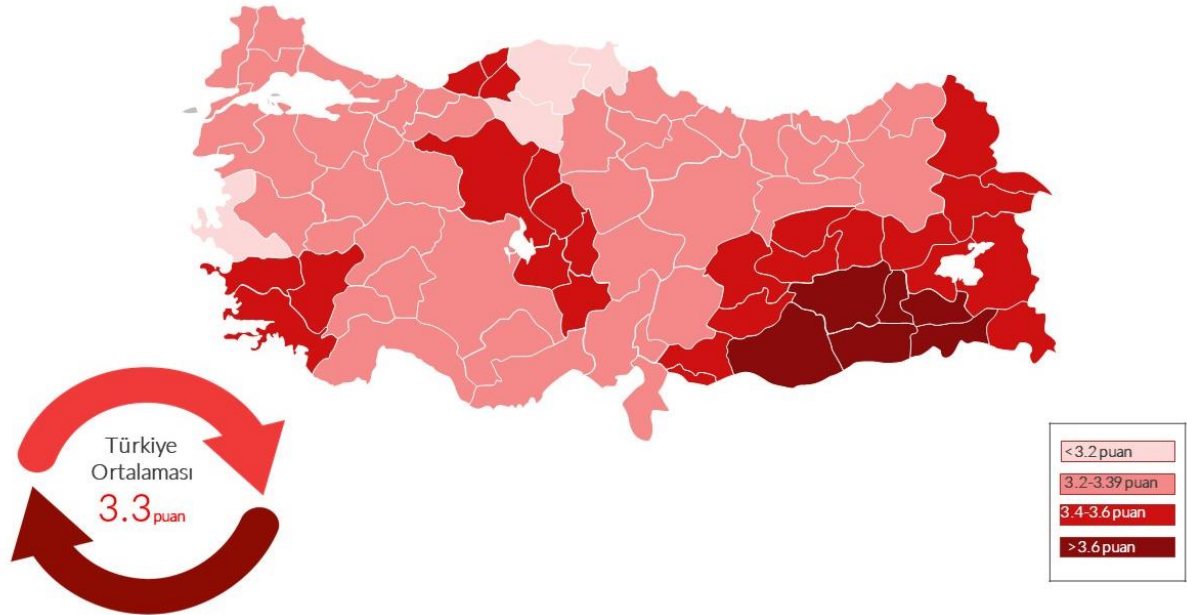




#### 4.5.9. Türkiye Bağlanma Haritaları

Çalışmada yer alan katılımcıların Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ile ölçülen kaçınmacı bağlanma puan ortalamalarının İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 22’de sunulmuştur. İzmir ve Sinop – Kastamonu – Çankırı bölgelerinde kaçınmacı bağlanma puanları en düşük bulunmuştur. Siirt – Şırnak – Batman – Mardin bölgesinde ise kaçınmacı bağlanma puanları en yüksek bulunmuştur.

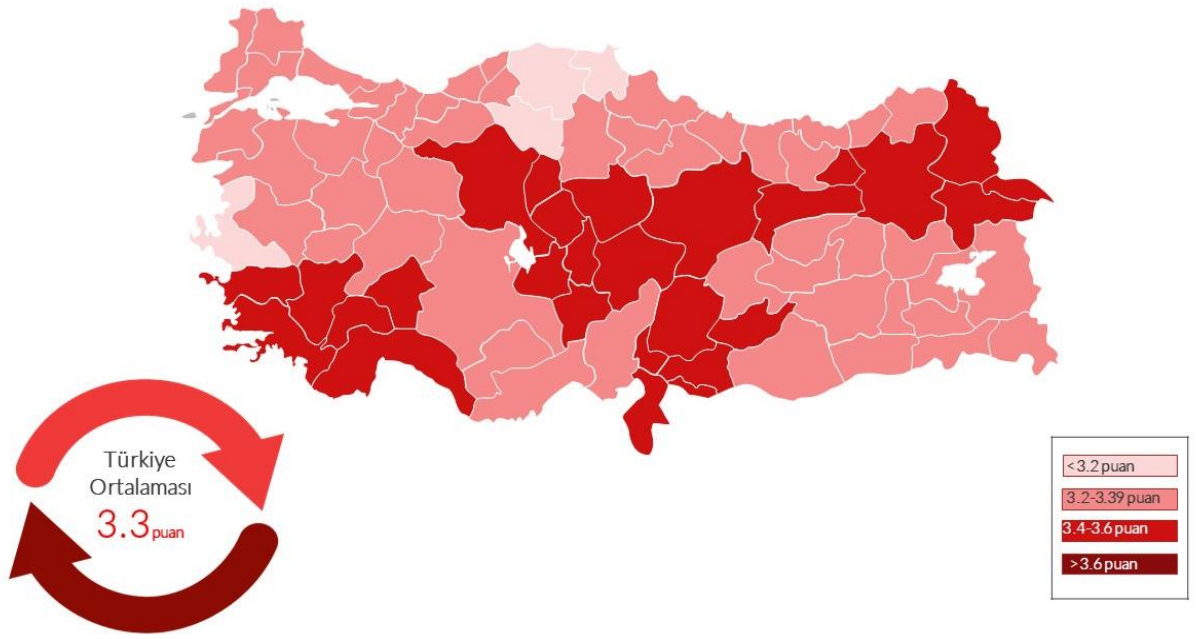
**Harita 22. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Kaçınmacı Bağlanma Puanları Haritası**





Çalışmada yer alan katılımcıların Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ile ölçülen kaygılı bağlanma puan ortalamalarının İBBS-2 bölgelerine göre dağılımları Harita 23'te sunulmuştur. İzmir ve Sinop – Kastamonu – Çankırı bölgelerinde kaygılı bağlanma puanları en düşük bulunmuştur.

**Harita 23. Katılımcıların İBBS-2 Bölgelerine Göre Kaygılı Bağlanma Puanları Haritası**



## 4.6. Kimyasal Bağımlılıklarla Psikolojik Parametrelerin İlişkileri

### 4.6.1. Sigara Kullanımı ile Psikolojik Parametrelerin İlişkileri

Bu araştırmada ölçülen farklı ruh sağlığı değişkenlerinin sigara, alkol ve madde kullanımları ile ilişkisine ait sonuçlar bu bölümde sunulacaktır. Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon (bedenselleştirme), hostilite (düşmanlık) puanlarına; Toronto Aleksitimi Ölçeği aracılığı ile duyguları tanıma güçlüğü ve duyguları ifade güçlüğü puanlarına; Kişisel İyi Oluş Envanteri aracılığı ile kişisel iyi oluş puanına; Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği aracılığı ile pozitif duygu ve negatif duygu puanlarına; Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri aracılığı ile kaçınmacı bağlanma ve kaygılı bağlanma puanlarına ulaşılmıştır. Araştırma kapsamında incelenen tüm ruh sağlığı değişkenlerinin sigara kullanım durumlarına göre ortalama puan dağılımları Tablo 48’de sunulmuştur.

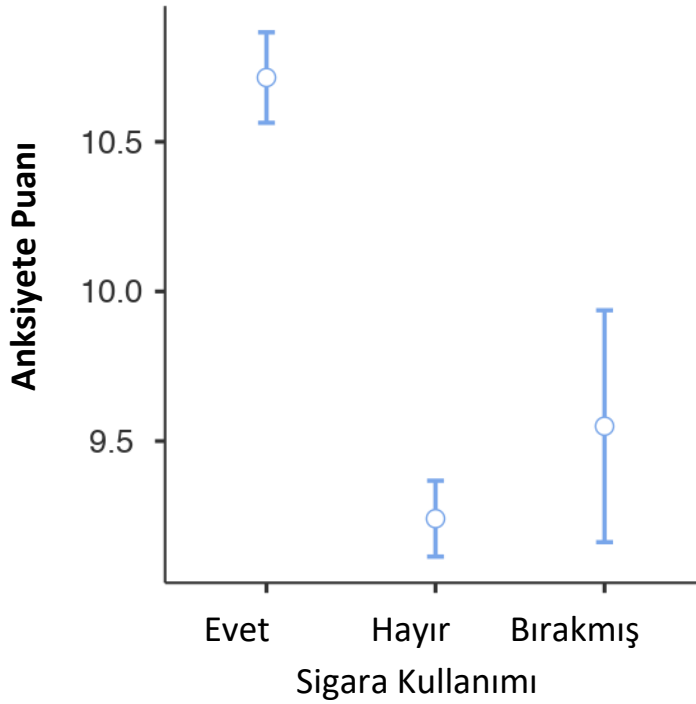
**Tablo 48. Ruh Sağlığı Değişkenleri Puanlarının Sigara Kullanım Durumuna Göre Dağılımı**

Ruh Sağlığı Değişkeni		Sigara Kullanımı	N	Ort.	SD	SE
<b>Anksiyete</b>	Evet		10672	10.71	7.968	0.07713
	Hayır		12414	9.24	7.205	0.06467
	Bırakmış		1386	9.55	7.350	0.19742
<b>Depresyon</b>	Evet		10672	12.96	8.778	0.08497
	Hayır		12414	11.54	7.907	0.07097
	Bırakmış		1386	11.38	7.874	0.21150
<b>Olumsuz Benlik Algısı</b>	Evet		10672	10.38	7.662	0.07417
	Hayır		12414	8.95	6.945	0.06233
	Bırakmış		1386	9.21	7.034	0.18894

<b>Somatizasyon</b>	Evet	10672	6.69	5.210	0.05043
	Hayır	12414	5.82	4.680	0.04200
	Bırakmış	1386	5.93	4.861	0.13057
<b>Hostilite</b>	Evet	10672	8.12	5.014	0.04854
	Hayır	12414	6.78	4.422	0.03969
	Bırakmış	1386	7.25	4.616	0.12398
<b>Duyguları Tanıma Güçlüğü</b>	Evet	10671	14.63	5.582	0.05404
	Hayır	12414	13.65	5.143	0.04616
	Bırakmış	1386	13.70	5.197	0.13959
<b>Duyguları İfade Güçlüğü</b>	Evet	10671	12.83	3.371	0.03263
	Hayır	12414	12.60	3.196	0.02868
	Bırakmış	1386	12.78	3.078	0.08268
<b>Kişisel İyi Oluş</b>	Evet	10660	50.05	16.193	0.15683
	Hayır	12402	52.75	15.677	0.14077
	Bırakmış	1386	50.79	15.737	0.42271
<b>Pozitif Duygu</b>	Evet	10643	30.73	8.118	0.07869
	Hayır	12388	30.18	7.867	0.07068
	Bırakmış	1386	30.12	7.613	0.20449
<b>Negatif Duygu</b>	Evet	10643	20.12	7.021	0.06805
	Hayır	12386	18.96	6.651	0.05976
	Bırakmış	1386	18.87	6.668	0.17910
<b>Kaçınmacı Bağlanma</b>	Evet	10648	3.36	1.050	0.01018
	Hayır	12389	3.35	1.084	0.00974
	Bırakmış	1384	3.21	1.050	0.02822
<b>Kaygılı Bağlanma</b>	Evet	10648	3.39	1.043	0.01011
	Hayır	12388	3.31	1.002	0.00900
	Bırakmış	1384	3.27	0.999	0.02686

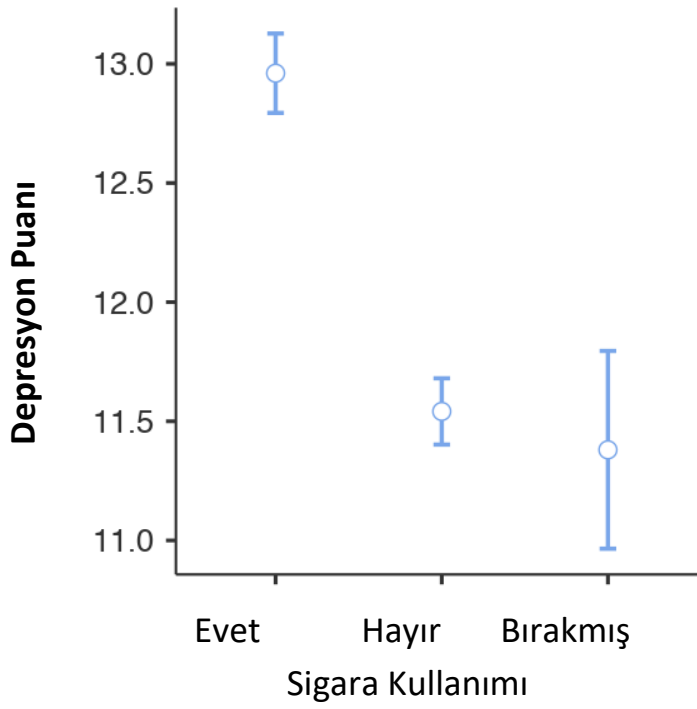
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen anksiyete puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek anksiyete puan düzeyine sahip grubun sigara kullananlar, en düşük anksiyete puan düzeyine sahip grubun ise sigara kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Önceki dönemlerde sigara kullanırken en az son bir yıldır bırakmış olanlarda ise anksiyete puanı düzeyi, sigara kullanmayanlara daha yakın bulunmuştur. Sigara kullanmayanlar ile bırakmış olanlar arasında anksiyete puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Anksiyete puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 40'ta sunulmuştur.

**Grafik 40. Sigara Kullanım Durumuna Göre Anksiyete Puanı Ortalaması Grafiği**



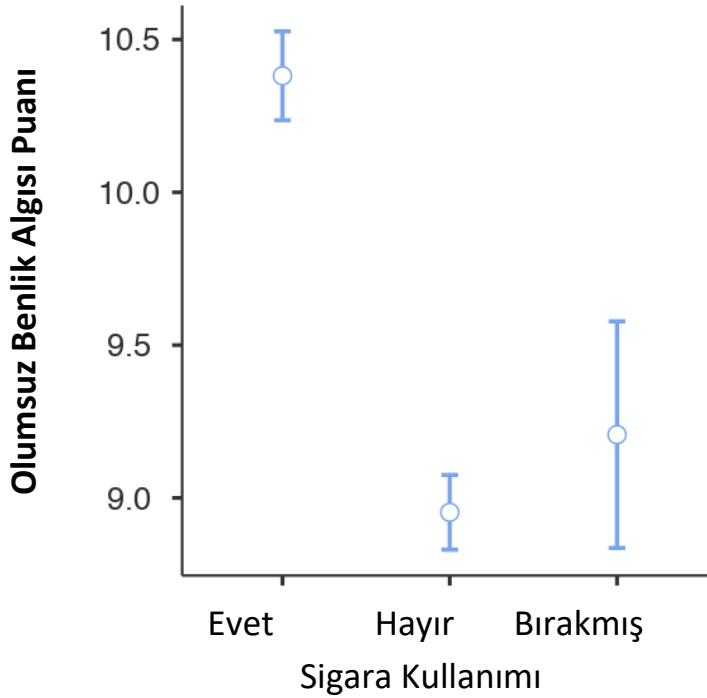
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen depresyon puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek depresyon puan düzeyine sahip grubun sigara kullananlar, en düşük depresyon puanı düzeyine sahip grubun ise sigarayı bırakmış grup olduğu izlenmiştir. Sigara kullanmayanlar ile bırakmış olanlar arasında depresyon puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Depresyon puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 41’de sunulmuştur.

**Grafik 41. Sigara Kullanım Durumuna Göre Depresyon Puanı Ortalaması Grafiği**



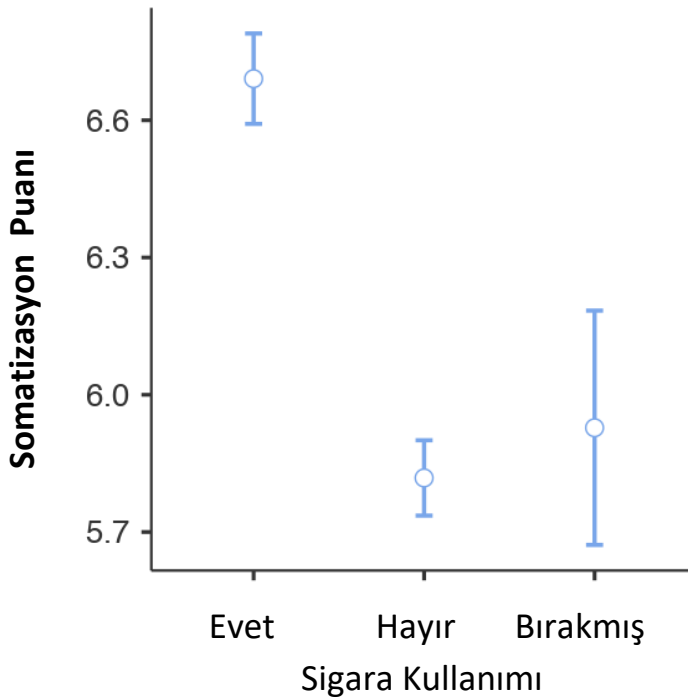
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen olumsuz benlik algısı puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek olumsuz benlik algısı puan düzeyine sahip grubun sigara kullananlar, en düşük olumsuz benlik algısı puanı düzeyine sahip grubun ise sigara kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Sigara kullanmayanlar ile bırakmış olanlar arasında olumsuz benlik algısı puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Olumsuz benlik algısı puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 42’de sunulmuştur.

**Grafik 42. Sigara Kullanım Durumuna Göre Olumsuz Benlik Algısı Puanı Ortalaması Grafiği**



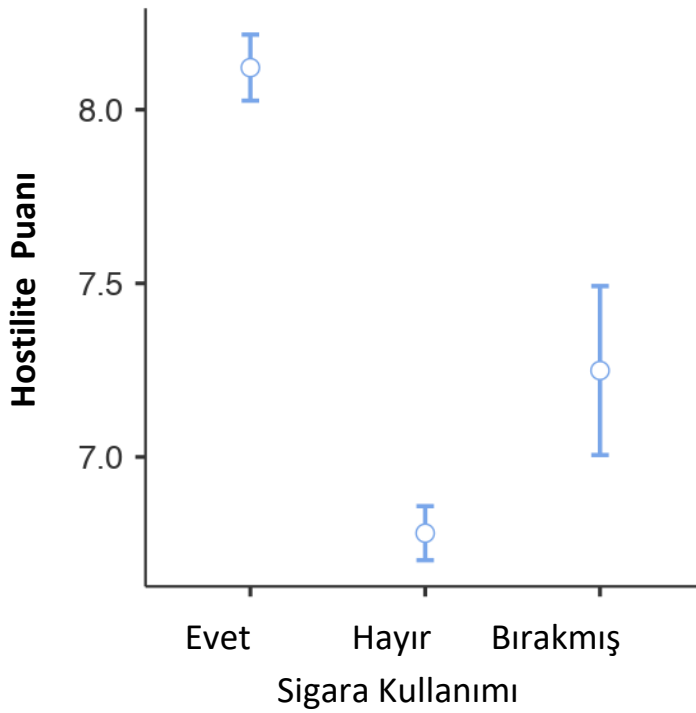
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen somatizasyon (bedenselleştirme) puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek somatizasyon (bedenselleştirme) puan düzeyine sahip grubun sigara kullananlar, en düşük somatizasyon (bedenselleştirme) puanı düzeyine sahip grubun ise sigara kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Sigara kullanmayanlar ile bırakmış olanlar arasında somatizasyon (bedenselleştirme) puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Somatizasyon (bedenselleştirme) puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 43'te sunulmuştur.

**Grafik 43. Sigara Kullanım Durumuna Göre Somatizasyon (Bedenselleştirme) Puanı Ortalaması Grafiği**



Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen hostilite (düşmanlık) puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek hostilite (düşmanlık) puan düzeyine sahip grubun sigara kullananlar, en düşük hostilite (düşmanlık) puanı düzeyine sahip grubun ise sigara kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Sigara kullanmayanlar ile bırakmış olanlar arasında hostilite (düşmanlık) puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hostilite (düşmanlık) puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 44’te sunulmuştur.

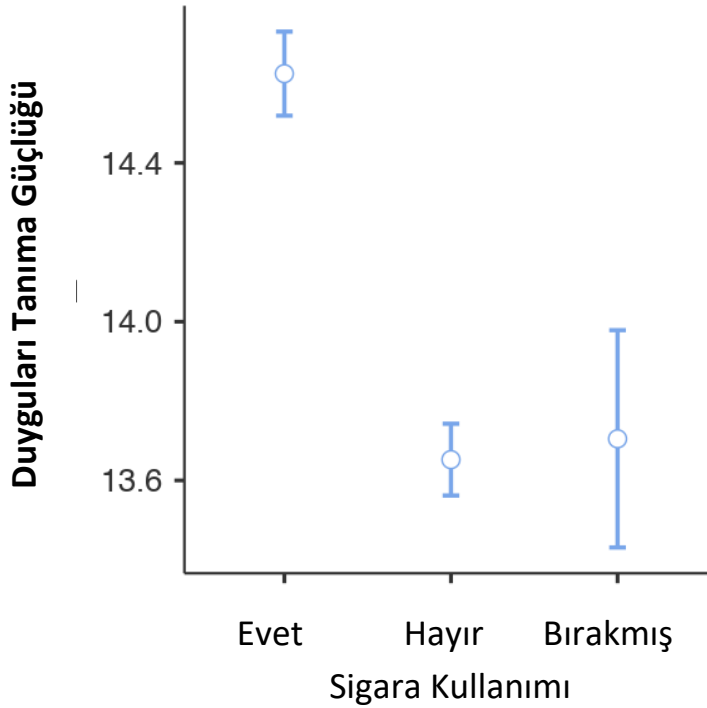
**Grafik 44. Sigara Kullanım Durumuna Göre Hostilite (Düşmanlık) Puanı Ortalaması Grafiği**





Toronto Aleksitimi Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen duyguları tanımada güçlük puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek duyguları tanımada güçlük puan düzeyine sahip grubun sigara kullananlar, en düşük duyguları tanımada güçlük puanı düzeyine sahip grubun ise sigara kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Sigara kullanmayanlar ile bırakmış olanlar arasında duyguları tanımada güçlük puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Duyguları tanımada güçlük puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 45'te sunulmuştur.

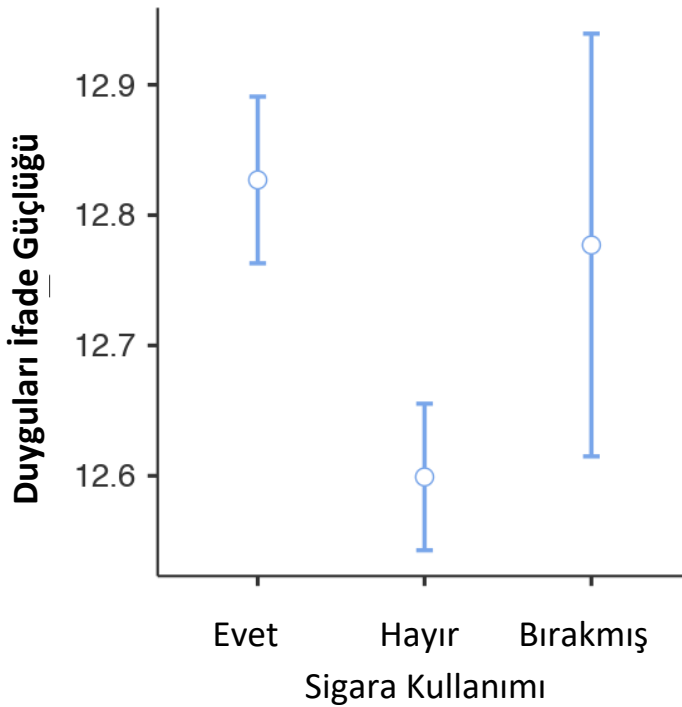
**Grafik 45. Sigara Kullanım Durumuna Göre Duyguları Tanımada Güçlük Puanı Ortalaması Grafiği**



Toronto Aleksitimi Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen duyguları ifadede güçlük puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek duygu ifade güçlüğü puan düzeyine sahip grubun sigara kullananlar, en düşük duygu ifade güçlüğü puanı düzeyine sahip grubun ise sigara kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Sigara kullanmayanlar ile kullananlar arasındaki duygu ifade güçlüğü güçlük puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, diğer gruplar arası farklar anlamlı bulunmamıştır. Duyguları ifadede güçlük puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 46'da sunulmuştur.

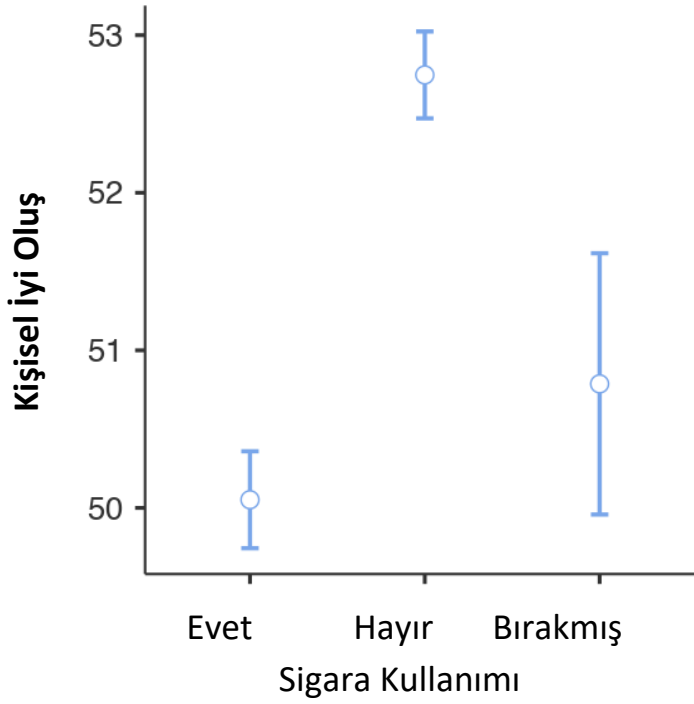
**Grafik 46. Sigara Kullanım Durumuna Göre Duyguları İfadede Güçlük Puanı Ortalaması**

**Grafiği**



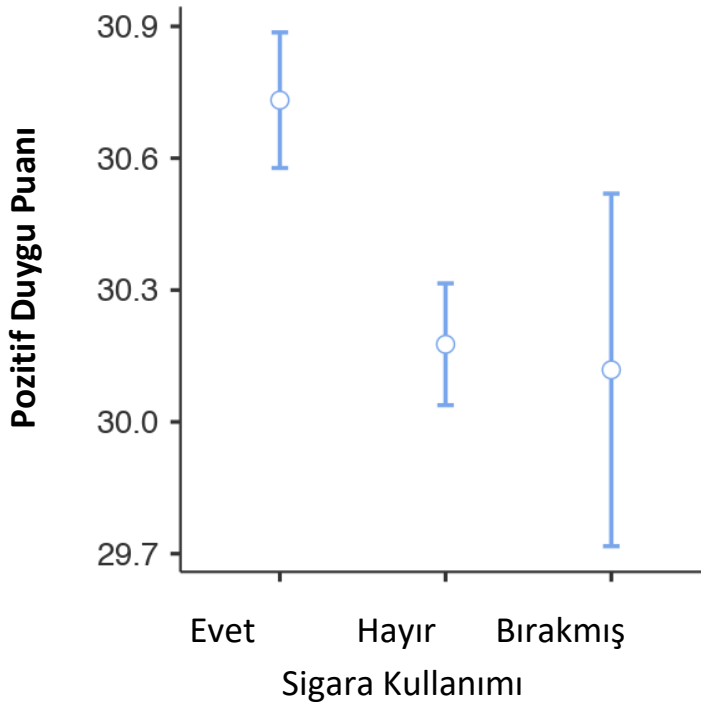
Kişisel İyi Oluş Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen kişisel iyi oluş puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek kişisel iyi oluş puan düzeyine sahip grubun sigara kullanmayanlar, en düşük kişisel iyi oluş puanı düzeyine sahip grubun ise sigara kullananlar olduğu izlenmiştir. Sigara kullananlar ile bırakmış olanlar arasındaki kişisel iyi oluş puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, sigara içmeyenler ise ayrı bir grup olarak kümelenmişlerdir. Kişisel iyi oluş puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 47’de sunulmuştur.

**Grafik 47. Sigara Kullanım Durumuna Göre Kişisel İyi Oluş Puanı Ortalaması Grafiği**



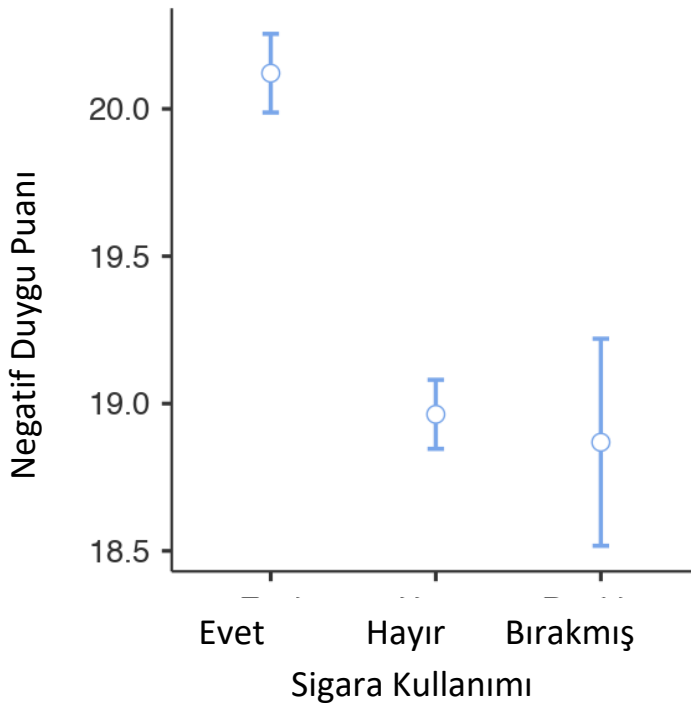
Pozitif – Negatif Duygu Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen pozitif duygu puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek pozitif duygu puan düzeyine sahip grubun sigara kullananlar, en düşük pozitif duygu puanı düzeyine sahip grubun ise sigarayı bırakmış olanlar olduğu izlenmiştir. Sigara kullanmayanlar ile bırakmış olanlar arasındaki pozitif duygu puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, sigara içenler ise ayrı bir grup olarak kümelenmişlerdir. Pozitif duygu puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 48’de sunulmuştur.

**Grafik 48. Sigara Kullanım Durumuna Göre Pozitif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği**



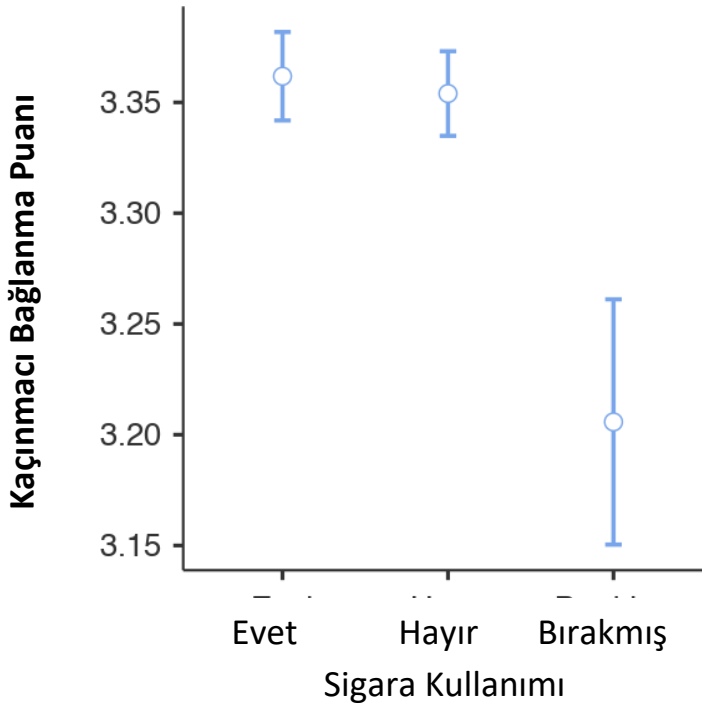
Pozitif – Negatif Duygu Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen negatif duygu puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek negatif duygu puan düzeyine sahip grubun sigara kullananlar, en düşük negatif duygu puanı düzeyine sahip grubun ise sigarayı bırakmış olanlar olduğu izlenmiştir. Sigara kullanmayanlar ile bırakmış olanlar arasındaki negatif duygu puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, sigara içenler ise ayrı bir grup olarak kümelenmişlerdir. Negatif duygu puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 49’da sunulmuştur.

**Grafik 49. Sigara Kullanım Durumuna Göre Negatif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği**



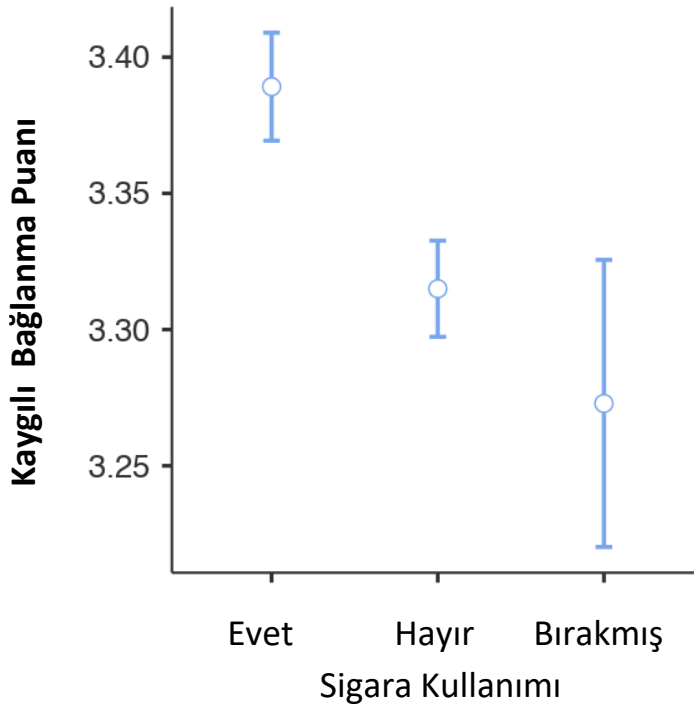
Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri aracılığı ile değerlendirilen kaçınmacı bağlanma puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek kaçınmacı bağlanma puan düzeyine sahip grubun sigara kullananlar, en düşük kaçınmacı bağlanma puanı düzeyine sahip grubun ise sigarayı bırakmış olanlar olduğu izlenmiştir. Sigara kullanmayanlar ile kullananlar arasındaki kaçınmacı bağlanma puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, sigarayı bırakmış olanlar daha düşük kaçınmacı bağlanma puanına sahip ayrı bir grup olarak kümelenmişlerdir. Kaçınmacı bağlanma puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 50’de sunulmuştur.

**Grafik 50. Sigara Kullanım Durumuna Göre Kaçınmacı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği**



Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri aracılığı ile değerlendirilen kaygılı bağlanma puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek kaygılı bağlanma puan düzeyine sahip grubun sigara kullananlar, en düşük kaygılı bağlanma puanı düzeyine sahip grubun ise sigarayı bırakmış olanlar olduğu izlenmiştir. Sigara kullanmayanlar ile bırakanlar arasındaki kaygılı bağlanma puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, sigara kullanmakta olanlar ise daha yüksek kaygılı bağlanma puanına sahip ayrı bir grup olarak kümelenmişlerdir. Kaygılı bağlanma puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 51’de sunulmuştur.

**Grafik 51. Kaygılı bağlanma puanlarının sigara kullanım gruplarına göre dağılımları**



#### 4.6.2. Alkol Kullanımı ile Psikolojik Parametrelerin İlişkileri

Araştırma kapsamında incelenen tüm ruh sağlığı değişkenlerinin alkol kullanım durumlarına göre ortalama puan dağılımları Tablo 49’de sunulmuştur.

**Tablo 49. Ruh Sağlığı Değişkenleri Puanlarının Alkol Kullanım Durumuna Göre Dağılımı**

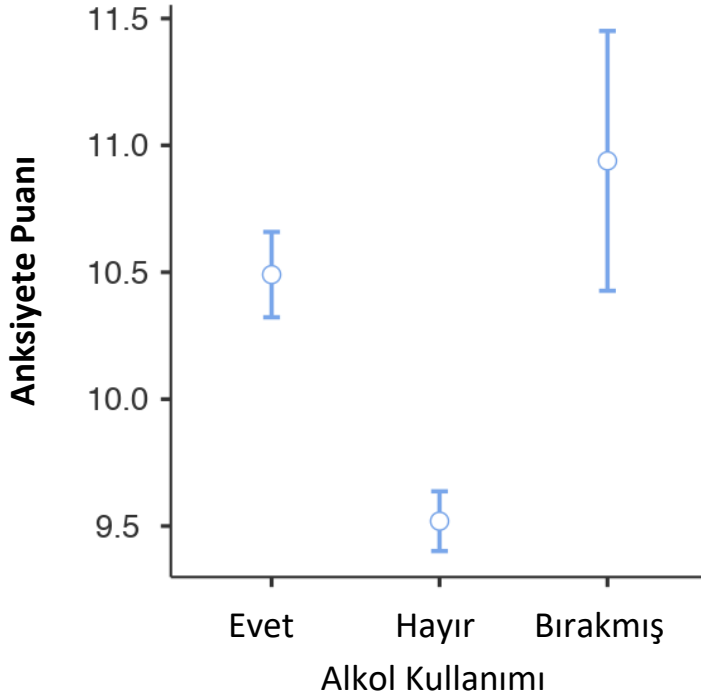
Ruh Sağlığı Değişkeni		Alkol Kullanım Durumu	N	Ort.	SD	SE
<b>Anksiyete</b>	Evet	8275	10.49	7.80	0.08576	
	Hayır	15319	9.52	7.43	0.06005	
	Bırakmış	899	10.94	7.82	0.26079	
<b>Depresyon</b>	Evet	8275	12.70	8.62	0.09478	
	Hayır	15319	11.84	8.15	0.06586	
	Bırakmış	899	12.43	8.29	0.27633	
<b>Olumsuz Benlik Algısı</b>	Evet	8275	10.22	7.56	0.08315	
	Hayır	15319	9.18	7.13	0.05759	
	Bırakmış	899	10.65	7.32	0.24424	
<b>Somatizasyon</b>	Evet	8275	6.35	5.12	0.05626	
	Hayır	15319	6.10	4.84	0.03912	
	Bırakmış	899	6.66	5.06	0.16889	
<b>Hostilite</b>	Evet	8275	8.14	5.00	0.05496	
	Hayır	15319	6.93	4.53	0.03658	
	Bırakmış	899	8.39	4.97	0.16561	
<b>Duyguları Tanıma Güçlüğü</b>	Evet	8275	14.46	5.56	0.06111	
	Hayır	15318	13.86	5.25	0.04239	
	Bırakmış	899	14.37	5.28	0.17615	
<b>Duyguları İfade Güçlüğü</b>	Evet	8275	12.93	3.22	0.03540	
	Hayır	15318	12.59	3.29	0.02657	



	Bırakmış	899	12.74	3.28	0.10939
<b>Kişisel İyi Oluş</b>	Evet	8268	49.90	15.70	0.17263
	Hayır	15301	52.37	16.01	0.12943
	Bırakmış	899	50.31	16.39	0.54673
<b>Pozitif Duygu</b>	Evet	8263	31.03	7.89	0.08677
	Hayır	15277	30.08	7.99	0.06464
	Bırakmış	897	30.41	7.99	0.26689
<b>Negatif Duygu</b>	Evet	8263	20.00	6.96	0.07655
	Hayır	15275	19.13	6.74	0.05453
	Bırakmış	897	20.27	7.05	0.23526
<b>Kaçınmacı Bağlanma</b>	Evet	8265	3.25	1.06	0.01164
	Hayır	15277	3.41	1.07	0.00866
	Bırakmış	899	3.32	1.05	0.03517
<b>Kaygılı Bağlanma</b>	Evet	8265	3.37	1.04	0.01141
	Hayır	15276	3.33	1.01	0.00818
	Bırakmış	899	3.38	1.01	0.03382

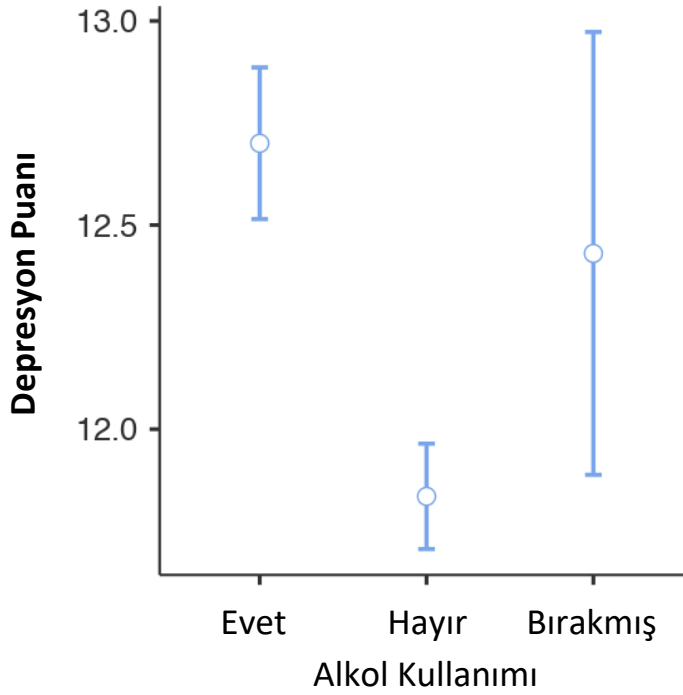
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen anksiyete puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek anksiyete puan düzeyine sahip grubun alkolü bırakmış olanlar, en düşük anksiyete puan düzeyine sahip grubun ise alkol kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Her üç grup arasında anksiyete puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Anksiyete puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 52’de sunulmuştur.

**Grafik 52. Alkol Kullanım Durumuna Göre Anksiyete Puan Ortalamaları Grafiği**



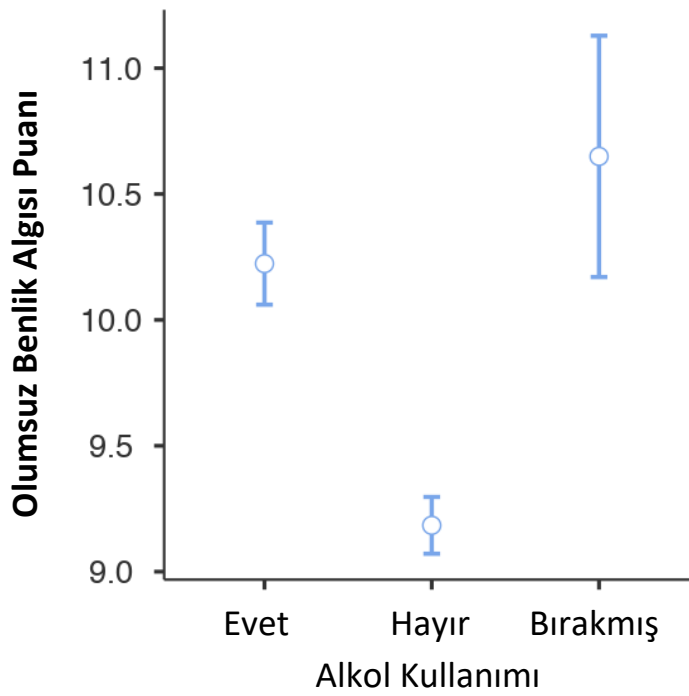
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen depresyon puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek depresyon puan düzeyine sahip grubun alkol kullanmakta olanlar, en düşük depresyon puan düzeyine sahip grubun ise alkol kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Alkol kullananlar ve bırakmış olanlar arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı değilken, alkol kullanmayanların depresyon puanları diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşük bulunmuştur. Depresyon puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 53’de sunulmuştur.

**Grafik 53. Alkol Kullanım Durumuna Göre Depresyon Puanı Ortalamaları Grafiği**



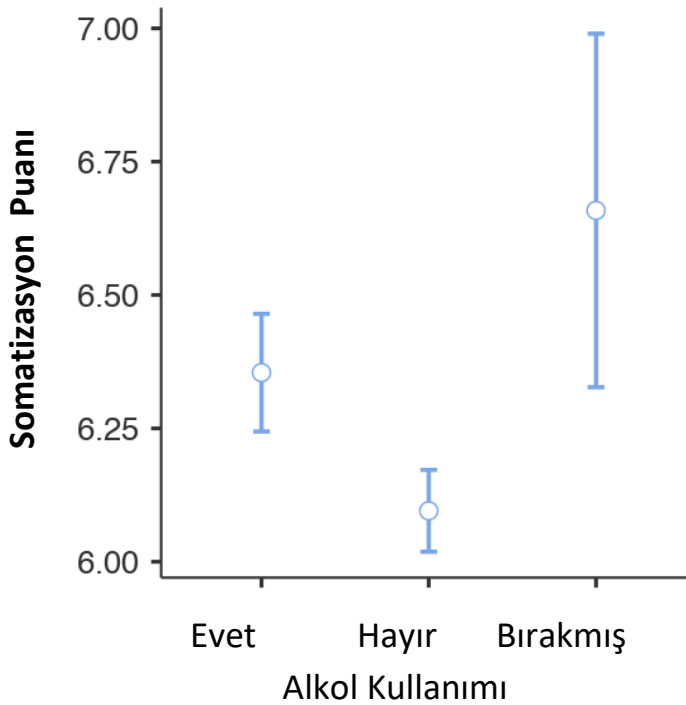
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen olumsuz benlik algısı puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek olumsuz benlik algısı puan düzeyine sahip grubun alkolü bırakmış olanlar, en düşük olumsuz benlik algısı puan düzeyine sahip grubun ise alkol kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Alkol kullananlar ve bırakmış olanlar arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı değilken, alkol kullanmayanların olumsuz benlik algısı puanları diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşük bulunmuştur. Olumsuz benlik algısı puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 54'te sunulmuştur.

**Grafik 54. Alkol Kullanım Durumuna Göre Olumsuz Benlik Algısı Puanı Ortalaması Grafiği**



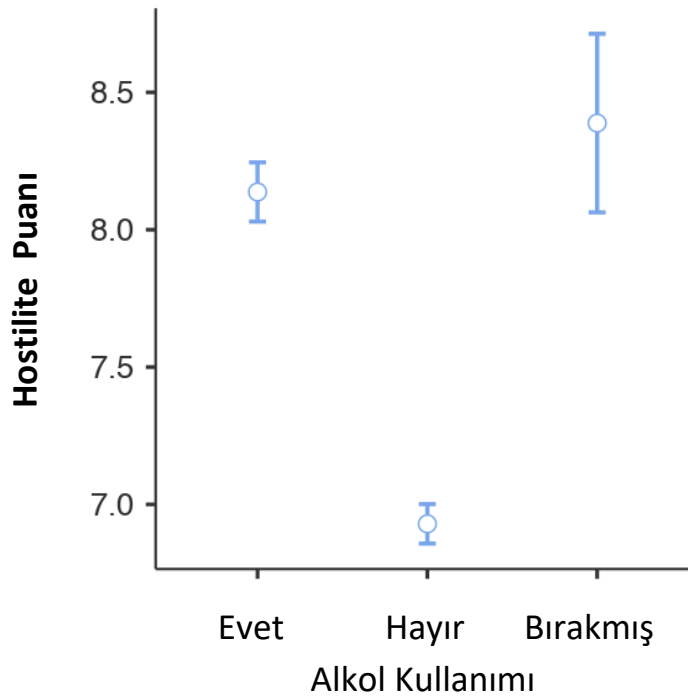
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen somatizasyon (bedenselleştirme) puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek somatizasyon (bedenselleştirme) puan düzeyine sahip grubun alkolü bırakmış olanlar, en düşük somatizasyon (bedenselleştirme) puan düzeyine sahip grubun ise alkol kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Alkol kullananlar ve bırakmış olanlar arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı değilken, alkol kullanmayanların somatizasyon (bedenselleştirme) puanları diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşük bulunmuştur. Somatizasyon (bedenselleştirme) puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 55'te sunulmuştur.

**Grafik 55. Alkol Kullanım Durumuna Göre Somatizasyon (Bedenselleştirme) Puanı Ortalaması Grafiği**



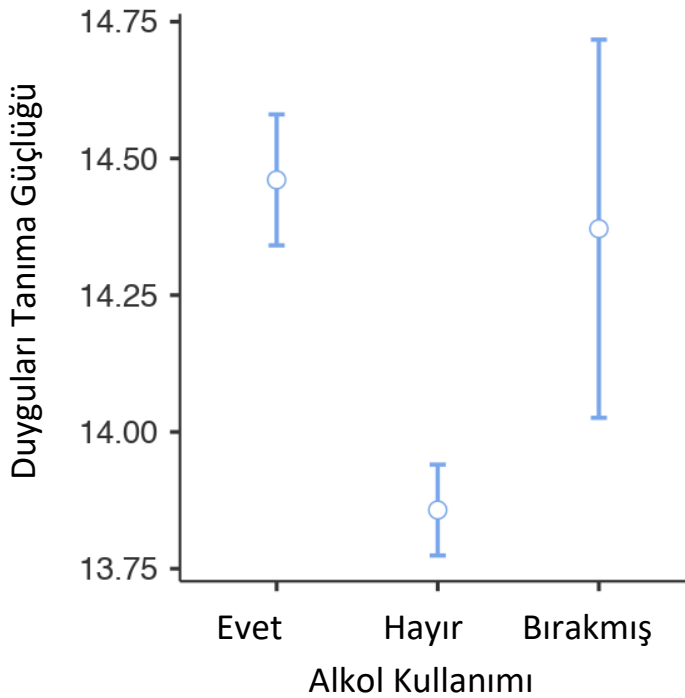
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen hostilete (düşmanlık) puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek hostilete (düşmanlık) puan düzeyine sahip grubun alkolü bırakmış olanlar, en düşük hostilete (düşmanlık) puan düzeyine sahip grubun ise alkol kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Alkol kullananlar ve bırakmış olanlar arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı değilken, alkol kullanmayanların hostilete (düşmanlık) puanları diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşük bulunmuştur. Hostilite (düşmanlık) puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 56'da sunulmuştur.

**Grafik 56. Alkol Kullanım Durumuna Göre Hostilite (Düşmanlık) Puanı Ortalaması Grafiği**



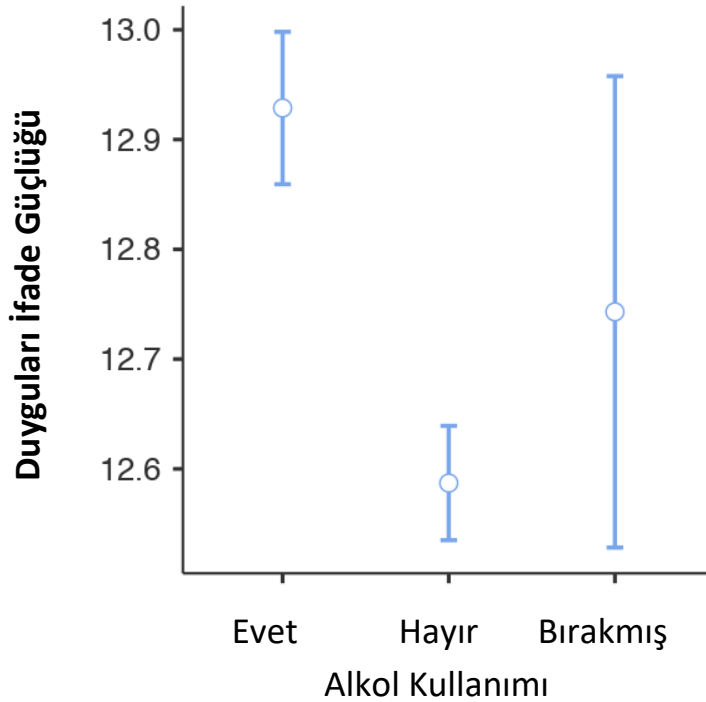
Toronto Aleksitimi Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen duyguları tanıma güçlüğü puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde en yüksek duygu tanıma güçlüğü puan düzeyine sahip grubun alkol kullananlar, en düşük duygu tanıma güçlüğü puanı düzeyine sahip grubun ise alkol kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Alkol kullanmayanlar ile kullananlar arasındaki duygu tanıma güçlüğü puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, diğer gruplar arası farklar anlamlı bulunmamıştır. Duyguları tanıma güçlüğü puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 57'de sunulmuştur.

**Grafik 57. Alkol Kullanım Durumuna Göre Duyguları Tanımada Güçlük Puanı Ortalaması Grafiği**



Toronto Aleksitimi Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen duyguları ifade güçlüğü puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde en yüksek duygu ifade güçlüğü puan düzeyine sahip grubun alkol kullananlar, en düşük duygu ifade güçlüğü puanı düzeyine sahip grubun ise alkol kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Alkol kullanmayanlar ile kullananlar arasındaki duygu ifade güçlüğü puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, diğer gruplar arası farklar anlamlı bulunmamıştır. Duyguları ifadede güçlük puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 58’de sunulmuştur.

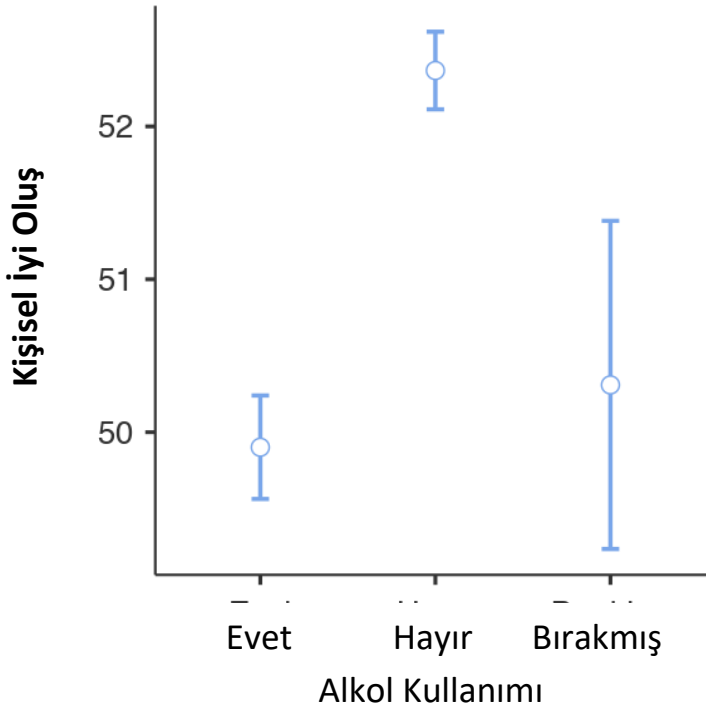
**Grafik 58. Alkol Kullanım Durumuna Göre Duyguları İfadede Güçlük Puanı Ortalaması Grafiği**





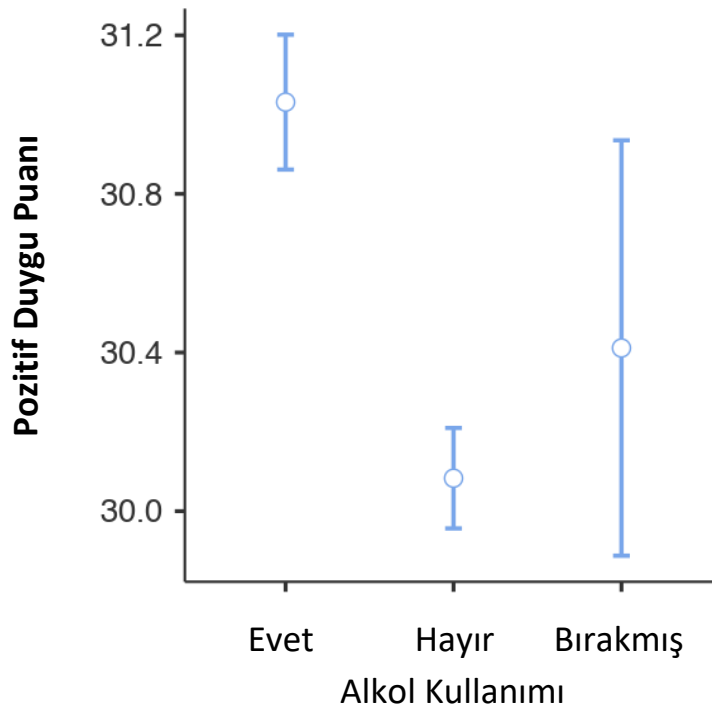
Kişisel İyi Oluş Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen kişisel iyi oluş puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde en yüksek kişisel iyi oluş puan düzeyine sahip grubun alkol kullanmayanlar, en düşük kişisel iyi oluş puanı düzeyine sahip grubun ise alkol kullananlar olduğu izlenmiştir. Alkol kullananlar ile bırakmış olanlar arasındaki kişisel iyi oluş puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, alkol kullanmayanlar ise ayrı bir grup olarak kümelenmişlerdir. Kişisel iyi oluş puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 59'da sunulmuştur.

**Grafik 59. Alkol Kullanım Durumuna Göre Kişisel İyi Oluş Puanı Ortalaması Grafiği**



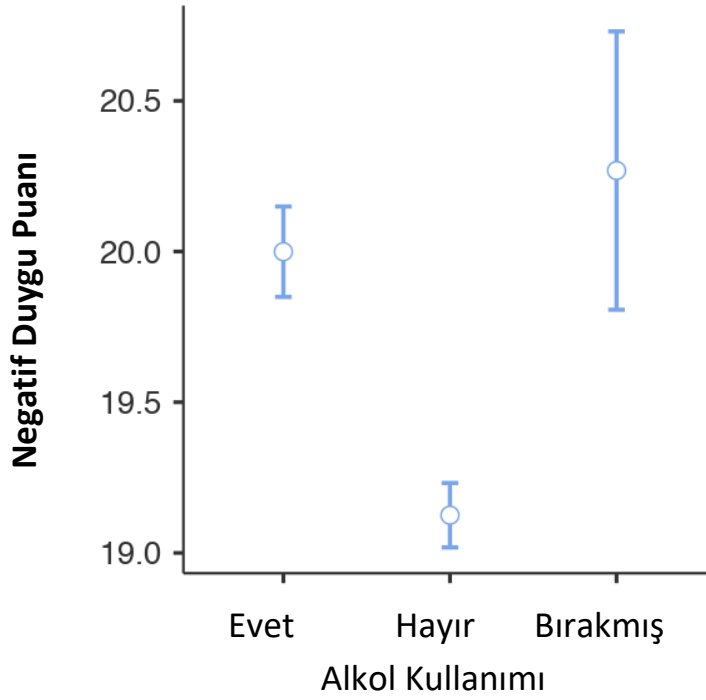
Pozitif – Negatif Duygu Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen pozitif duygu puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek pozitif duygu puan düzeyine sahip grubun alkol kullananlar, en düşük pozitif duygu puanı düzeyine sahip grubun ise alkol kullanmayanlar olanlar olduğu izlenmiştir. Alkol kullananlar ile bırakmış olanlar arasındaki pozitif duygu puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, alkol kullanmayanlar ise ayrı bir grup olarak kümelenebilirlerdir. Pozitif duygu puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 60’da sunulmuştur.

**Grafik 60. Alkol Kullanım Durumuna Göre Pozitif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği**



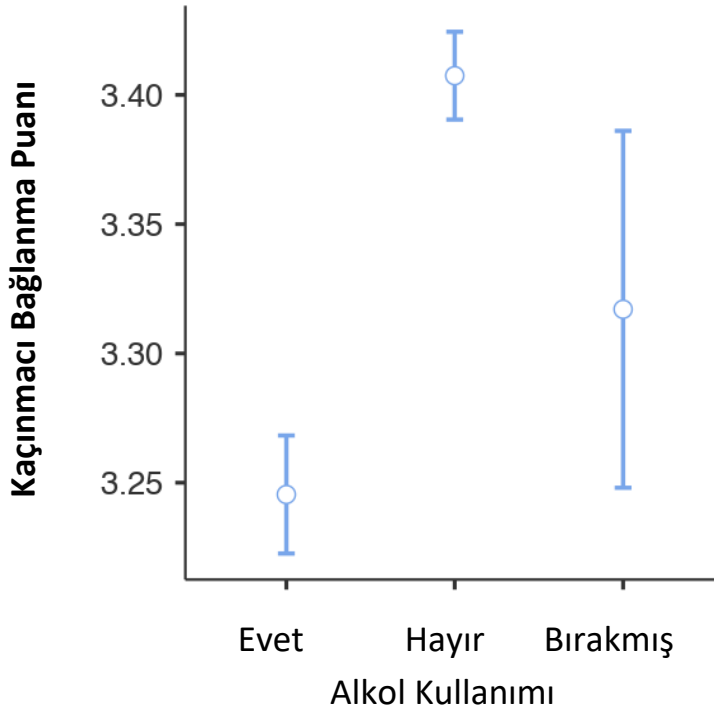
Pozitif – Negatif Duygu Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen negatif duygu puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek negatif duygu puan düzeyine sahip grubun alkolü bırakmış olanlar, en düşük negatif duygu puanı düzeyine sahip grubun ise alkol kullanmayanlar olanlar olduğu izlenmiştir. Alkol kullananlar ile bırakmış olanlar arasındaki negatif duygu puanları bakımından izlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, alkol kullanmayanlar ise ayrı bir grup olarak kümelenmişlerdir. Negatif duygu puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 61’de sunulmuştur.

**Grafik 61. Alkol Kullanım Durumuna Göre Negatif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği**



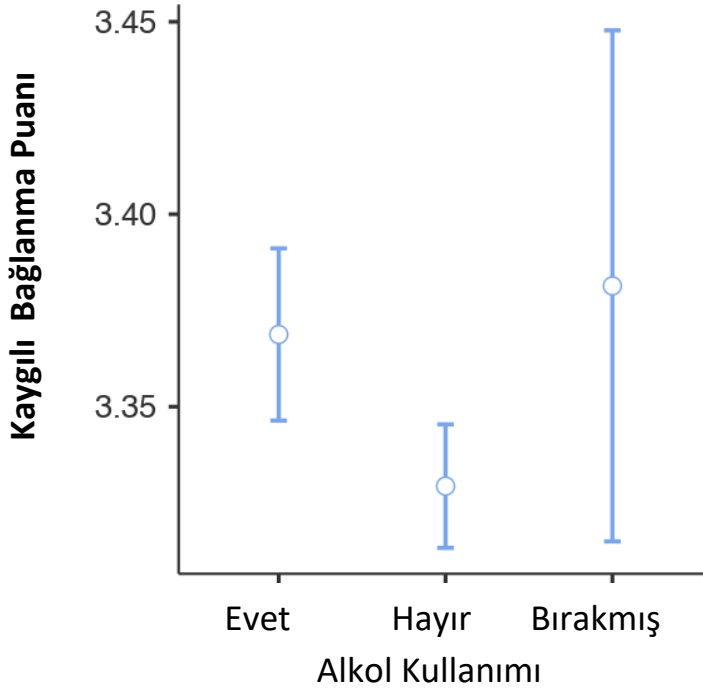
Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri aracılığı ile değerlendirilen kaçınmacı bağlanma puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek kaçınmacı bağlanma puan düzeyine sahip grubun alkol kullanmayanlar, en düşük kaçınmacı bağlanma puanı düzeyine sahip grubun ise alkol kullananlar olduğu izlenmiştir. Alkol kullanmayanlar ile alkol kullananlar arasındaki puan farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, diğer gruplar arası farklar anlamlı bulunmamıştır. Kaçınmacı bağlanma puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 62’de sunulmuştur

**Grafik 62. Alkol Kullanım Durumuna Göre Kaçınmacı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği**



Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri aracılığı ile değerlendirilen kaygılı bağlanma puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek kaygılı bağlanma puan düzeyine sahip grubun alkolü bırakmış olanlar, en düşük kaygılı bağlanma puanı düzeyine sahip grubun ise alkol kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Ancak üç grup arasındaki puan farkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kaygılı bağlanma puanlarının alkol kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 63'te sunulmuştur

**Grafik 63. Alkol Kullanım Durumuna Göre Kaygılı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği**



### 4.6.3. Madde Kullanımı ile Psikolojik Parametrelerin İlişkileri

Katılımcılar madde kullanım durumlarına göre madde kullanımı olmayan, tek tip madde kullanımı olan ve çoklu tip madde kullanımı olanlar şeklinde üç gruba ayrılmışlardır. Araştırma kapsamında incelenen tüm ruh sağlığı değişkenlerinin madde kullanım durumlarına göre ortalama puan dağılımları Tablo 50’de sunulmuştur.

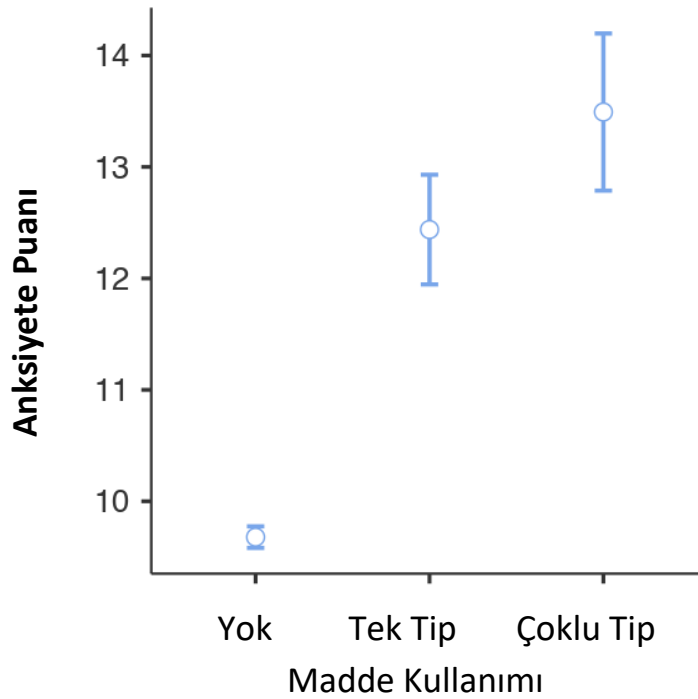
**Tablo 50. Ruh Sağlığı Değişkenleri Puanlarının Madde Kullanım Durumuna Göre Dağılımı**

Ruh Sağlığı Değişkeni	Madde Kullanım Durumu	N	Ort.	SD	SE
Anksiyete	Yok	22768	9.68	7.46	0.04946
	Tek Tip Madde	1091	12.44	8.28	0.25073
	Çoklu Tip Madde	635	13.49	9.05	0.35910
Depresyon	Yok	22768	11.91	8.19	0.05429
	Tek Tip Madde	1091	15.13	9.28	0.28108
	Çoklu Tip Madde	635	15.60	9.60	0.38115
Olumsuz Benlik Algısı	Yok	22768	9.36	7.18	0.04757
	Tek Tip Madde	1091	12.30	8.02	0.24269
	Çoklu Tip Madde	635	13.09	8.59	0.34097
Somatizasyon	Yok	22768	6.09	4.86	0.03221
	Tek Tip Madde	1091	7.48	5.64	0.17067
	Çoklu Tip Madde	635	8.25	5.94	0.23568
Hostilite	Yok	22768	7.23	4.66	0.03089
	Tek Tip Madde	1091	9.19	5.17	0.15659
	Çoklu Tip Madde	635	10.20	5.42	0.21528
Duyguları Tanıma Güçlüğü	Yok	22767	13.95	5.29	0.03509

	Tek Tip Madde	1091	15.73	5.86	0.17734
	Çoklu Tip Madde	635	16.06	6.03	0.23916
<b>Duyguları İfade Güçlüğü</b>	Yok	22767	12.67	3.26	0.02158
	Tek Tip Madde	1091	13.20	3.26	0.09871
	Çoklu Tip Madde	635	13.33	3.59	0.14227
<b>Kişisel İyi Oluş</b>	Yok	22744	51.85	15.81	0.10485
	Tek Tip Madde	1090	46.88	16.55	0.50115
	Çoklu Tip Madde	635	45.07	17.61	0.69880
<b>Pozitif Duygu</b>	Yok	22716	30.40	7.96	0.05283
	Tek Tip Madde	1088	30.61	7.86	0.23826
	Çoklu Tip Madde	634	30.80	8.34	0.33119
<b>Negatif Duygu</b>	Yok	22714	19.31	6.76	0.04484
	Tek Tip Madde	1088	21.31	7.57	0.22938
	Çoklu Tip Madde	634	21.63	7.58	0.30113
<b>Kaçınmacı Bağlanma</b>	Yok	22719	3.35	1.07	0.00710
	Tek Tip Madde	1088	3.39	1.07	0.03234
	Çoklu Tip Madde	635	3.40	1.02	0.04053
<b>Kaygılı Bağlanma</b>	Yok	22718	3.33	1.02	0.00676
	Tek Tip Madde	1088	3.51	1.02	0.03101
	Çoklu Tip Madde	635	3.44	1.03	0.04071

Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen anksiyete puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek anksiyete puan düzeyine sahip grubun çoklu madde kullanımı olanlar, en düşük anksiyete puan düzeyine sahip grubun ise madde kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Madde kullananlar ve kullanmayanlar arasındaki anksiyete puanları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmakla birlikte tekli ya da çoklu madde kullananlar grupların anksiyete puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Anksiyete puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 64'te sunulmuştur.

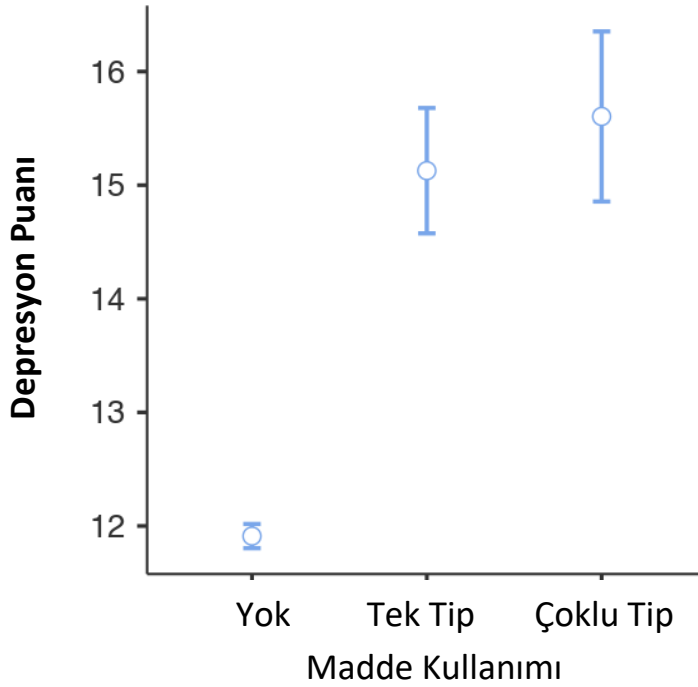
**Grafik 64. Madde Kullanım Durumuna Göre Anksiyete Puanı Ortalaması Grafiği**





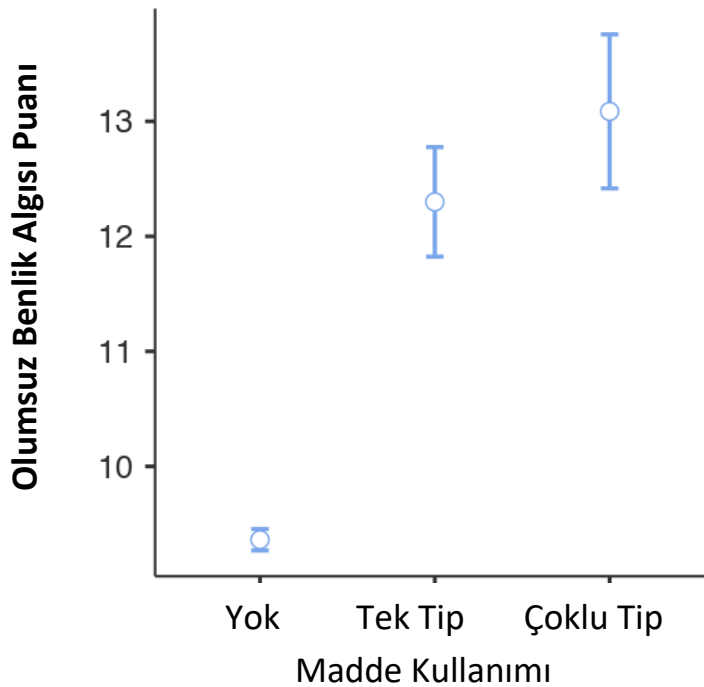
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen depresyon puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek depresyon puan düzeyine sahip grubun çoklu madde kullanımı olanlar, en düşük depresyon puan düzeyine sahip grubun ise madde kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Madde kullananlar ve kullanmayanlar arasındaki depresyon puanları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmakla birlikte tekli ya da çoklu madde kullananlar gruplarının depresyon puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Depresyon puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 65'te sunulmuştur.

**Grafik 65. Madde Kullanım Durumuna Göre Depresyon Puanı Ortalaması Grafiği**



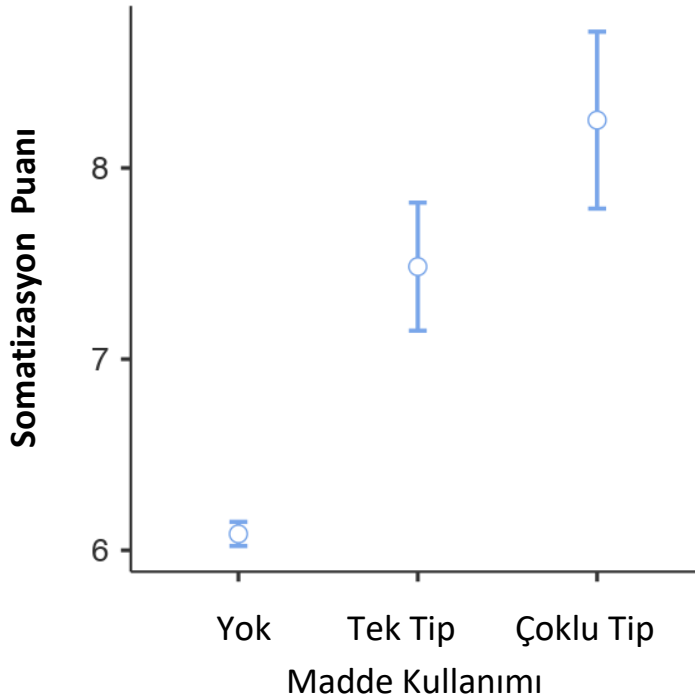
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen olumsuz benlik algısı puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek olumsuz benlik algısı puan düzeyine sahip grubun çoklu madde kullanımı olanlar, en düşük olumsuz benlik algısı puan düzeyine sahip grubun ise madde kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Madde kullananlar ve kullanmayanlar arasındaki olumsuz benlik algısı puanları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmakla birlikte tekli ya da çoklu madde kullananlar gruplarının olumsuz benlik algısı puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Olumsuz benlik algısı puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 66’da sunulmuştur.

**Grafik 66. Madde Kullanım Durumuna Göre Olumsuz Benlik Algısı Puanı Ortalaması Grafiği**



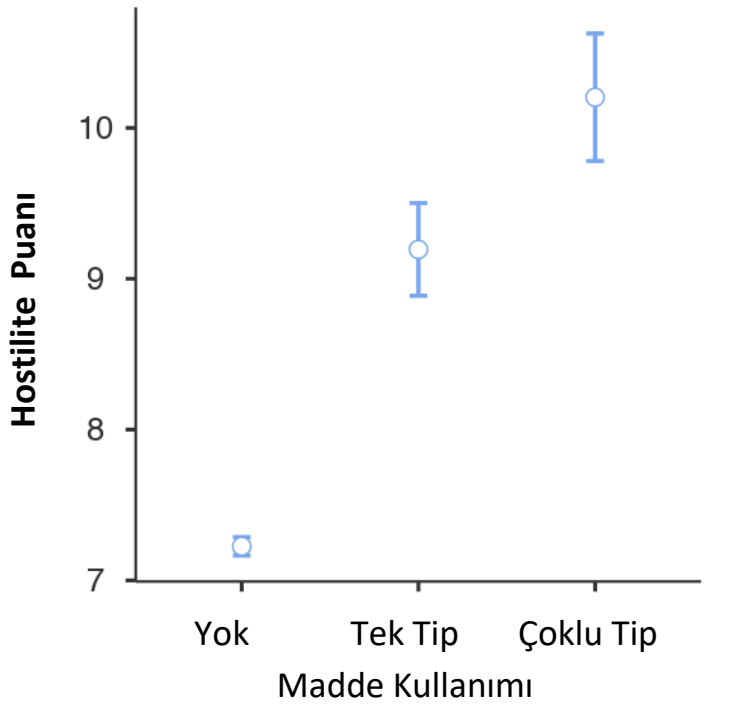
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen somatizasyon (bedenselleştirme) puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek somatizasyon (bedenselleştirme) puan düzeyine sahip grubun çoklu madde kullanımı olanlar, en düşük somatizasyon (bedenselleştirme) puan düzeyine sahip grubun ise madde kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Madde kullananlar ve kullanmayanlar arasındaki somatizasyon (bedenselleştirme) puanları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmakla birlikte tekli ya da çoklu madde kullananlar grupların somatizasyon (bedenselleştirme) puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Somatizasyon (bedenselleştirme) puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 67’de sunulmuştur.

**Grafik 67. Madde Kullanım Durumuna Göre Somatizasyon (Bedenselleştirme) Puanı Ortalaması Grafiği**



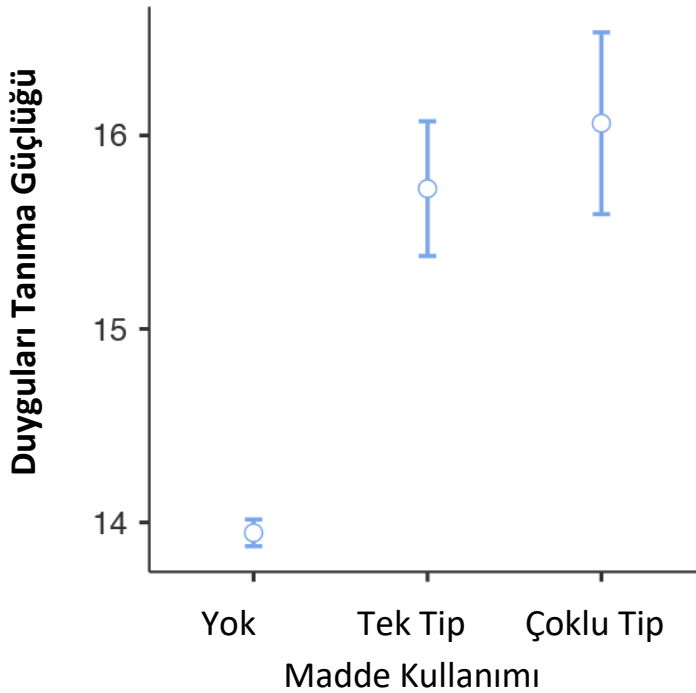
Kısa Semptom Envanteri aracılığı ile değerlendirilen hostilite (düşmanlık) puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek hostilite (düşmanlık) puan düzeyine sahip grubun çoklu madde kullanımı olanlar, en düşük hostilite (düşmanlık) puan düzeyine sahip grubun ise madde kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Çoklu tip madde kullananlar, tek tip madde kullananlar ve madde kullanmayanlar arasındaki hostilite (düşmanlık) puanları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hostilite (düşmanlık) puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 68’de sunulmuştur.

**Grafik 68. Madde Kullanım Durumuna Göre Hostilite (Düşmanlık) Puanı Ortalaması Grafiği**



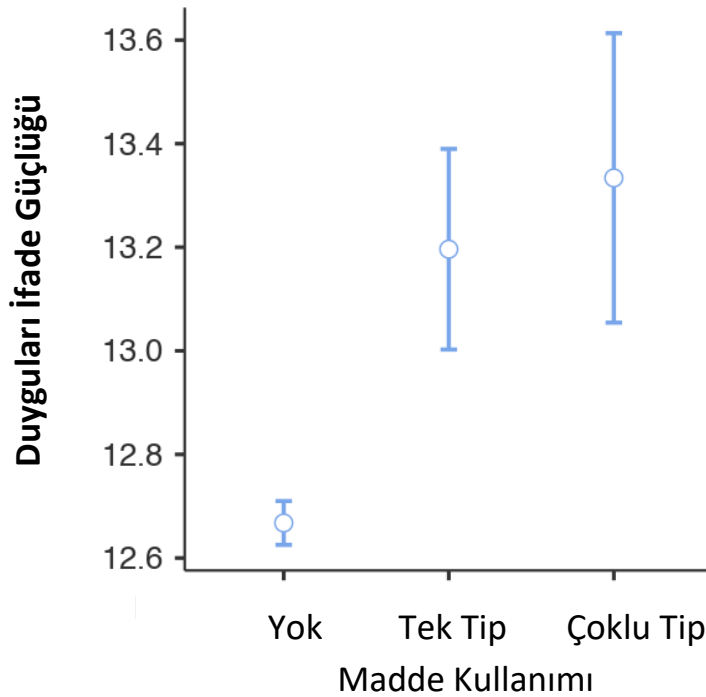
Toronto Aleksitimi Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen duyguları tanıma güçlüğü puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek duyguları tanıma güçlüğü puan düzeyine sahip grubun çoklu madde kullanımı olanlar, en düşük duyguları tanıma güçlüğü puan düzeyine sahip grubun ise madde kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Madde kullananlar ve kullanmayanlar arasındaki duyguları tanıma güçlüğü puanları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmakla birlikte tekli ya da çoklu madde kullananlar gruplarının duyguları tanıma güçlüğü puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Duyguları tanıma güçlüğü puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 69'da sunulmuştur.

**Grafik 69. Madde Kullanım Durumuna Göre Duyguları Tanımada Güçlük Puanı Ortalaması Grafiği**



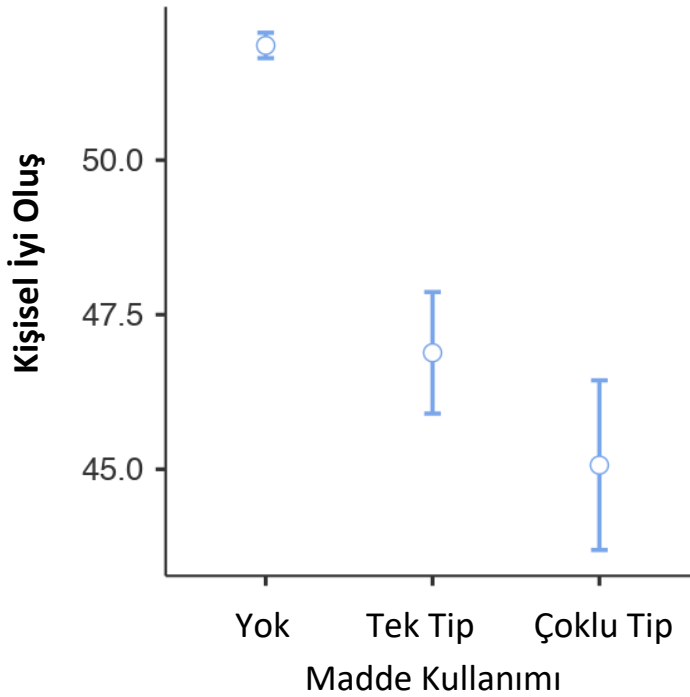
Toronto Aleksitimi Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen duyguları ifade güçlüğü puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek duyguları ifade güçlüğü puan düzeyine sahip grubun çoklu madde kullanımı olanlar, en düşük duyguları ifade güçlüğü puan düzeyine sahip grubun ise madde kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Madde kullananlar ve kullanmayanlar arasındaki duyguları ifade güçlüğü puanları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmakla birlikte tekli ya da çoklu madde kullananlar gruplarının duyguları ifade güçlüğü puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Duyguları ifade güçlüğü puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 70’de sunulmuştur.

**Grafik 70. Madde Kullanım Durumuna Göre Duyguları İfadede Güçlük Puanı Ortalaması Grafiği**



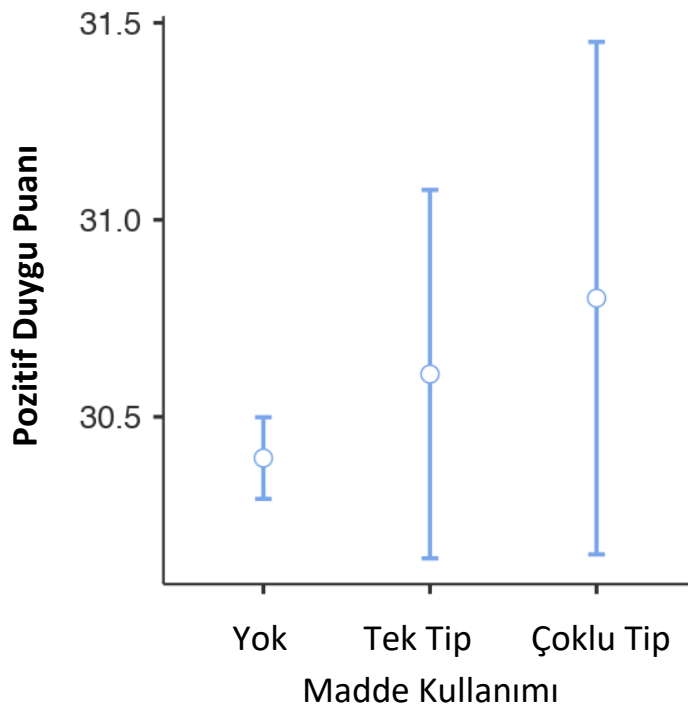
Kişisel İyi Oluş Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen kişisel iyi oluş puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en düşük kişisel iyi oluş puan düzeyine sahip grubun çoklu madde kullanımı olanlar, en yüksek kişisel iyi oluş puan düzeyine sahip grubun ise madde kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Madde kullananlar ve kullanmayanlar arasındaki kişisel iyi oluş puanları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmakla birlikte tekli ya da çoklu madde kullananlar grupların kişisel iyi oluş puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Kişisel iyi oluş puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 71’de sunulmuştur.

**Grafik 71. Madde Kullanım Durumuna Göre Kişisel İyi Oluş Puanı Ortalaması Grafiği**



Pozitif – Negatif Duygu Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen pozitif duygu puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek pozitif duygu puan düzeyine sahip grubun çoklu madde kullanımı olanlar, en düşük pozitif duygu puan düzeyine sahip grubun ise madde kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Ancak madde kullananlar ve kullanmayanlar arasındaki pozitif duygu puanları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Pozitif duygu puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 73’de sunulmuştur.

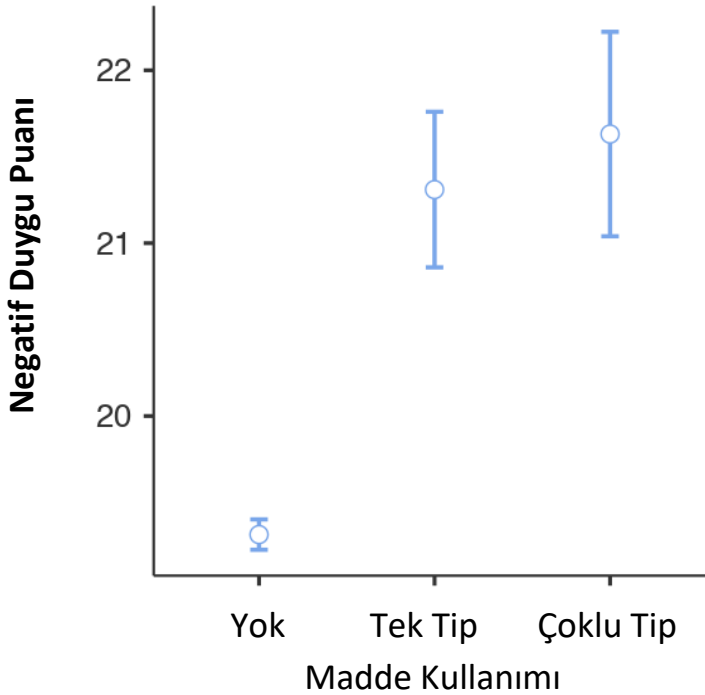
**Grafik 72. Madde Kullanım Durumuna Göre Pozitif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği**





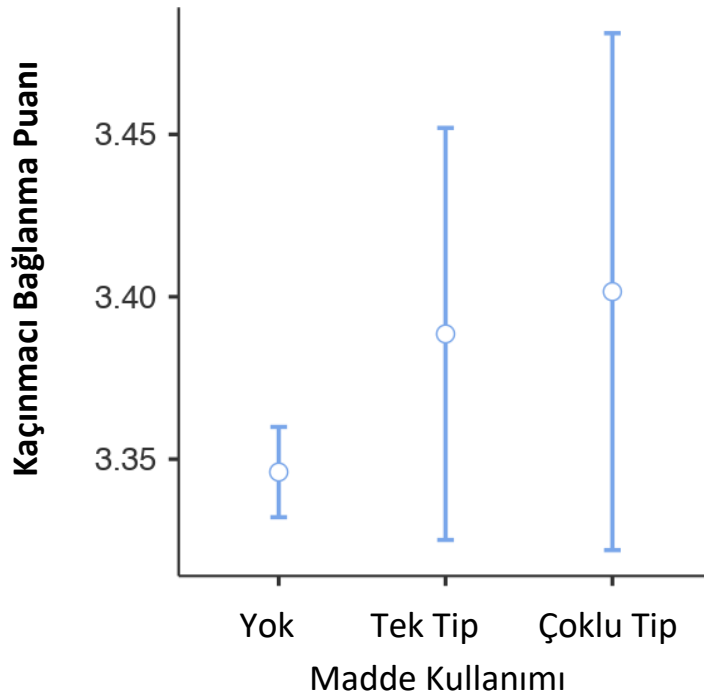
Pozitif – Negatif Duygu Ölçeği aracılığı ile değerlendirilen negatif duygu puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek negatif duygu puan düzeyine sahip grubun çoklu madde kullanımı olanlar, en düşük negatif duygu puan düzeyine sahip grubun ise madde kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Madde kullananlar ve kullanmayanlar arasındaki negatif duygu puanları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmakla birlikte tekli ya da çoklu madde kullananlar grupların negatif duygu puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Negatif duygu puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 73’de sunulmuştur.

**Grafik 73. Madde Kullanım Durumuna Göre Negatif Duygu Puanı Ortalaması Grafiği**



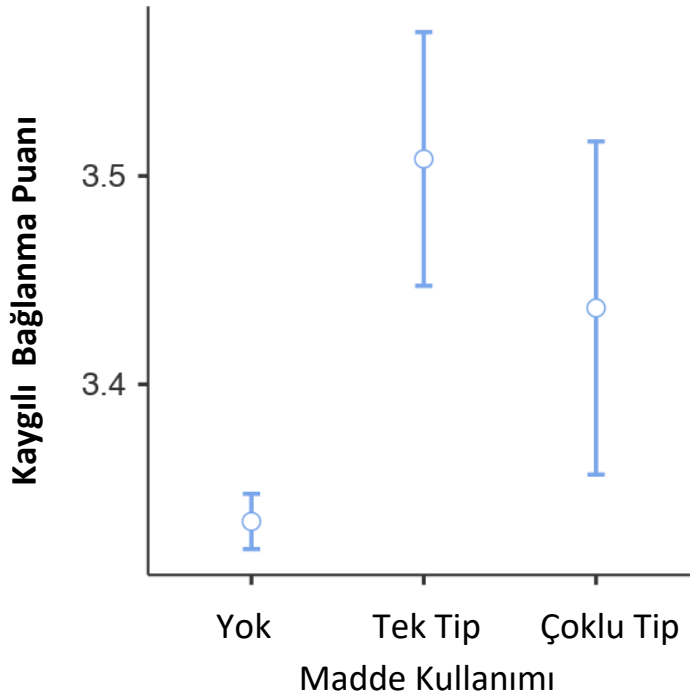
Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri aracılığı ile değerlendirilen kaçınmacı bağlanma puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek kaçınmacı bağlanma puan düzeyine sahip grubun çoklu madde kullanımı olanlar, en düşük kaçınmacı bağlanma puan düzeyine sahip grubun ise madde kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Ancak madde kullananlar ve kullanmayanlar arasındaki kaçınmacı bağlanma puanları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kaçınmacı bağlanma puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 74’te sunulmuştur.

**Grafik 74. Madde Kullanım Durumuna Göre Kaçınmacı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği**



Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri aracılığı ile değerlendirilen kaygılı bağlanma puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek kaygılı bağlanma puan düzeyine sahip grubun tek tip madde kullanımı olanlar, en düşük kaygılı bağlanma puan düzeyine sahip grubun ise madde kullanmayanlar olduğu izlenmiştir. Madde kullanmayanlarla tek tip madde kullananlar arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı iken, diğer gruplararası puan farkları anlamlı bulunmamıştır. Kaygılı bağlanma puanlarının madde kullanım gruplarına göre dağılımları Grafik 75'te sunulmuştur.

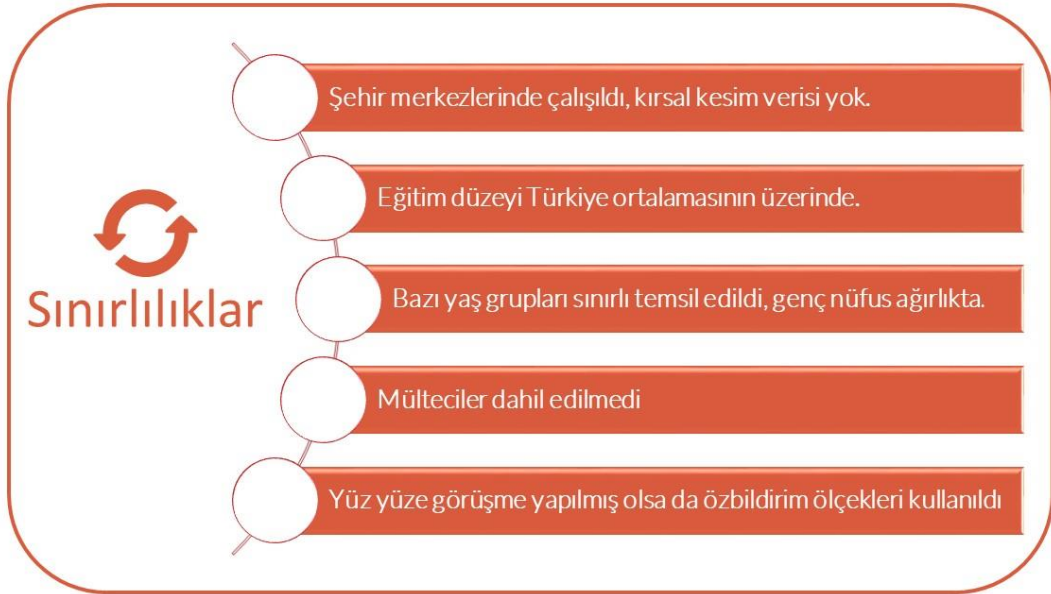
**Grafik 75. Madde Kullanım Durumuna Göre Kaygılı Bağlanma Puanı Ortalaması Grafiği**



## 5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırma kent merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla; merkezlerin ortalamasından yüksek ve eğitim düzeyinin yüksek olduğu bir örneklem sistemi ile araştırma yapılmıştır. Katılımcıların %54.6'sının üniversite ve %7.1'inin lisansüstü eğitim düzeyine sahip oldukları bu çalışmanın Türkiye nüfusunu temsil gücünün artırılması için eğitim düzeyi daha dengeli dağılmış bir örneklem ile de çalışma yapılmalıdır.

Çalışmada verilerin yaş ortalaması genç nüfusun daha sık olduğu ve katılım gösterdiği ön plana alınmıştır. Aynı zamanda araştırma öz bildirime bağlı ölçekler kullanılmıştır. Klinik gözlem ve görüşme ile yapılacak değerlendirmelerin daha sağlıklı olduğu söylenebilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın sonuçları sigara, alkol, madde bağımlılıkları, alışveriş, kumar, sosyal medya, dijital oyun, cinsellik-pornografi, yeme bağımlılıkları, depresyon, anksiyete, somatizasyon, hostilete, olumsuz benlik algısı, kişisel iyi oluş, pozitif ve negatif duygular, duyguları tanımada ve ifadede güçlükler, bağlanma stilleri ve bunların coğrafi dağılımları ile ilgili önemli bilgiler sunmaktadır. Bu bölümde sonuçlar kısaca özetlenecek ve bulgular çerçevesinde öneriler sunulacaktır.

### 6.1. Sigara Kullanımı

Bu araştırmanın katılımcıları arasında sigara içme oranı erkeklerde %52,9, kadınlar ise %34,1 olduğu saptanmıştır. TÜİK tarafından verilen 2012 yılına ait verilerde sigara içme oranı erkeklerde %41.4, kadınlarda ise %13.1 olarak saptanmıştır. Ancak TÜİK tarafından verilen oranlar 15 yaş üstü popülasyona aittir. 15-18 yaş arasında sigara içme oranlarının, 18 yaş üstü popülasyona göre daha düşük olduğu göz önüne alınmalıdır.

En yüksek sigara içme oranı %57.6 ile 24-29 yaş grubu erkeklerde izlenmiştir. Günde 2 paket ve üstünde sigara içme oranının en yüksek olduğu grup ise 38 yaş üstündeki erkekler olarak saptanmıştır. Bu durumun nedenleri araştırılmalı ve toplum bilgilendirmelerinde bu yaş gruplarında sigara ile ilişkili bulunan hastalıkların insidans ve prevalansları yaş grubu bildirilerek verilmelidir.

Sigara içenler arasında 18-23 yaş grubunda en sık görülen tüketim şekli günde 1-10 sigara aralığındayken, bir üst yaş grubu olan 24-29 yaş aralığında ise en fazla sık görülen tüketim şekli günde 11-20 sigara olmaktadır. Başka bir deyişle günde yarım paket ve altında sigara içenlerin önemli bir kısmı birkaç yıl sonra günde yarım paket-bir paket sigara kullanarak bağımlılık davranışına devam etmektedir.

Bölgelere göre günde 1 Paketten Fazla Sigara İçme Oranları incelendiğinde, İstanbul ve Ağrı-Kars-Iğdır – Ardahan bölgesinin ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Bunu Tekirdağ –

Edirne- Kırklareli bölgesi ile Aydın – Denizli – Muğla bölgesi takip etmektedir. Sigara kullanımını azaltma ve önleme yönündeki çalışmalar bu bölgelerde yoğunlaştırılmalıdır. Aydın – Denizli – Muğla bölgesi, çevresindeki diğer İBBS-2 bölgelerinden ayrılarak uyuşturucu madde kullanımında da ön plana çıkmaktadır. Bunun sosyal nedenleri mutlaka incelenmelidir.

Sigara içenlerde sigarayı bırakabilme oranının her iki cinsiyette de %11.5 olduğu saptanmıştır. Erkeklerde sigara içme yaygınlığının daha fazla olmasına rağmen, sigarayı bırakabilmenin her iki cinsiyette eşit olması, bağımlılık gelişiminde ve bağımlılıktan kurtulabilmede farklı etmenlerin etkili olduğunu düşündürmektedir. Bundan sonraki araştırmalarda sigarayı bırakabilenlerin ortak özelliklerine odaklanılmalı ve başarısız sigara bırakma girişimleri olanlarda bu etmenlerin geliştirilmesi doğrultusunda terapiler geliştirilmelidir.

Sigarayı bırakanlarda anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, bedenselleştirme, kişisel iyi oluş, negatif duygu puanları, sigara içmeyenlerle benzer bulunmuştur. Sigara içmekte olanlarda ise bu değişkenlere ait puanlar, kişinin hayatını olumsuz yönde etkileyecek biçimde yüksektir. Bu bilgi sigara içenler için, sigarayı bırakma konusunda özendirici ve motivasyon artırıcı olabilir. Toplumla paylaşılması, hem sigara bağımlılığı ile mücadele, hem de toplum ruh sağlığının artırılması için bir adım anlamında faydalı olabilecektir.

## 6.2. Alkol Kullanımı

Araştırmada hemen hemen her gün alkol kullandığını belirtenlerin oranı ise kadınlarda %1.2, erkeklerde %4.8 olarak bulunmuştur. Hemen hemen hergün alkol tüketenlerin oranının en yüksek olduğu İBBS-2 bölgeleri %5.5 ile Balıkesir- Çanakkale bölgesi, %5 ile Aydın – Denizli – Muğla bölgesi ve %4.8 ile Zonguldak – Karabük – Bartın bölgesi olmuştur. Hemen her gün alkol kullanımı için en riskli grup ise 24-29 yaş arası erkeklerden oluşmaktadır. Riskin yüksek olduğu bölgelerdeki sosyal nedenler incelenmelidir.

Geçmişte sigara kullanırken en az son bir yıldır bırakmış olanlarda anksiyete, depresyon, bedenselleştirme, hostilite, olumsuz benlik gibi belirtiler, hiç sigara kullanmamış olanlara

benzer bulunmuştur. Ancak geçmişte sigara kullanırken en az son bir yıldır bırakmış olanlarda durum farklılık göstermektedir. Alkolü bırakan grupta bu belirtiler hiç içmeyen gruptan ziyade alkol almakta olan gruba benzemekte, hatta alkol kullanmakta olanlara göre daha bozuk olabilmektedir. Bu durum sigara ve alkol bırakırken bireylerin kullandıkları baş etme mekanizmalarının da, bırakma sonrası yaşadıkları ruhsal güçlüklerin de oldukça farklı olduğunu düşündürmektedir. Alkol bağımlılığı tedavisinde oldukça önemli bir nokta nüksün önlenmesidir. Depresyon, anksiyete, olumsuz benlik algısı, hosilite, bedenselleştirme düzeyleri yüksek olan “bırakmışların”, stres karşısında uygun destek bulamadıkları takdirde tekrar alkol kullanımına dönmeleri olası görünmektedir.

Alkol tüketimini nedenleri sosyalleşme, baş etme, eğlenme ve uyum sağlamak olmak üzere dört bölümde ele alır. Bu dört nedenin içerisinde en tehlikeli olanı kişinin alkolü baş etmek amacıyla kullanmasıdır. Bundan dolayı bu kişilerin alkolü kötüye kullanmaları ya da alkol bağımlılığı geliştirmeleri ihtimali yüksektir. Araştırmamızda da alkol kullanımı ile artmış negatif duygulanım ve psikiyatrik semptomlar, azalmış kişisel iyi oluş saptanmıştır. Birey bu olumsuzluklarla baş edemedikçe alkole daha çok yönelebilmekte, belirtileri daha da artmaktadır. Bu kısır döngüye vurgu yapılması ve döngünün alkol kullanımının kesilmesi ile sonlanabileceğine bağımlılığının dikkatinin çekilmesi gereklidir.

Bireylerin sosyal yaşamlarının, kişisel hissedişlerinin, bağlanmalarının alkol tüketimine etki ettiği araştırmamızın sonucu içerisinde yer almaktadır. Kişiler iyi hissedebilmek için alkol tüketmektedir. Kişilerin iyi hissedebilmeleri adına sportif faaliyetler desteklenmeli, eğitim düzeyleri arttırılmalı, eğitim kurumlarında alkol ve kötü etkileri üzerine eğitimler arttırılmalıdır.

### **6.3. Tekli ve Çoklu Madde Kullanımı**

Bu araştırmada 1091 kişi (katılımcıların %4.5’u) tek tipte, 635 kişi ise (katılımcıların %2.5’i) ise birden fazla tipte madde kullandığını belirtmiştir. Madde kullanımı için (tek ya da çoklu tip) en riskli grup 24-29 yaş arası erkek katılımcı grubu olduğu belirlenmiştir.

İBBS-2 bölgelerine göre, çalışmada yer alan katılımcıların madde kullanım durumlarının dağılımı incelendiğinde, tekli madde kullanımının en yüksek oranda bildirildiği bölgeler %11.9 ile Aydın – Denizli – Muğla, %6.6 ile Adana – Mersin ve %6 ile Gaziantep – Adıyaman – Kilis bölgesi olarak bulunmuştur. Çoklu tipte madde kullanımının en yüksek oranda bildirildiği bölgeler ise %5.7 ile Aydın- Denizli – Muğla bölgesi, %4.8 ile Bursa – Eskişehir – Bilecik bölgesi ve %4.4 ile İstanbul bölgesi olmuştur. Bu bölgelerde daha yüksek madde kullanım oranları izlenmesinin nedenleri mutlaka incelenmelidir.

Araştırma sonuçlarına göre her iki cinsiyet birlikte ele alındığında lisansüstü mezunlarının tekli madde kullanım oranlarının %5.7 ve ortaokul mezunlarının çoklu madde kullanım oranlarının %3.6 olması dikkat çekicidir. Cinsiyetlere göre ayrılmış sınıflama yapıldığında ise en yüksek risk gruplarını %11'i tekli ya da çoklu tipte madde kullandığını belirten üniversite mezunu erkekler ile %12.7'si inin tekli ya da çoklu tipte madde kullandığını belirten ortaokul mezunu erkekler oluşturmuştur. En düşük risk grubunu ise ortaokul mezunu kadınlar oluşturmuştur. Toplum içinde yaygın kanı olan madde kullanıcılarının işsiz güçsüz, düşük eğitilmiş, ayaş, toplumdan kopuk bireyler olduğu önyargısı mutlaka değiştirilmeli ve tek tipte madde kullanımında ilk sırada lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylerin bulunduğu bulgusu ile toplum yüzleştirilmelidir.

Artan madde kullanımı ile kişisel iyi oluş belirgin biçimde düşmektedir. Madde kullanımı olan grupta taranan beş psikiyatrik belirti grubu da yüksek düzeyde izlenmiştir. Belirtiler ile madde kullanımı arasındaki ilişki oldukça karmaşık olup belirtilerin mi madde kullanımını, madde kullanımının mı belirtilere sebep olduğu tartışılabilir. Madde alımı arttıkça bireylerin belirtilerinde artma olmakta, kişi belirtileri kontrol etmek amacıyla alkol ve maddeye yönelmekte, kronik madde alımı ise bağımlılığa neden olarak belirtileri arttırmakta ve kısır döngüye neden olmaktadır.



## Öneriler



- Taranan 18 yaş üstü örneklemin yarıya yakını aktif sigara içmektedir. Sigara bağımlılığı halen tüm dünyada önlenemez ölümcül hastalıkların en yaygın nedenidir. Farkındalık yaratmayla ilgili çalışmalar artırılmalıdır.
- Bu araştırmada özellikle genç nüfusta tekli ya da çoklu madde kullanımı da ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmıştır. Madde kullanımının daha yüksek bulunduğu bölgelerde halkı bilgilendirici çalışmalar ve önlemler artırılmalıdır.
- Tüm davranışsal bağımlılıklar için risk Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde artmıştır. Aynı bölgelerde kişisel iyi oluş puanları da düşüktür. Bu durumun nedenleri analiz edilmelidir.

### 6.4. Kumar Bağımlılığı

Bağımlılığın altı belirtisinin sorgulanması sonucunda kumar bağımlılığı riski yüksek olarak değerlendirilen bireylerin oranı %9 olarak bulunmuştur. Kadın katılımcılarda kumar bağımlılığı için yüksek risk grubunda olma oranı %3.2, erkek katılımcılarda ise bu oran %14.8'dir. Bu gruplar arasında yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup %19.1 ile 18-23 yaş arası, lise mezunu, bekar, erkek katılımcılardır. Kumar bireyin çevresi ile iletişimini bozarak, ihtiyaç duyduğu sosyal desteğe ulaşmasına engel olabilecektir. Ancak kumar bağımlılığının birlikte getirdiği suçluluk ve pişmanlık, mali kayıplar, kayıpları ailesinden saklama ihtiyacı ise bireyin çevresi ile ilişkisini bozarak stresini artırabilmektedir. Stresle baş edebilme becerisi düşük olan bireyler ise, bu sorunlar karşısında yine kumar oynamaya ya da alkol – madde kullanımına sığınıp kendilerini rahatlatmaya çalışabilmektedir.

Kumar, birey ve toplum bağlamında oldukça ciddi sonuçları olabilecek bir bağımlılık türüdür. Rehberlik hizmetleri, psikolog, sosyolog, sosyal hizmet uzmanı ve alanda yetkin kişilerce toplumun kumar oynama motivasyonları ve sonrasında bu girdaba çekilmeleriyle ilgili bilgi verilmeli ve bağımlılık oluşmadan önlemi alınmalıdır.

## 6.5. Alışveriş Bağımlılığı

Günümüzde alıcılar yalnız ihtiyaçlarını gidermekle kalmamış haz almak adına alışverişe çıkmışlardır. Bu durum hedonik tüketimin önemini göstermiştir ve birçok çalışmanın ana konusu haline gelmiştir. Alıcılar satın alma anında şahıslarına vaat edilen cazip ürünlere dayanma gücü gösteremeyip satın alma eylemini gerçekleştirmektedir. Bağımlılığın altı belirtisinin sorgulanması sonucunda alışveriş bağımlılığı riski yüksek olarak değerlendirilen bireylerin oranı %42.6 olarak bulunmuştur. En yüksek davranış riski oranını en sık gösteren grup üniversite mezunu, bekar, kadın katılımcılardır. Ayrıca alışveriş bağımlılığı haritası, ülkemizin doğu kesimlerinde diğer bölgelere kıyasla belirgin biçimde daha yüksek bir alışveriş bağımlılığı risk oranına dikkat çekmektedir. Bu bölgede ve risk gruplarında alışveriş bağımlılığı riskini artıran sosyal ve psikolojik nedenler incelenmelidir. Araştırmalar alışveriş bağımlılığının toplumda yaygın bir sorun olduğunu göstermesine karşın, alışveriş bağımlılığıyla ilgili Türkiye’de yeterince bilimsel çalışma gerçekleştirilmediği bilinmektedir. Araştırmaların sayıları artırılmalı, bu alanlarda yapılacak çalışmalar kamu kurum ve kuruluşlarınca desteklenmelidir.

Ruh sağlığı çalışanları aynı zamanda tüketiciyi alışveriş yapmaya iten reklam kampanyaları, internet alışverişleri, sosyal medyanın gücü gibi konularda toplumu bilgilendirici çalışmalar yaparak alışveriş bağımlılığını tetikleyici faktörlerin etkisi azaltılabilir ve alışveriş bağımlılığının alt sürecinde yatan psikolojik durumlar hakkında toplumu bilgilendirici çalışmalar yapılabilir.

## 6.6. Sosyal Medya Bağımlılığı

Bağımlılığın altı belirtisinin sorgulanması sonucunda sosyal medya bağımlılığı riski yüksek olarak değerlendirilen bireylerin oranı %43.7 olarak bulunmuştur. Kadın katılımcılarda sosyal medyabağımlılığı için yüksek risk grubunda olma oranı %43.1, erkek katılımcılarda ise bu oran %44.3’tür. Sosyal medya bağımlılığı için en riskli grup lise mezunu, bekar kadın ve erkekler

olarak saptanmıştır. Tıpkı alışveriş bağımlılığı gibi, sosyal medya bağımlılığı riski de ülkemizin doğu ve güneydoğu bölgelerinde, diğer bölgelere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Sosyal medya bağımlılığının daha genç yaştaki bireyleri daha sık etkilemesi nedeni ile özellikle okullarda bağımlılıkla mücadele eğitimlerinin yapılması gerekmektedir. Gençlere yaşamdan haz almanın ve duygularını düzene koyabilmenin, stresle baş edebilmenin bağımlılık dışındaki yolları öğretilmelidir. Çalışan ve daha büyük yaştaki bireyler için sosyal medya bağımlılığının bireylerin yaşam doyumlarında azalmaya neden olmaması için çalıştıkları kurumlarda verilmek üzere sosyal medya bağımlılığı ile mücadele eğitimi konusunda psikoeğitim çalışmalarının yapılması önerilmektedir. Sosyal medya platformlarının bilinçsiz kullanımının bireylerin yaşamlarında oluşturabileceği olumsuz etkiler ve yaşam doyumlarındaki olumsuzlukları gösterebilmek adına medyadan, reklamdaki ve yazılı basından yardım alınması gerektiği düşünülmektedir.

### 6.7. Yeme Bağımlılığı

Bağımlılığın altı belirtisinin sorgulanması sonucunda yeme bağımlılığı riski yüksek olarak değerlendirilen bireylerin oranı %43.7 olarak bulunmuştur. Kadın katılımcılarda yeme bağımlılığı için yüksek risk grubunda olma oranı %41.1, erkek katılımcılarda ise bu oran %46.3'tür. En yüksek risk taşıyan grup 18-23 yaş arası, lise mezunu, bekar erkekler olarak bulunmuştur. Ayrıca yeme bağımlılığı da tıpkı alışveriş ve kumar bağımlılığı gibi doğu ve güneydoğu bölgelerde daha fazla izlenmiştir.

Yeme bağımlılığı son yıllarda literatürde oldukça popüler bir konu olmasına karşın ülkemizde bununla ilgili yapılan araştırmalar sınırlıdır. Bu konuda daha çok araştırma yapılması ve literatüre bu konuda daha çok katkı sağlanması gerekmektedir. Bu konunun ülkemizde yeterli ilgiyi görmemesi literatür açısından eksikliklere yol açmakla birlikte, bu sorun hakkında çözüm üretilmesini de engellemektedir. Yapılan çalışmalar yeme bağımlılığı oranlarının arttığını göstermektedir. Bu duruma sebep olan faktörleri belirlemek, ortaya çıkmasını engelleme yolunda önemli bir adım olabilir.

## 6.8. Dijital Oyun Bağımlılığı

Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte sokakta oynanan oyunların yerini, teknolojinin de ilerlemesiyle, dijital oyunlar almıştır. Dijital oyunların olumlu etkisinden çok olumsuz etkisinden söz etmek mümkündür.

Bu araştırmada dijital oyun bağımlılığı riski yüksek olarak değerlendirilen bireylerin oranı %32.0 olarak bulunmuştur. Kadın katılımcılarda dijital oyun bağımlılığı için yüksek risk grubunda olma oranı %20.9, erkek katılımcılarda ise bu oran %43.0'tür. En riskli grup olarak 18-23 yaş arası, bekar erkekler görünmektedir. Bölgesel olarak doğu ve güneydoğu bölgeler daha yüksek risk taşımaktadır. Bilgilendirme çalışmalarının ve sosyal incelemelerin bu bölgelerde ve gruplarda yoğunlaştırılması önerilir.

Dijital oyun bağımlılığının en yüksek görüldüğü yaş gruplarında sosyal becerilerin kazandırılması ya da güçlendirilmesi için gerekli etkinlikler gençlere sunulmalıdır. Ülkemizde dijital oyun bağımlılığı üzerine yapılmış çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bu alanda daha çok araştırma yapılması ve sonuçların kamuoyu ile paylaşılması, hem sorunun tespiti hem de toplumun dikkatinin konuya çekilmesi için önem taşımaktadır.

## 6.9. Cinsellik- Pornografi Bağımlılığı

Bağımlılığın altı belirtisinin sorgulanması sonucunda cinsellik - pornografi bağımlılığı riski yüksek olarak değerlendirilen bireylerin oranı %23.0 olarak bulunmuştur. Kadın katılımcılarda cinsellik - pornografi bağımlılığı için yüksek risk grubunda olma oranı %10, erkek katılımcılarda ise bu oran %35.8'dir. En riskli gruplar 24-29 yaş grubu, lise mezunu, bekar, erkek katılımcılar olarak bulunmuştur. Mardin – Batman – Siirt - Şırnak bölgesinde cinsellik – pornografi bağımlılığı riski yüksek olan katılımcıların oranları diğer bölgelere göre daha fazla bulunmuştur. Belirlenen risk gruplarına yönelik sosyal ve psikolojik çalışmalara, oldukça yeni bir alan olan davranışsal bağımlılıklarla ilgili toplum bilgilendirmesine, duygu denetimi sağlamanın yollarına dair eğitime ağırlık verilmelidir.

Bu kapsamda sonraki araştırmalarda cinsel porno bağımlılığının cinsel öz yeterlilik, cinsel öz bilinç, cinsel kaçınma, cinsel özgüven, cinsel benlik şeması, cinsel yaşam kalitesi, evlilik hoşnutsuzluğu, utangaçlık ve sosyal beceri gibi değişkenlerle ilişkisinin araştırılarak cinsel porno bağımlılığına neden olabilecek değişkenler belirlenmeli ve bireylere yardım çalışmaları düzenlenmelidir.

Bağımlılıklar ortaya çıktıktan sonra, bozukluğun doğası gereği tedavisi güç olabilmektedir. Uygulanan farmakolojik ve psikoterapötik tedavi yaklaşımlarının maliyetleri de, bağımlılığın bireysel ve toplumsal yıkımı nedeniyle oluşan etki maliyeti de oldukça yüksektir. Ne yazık ki bağımlılık tedavileri sonrasında nüks oranları yüksektir. Bu araştırmada ortaya çıkarılan kimyasal ve davranışsal profil gerek bağımlılıkların önlenmesi gerekse nüksün azaltılması konusunda yardımcı olacak sosyopsikolojik desteğin hangi alanlarda ve hangi bölgelerde yapılması gerektiği konusunda önemli bilgiler sunmaktadır. Bireyin yaşam memnuniyetini içeren kişisel iyi oluş; akıl sağlığı, genel bir mutluluk hali ve yaşam doyumu olarak tanımlanabilir. Aile ve arkadaşlar, yaşam, özsaygı, barınma, sağlık, parasal gelir, eğlenme gibi bileşenler kişisel iyi oluşun belirleyicileridir. Kişinin kendi yaşamını değerlendirme şekli, yargıları, yaşam doyumu ve duygusal tepkileri kişisel iyi oluşu meydana getirir. Bu araştırmada kişinin yaşamıyla ilgili memnuniyetinin azalması, tüm kimyasal ve davranışsal bağımlılıklar açısından risk faktörü olarak ön plana çıkmıştır.

## 7. KAYNAKÇA

1. Tarhan, N., Nurmedov, S. (2011). Bağımlılık. Timaş Yayınları, İstanbul.
2. Altıntaş, Ö. (2002). Hemşirelerde Alkol İçmeyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
3. Lerman, C., Caporaso, N. E. (1999). Evidence Suggesting The Role of Specific Genetic Factors in Cigarette Smoking. *Health Psychol* 18(1), 14-20.
4. Öztürk, M. O. (2002). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Feryal Matbaası.
5. Çetin, A. (2011). Psikiyatri Servisinde Yatan Şizofreni Hastalarının Alkol Kullanımının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.
6. Köknel, Ö. (2001). Alkol ve madde bağımlılığı alt kültürü. *Bağımlılık Dergisi*, 2(2), 71-76.
7. Dennis, M., Scott, C.K. (2012) Managing addiction as a chronic condition. *Addict Sci Clin Pract* 2007; 4:45.
8. Türkiye İstatistik Kurumu. (2012). Sağlık Araştırması 2012. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.
9. Bakır, B., Özer, M., Tümerdem, N., Kır, T., Kılıç, S. ve Hasde, M. (2003). İstanbul ve Ankara'daki bir grup askerin alkol kullanım sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. *Gulhane Medical Journal*, 45(3), 221-227.
10. Sümer, N. Ç. (2015). Bağlanma Ve Bağımlılık Kuramsal Çerçeve Ve Derleme Çalışması. *Articles Of Turkish Journal Of Psychology*, 192-209.
11. Mikulincer, M. S. (2007). Attachment Patterns In Adulthood Structure Dynamics And Change. Newyork: Guilford Press.
12. Thompson, R. (2002). Attachment Theory And Research. *Child And Adolescent Psychiatry*, 164-172.
13. Çalışır, M. (2009). Yetişkin Bağlanma Kuramı ve Duygulanım Düzenleme Stratejilerinin Depresyonla İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 240-255.

14. Uzbay, .T. (2009). Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 21: 5-15
15. Sevin, Ç. & Erbay, E. (2008). Madde Bağımlılarının Tedavi Sonrası Sosyal Yaşama Uyumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları. Bağımlılık Dergisi, 9(1). 1-11.
16. Deak, J.D., Miller, A.P., Gizer, I.R. (2019). Genetics of alcohol use disorder: a review. Curr Opin Psychol, 27:56-61.
17. Akvardar, Y., Tümüklü, M. ve Alptekin, K. (2003). Şizofreni ve Madde Kullanımı. Bağımlılık Dergisi, 4, p.118-122.
18. Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F. ve Gürol, D. T. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik Ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi,2012;23
19. Ögel, K. (2010). Alkol, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları.
20. Dilbaz, N. (2013). Madde kullanım riski ve madde bağımlılığından korunma. Baskı, TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile Ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 19-45.
21. Angres, D. H., & Bettinardi–Angres, K. (2008). The Disease of Addiction: Origins, Treatment, and Recovery. Disease-a-Month, 54(10), 696–721.
22. Griffiths M.D. (1997).Exercise addiction: A case study. Addiction Research 5: 161–168
23. Griffiths, M. (2010). Internet abuse and internet addiction in the workplace", Journal of Workplace Learning, 22(7): 463 – 472.
24. Kim, S., Kim, R. (2002) A study of internet addiction: status, causes, and remedies. Journal of Korean Home Economics Association English Edition, 3(1), 1-19.
25. Handerson, E. C. (2001). Understanding addiction. University Pres of Mississippi.4-153.
26. Zendle, D., Bowden-Jones, H. (2019). Is excessive use of social media an addiction? BMJ. 2019 May 15; 365:l2171.

27. Banz, BC., Yip, S.W., Yau, Y.H., Potenza, M.N. (2016). Behavioral addictions in addiction medicine: from mechanisms to practical considerations. *Prog Brain Res.* 2016;223:311-28.
28. Lam, D. (2007). An Exploratory Study Of Gambling Motivations And Their Impact On The Purchase Frequencies Of Various Gambling Products. *Psychology & Marketing*, 24(9), 815-827.
29. Hing, N., Breen, H., Gordon, A., & Russell, A. (2014). Risk factors for problem gambling among indigenous australians: an empirical study. *Journal Of Gambling Studies*, 30(2), 387-402.
30. Meyer, G., Hayer, T., & Griffiths, M. (Eds.). (2009). *Problem Gambling in Europe: Challenges, Prevention, And Interventions (Vol. 3)*. Springer Science & Business Media.
31. Wardle, H., Moody, A., Griffiths, M., Orford, J., & Volberg, R. (2011). Defining the online gambler and patterns of behaviour integration: evidence from the British Gambling Prevalence Survey 2010. *International Gambling Studies*, 11(3), 339-356.
32. Hayer, T., & Griffiths, M. D., (2015). Gambling. In *Handbook of Adolescent Behavioral Problems: Evidence-Based Approaches To Prevention And Treatment (Pp. 539-558)*. New York, NY: Springer
33. Voldberg, R. A., Abbot, M. W., Rönnerberg, S., & Munck, I. M. E. (2001). Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(4), 250-256
34. Griffiths, M. D. (2011). Adolescent Gambling. In B. Bradford Brown & M. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia Of Adolescence (Vol. 3, Pp. 11-20)*. San Diego, CA: Academic.
35. Arcan, K. (2012). Psychological Predictors Of Problem Gambling Behaviors.
36. Altıntaş, M. (2018). Kumar oynama bozukluğu tanısı olan hastalarda, anksiyete, depresyon, ruminasyon ve dürtüsellik. *Cukurova Medical Journal*, 43(3), 1-10.
37. Sumitra LM, Miller SC. Pathologic gambling disorder. how to help patients curb risky behavior when the future is at stake. *Postgrad Med.* 2005;118:31-7.
38. Evren C, Bozkurt M. Kumar oynama bozukluğunda tanı ve tedavi. *Psikiyatride Güncel.* 2016;6:208-21.



39. Fong TW. The biopsychosocial consequences of pathological gambling. *Psychiatry (Edgmont)*. 2005;2:22-30
40. Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499.
41. Amerikan Psikiyatri Birliği, & Köroğlu, E. (2005). Başka Bir Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Denetimi Bozuklukları. In *DSM –IV-TR Tanı Kriterleri Ölçütleri Başvuru El Kitabı (2nd Ed.)*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
42. National Research Council (1999). *Pathological Gambling: A Critical Review*. Washington: National Academy Press.
43. Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise Of Control*. New York: Freeman And Co.
44. Coşkun, İ. (2017). *Psikopatolojinin Kumar oynama davranışı ve alkol madde kötüye kullanım ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Işık Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
45. Tang, C. S. K., & Oei, T. P. (2011). Gambling cognition and subjective well-being as mediators between perceived stress and problem gambling: A Cross-Cultural Study
46. Lloyd, J., Doll, H., Hawton, K., Dutton, W. H., Geddes, J. R., Goodwin, G. M., & Rogers, R. D. (2010). How psychological symptoms relate to different motivations for gambling: an online study of internet gamblers. *Biological Psychiatry*, 68(8), 733-740.
47. Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling: etiology, comorbidity, and treatment*. Washington: American Psychological Association.
48. Cavion, L., Wong, C., & Zangeneh, M. (2008). Gambling. In *In The Pursuit Of Winning (Pp.95-117)*. Springer US
49. Orford J. (2001). *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester England.
50. Hollander, E, Allen, A (2006) Is compulsive buying a real disorder, and is it really compulsive? *American Journal of Psychiatry* 163: 1670–2.
51. Weinstein, A., & Lejoyeux, M. (2010). Internet Addiction or Excessive Internet Use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 277–283.

52. Ünsalver, B. Ö.(2011), Alışverişkolik, İstanbul: Timaş Yayıncılık.
53. Wormer K.V, & Davis D.R. (2003). Addiction treatment: A strengths perspective. Brooks/Cole, Australia
54. Iqbal, N., & Aslam, N. (2016). Materialism, Depression , and Compulsive Buying among University Students. *International Journal of Indian Psychology*, 3, 91–102.
55. Murali, V. (2012). Shopping Addiction, *Advances in psychiatric treatment*, 18, 263–269.
56. Lo, H. Y., & Harvey, N. (2012). Effects of shopping addiction on consumer decision-making: Web-based studies in real time. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(4), 162-170.
57. Boyd, D., M. ve Ellison, N., B. (2007). Social network sites: definition, history, and scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1): 210-230
58. Sağbaşı, E. A., Ballı, S. ve Şen, F. (2016). Sosyal medya ve gençler üzerindeki etkileri. Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Uluslararası Gençlik Araştırmaları Kongresi Bildiri Kitabı.
59. Kirschner, P. A. ve Karpinski, A. C. (2010). Facebook and academic performance, *Computers in Human Behavior*, 26: 1237-1245
60. Tutgun-Ünal, A. (2015). Sosyal medya bağımlılığı: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. Doktora Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
61. Andreassen, C.S., Pallesen, S., Griffiths, M.D. (2017). The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addict Behav*, 64:287-293.
62. Sağbaşı, E. A., Ballı, S. ve Şen, F. (2016). Sosyal medya ve gençler üzerindeki etkileri. Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Uluslararası Gençlik Araştırmaları Kongresi Bildiri Kitabı.
63. Young, K. S. (1996). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder, *Cyber Psychology and Behavior*, 1(3): 237-244

64. Kuss, D. J. ve Griffiths, M. D. (2011). Addiction to social networks on the internet: A literature review of empirical research. *International Journal of Environmental and Public Health*, 8: 3528-3552
65. Longstreet, P. ve Brooks, S. (2017). Life satisfaction: A key to managing internet and social media addiction *Technology in Society*, 50: 73-77
66. Bouna-Pyrrou, P., Aufleger, B., Braun, S., Gattnar, M., Kallmayer, S., Wagner, H. et al. (2018). Cross-Sectional and Longitudinal Evaluation of the Social Network Use Disorder and Internet Gaming Disorder Criteria. *Front Psychiatry*. 2018; 9:692.
67. Kircaburun, K., Griffiths, M.D. (2018). The dark side of internet: Preliminary evidence for the associations of dark personality traits with specific online activities and problematic internet use. *J Behav Addict*. 2018 Dec 1; 7(4):993-1003.
68. Wilson, G.T. (2010). Eating disorders, obesity and addiction. *Eur Eat Disord*, 18, 341-351.
69. Öyekçin, D.G., Deveci, A. (2012). Yeme Bağımlılığı Etiyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 138-153.
70. Nieto, M., Wilson, J., Cupo, A., Roques, B.P., Noble, F. (2002). Chronic morphine treatment modulates the extracellular levels of endogenous enkephalins in rat brain structures involved in opiate dependence: a microdialysis study. *Journal of Neuroscience*, 22, 1034-1041.
71. Gearhardt, A.N., Corbin, W.R., Brownell, K.D. (2009). Food addiction—An examination of the diagnostic criteria for dependence. *Addict*, 3, 1–7.
72. Romer, A.L., Kang, M., Nikolova, Y.S., Gearhardt, A.N., Hariri, A.R. (2019). Dopamine genetic risk is related to food addiction and body mass through reduced reward-related ventral striatum activity. *Appetite*, 133, 24-31.
73. Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
74. Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G. Jr, Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61, 348-358

75. Sultson, H., Kukk, K., Akkermann, K. (2017). Positive and negative emotional eating have different associations with overeating and binge eating: Construction and validation of the Positive-Negative Emotional Eating. *Appetite*, 116, 423-430.
76. Lu, Q., Tao, F., Hou, F., Zhang, Z., Ren, L. (2016). Emotion regulation, emotional eating and the energy-rich dietary pattern. A population-based study in Chinese adolescents. *Appetite*, 99, 149-156.
77. Spoor, S.T., Bekker, M.H., Van Strien, T., van Heck, G.L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48(3), 368-376.
78. Heatherton, T.F., Baumeister, R.F. (1991). Binge-eating as an escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
79. Wallis, D.J., Hetherington, M.M. (2004). Stress and eating: The effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43, 39-46.
80. Herman, C.P., Polivy, J. (1980). *Restrained eating, Obesity*. Saunders, Philadelphia, PA, 208-225.
81. Yalçın Irmak, A. ve Erdoğan, S., 2016, Ergen ve Genç Erişkinlerde Dijital Oyun Bağımlılığı: Güncel Bir Bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*,27(2):128-37.
82. Cooper, A, Putnam D. E., Planchon L. A. & Boies S. C. (1999). Online sexual compulsivity: Getting tangled in the net. *Sexual Addiction & Compulsivity : The Journal of Treatment & Prevention*, 6(2), 79–104.
83. Carnes, P. (2001) *out of the shadows : Understanding sexual addiction (3rd Ed.)* Center City, MN: Hazelden.
84. Kraus, S.W.,Voon, V., Potenza, M.N. (2016) Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? *Addiction*, ;111(12):2097-2106.
85. Karila L, Wéry A, Weinstein A, Cottencin O, Petit A, Reynaud M, Billieux J. (2014). Sexual addiction or hypersexual disorder: different terms for the same problem? A review of the literature. *Curr Pharm Des*. 2014;20(25):4012-20.
86. <http://www3.kalkinma.gov.tr/PortalDesign/PortalControls/WebIcerikGosterim.aspx?Enc=83D5A6FF03C7B4FCC26F032470459B0B> erişim tarihi 20 Ağustos 2019

87. Şahin, N. H., Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56
88. Geçtan, E. (2015). *Psikodinamik psikiyatri ve normaldışı davranışlar*. İstanbul: Metis.
89. Ünal, S. (2002). Anlatım Tarzı Olarak Bedenselleştirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1):52-55.
90. Özmen, A. (2006). Öfke: Kuramsal yaklaşımlar ve bireylerde öfkenin ortaya çıkmasına neden olan etmenler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 39(1), 39-56.
91. Cevher, F. N. Ve Buluş, M. (2007). Benlik Kavramı Ve Benlik Saygısı: Önemi ve Geliştirilmesi, *Akademik Dizayn Dergisi*, 1(2), 52-64.
92. Kaplan, B. (2012). Ergenlerde Bağlanma ve Saldırganlık Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
93. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1978
94. Bowlby, J., (2012). *Bağlanma*. T.V.Soylu (Çev.), İstanbul: Pinhan Yayıncılık.
95. Cozolino, L. (2014). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. New York: Norton & Company.
96. Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L., Westen, D. (2000). Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41:1111-1123.
97. Bartholomew, K. and Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adolescents, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
98. Selçuk, E., Günaydın, G., Sümer, N., ve Uysal, A. (2005). Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-II'nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8(16), 1-11.
99. Eryılmaz, A. (2009). Ergen öznel iyi oluş ölçeğinin geliştirilmesi, *Journal of Turkish Educational Sciences*, 7(4): 975-989

100. Diener, E., Suh, E., Lucas, R. E. ve Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress, *Psychological Bulletin*, 125: 276-302.
101. Meral, B. F. (2014). Kişisel iyi oluş indeksi yetişkin Türkçe formunun psikometrik özellikleri, *The Journal of Happiness and Well-Being*, 2(2): 119-131
102. Cummins, R. A. (2000). Personal income and subjective well-being: A review, *Journal of Happiness Studies*, 1: 133-58
103. Sifneos, P. E., Apfel, S.R., Frankel F.H.(1997). The Phenomenon of Alexithymia. *Psychotherapy Psychosomatic*. (28), 47-57.
104. Koçak, R. (2002). Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 35(1-2), 183-212.
105. Kosturek, A., Gregory, R. J., Sousou, A. J. ve Trief, P. (1998). Alexithymia and Somatic Amplification in Chronic Pain. *Psychosomatics* 39(5), 399-404.
106. Güleç, H., Köse, S., Güleç, Y.M., Çitak, S., Evren C., Borckardt, J. ve Sayar, K. (2009). Reliability and Factorial Validity of The Turkish Version of The 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19, 214-220.
107. Cabanac, M. (2002). What is emotion? *Behavioural Processes*, 60(2), 69-83.
108. McIntyre, C.W., Watson, D., Cunningham, A.C. (1990). The effects of social interaction, exercise, and test stress on positive and negative affect. *Bulletin of the Psychonomic Society, Southern Methodist University, Dallas, Texas*, 28 (2), 141-143.
109. Gençöz, T. (2000). Pozitif ve negatif duygu ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik çalışması. *Türk psikoloji dergisi*, 15(46), 19-26.

## 8. EKLER

### Ek-1 Etik Kurul Onayı



www.uskudar.edu.tr

Altunizade Mahallesi Haluk Türksay Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL  
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI


SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/800

03/09/2018

**Dr.Öğr.Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL**

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 03/09/2018 tarihinde yapılan 09 No.lu toplantısında "Türkiye'nin Farklı Bölgelerinde Bağımlılık, Duygudurum ve İyi Oluş Özelliklerinin İlişkisel ve Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Dr.Öğr.Üyesi Meltem NARTER  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkan Yardımcısı

## Ek-2 Saha Ekibi

<i>İSSB- 2 Bölgeleri</i>	<i>Veri Toplayan Klinik Psikologlar</i>	<i>İSSB-1 Bölge Temsilcileri</i>	<i>Merkeze Bağlı Temsilciler</i>
TR61 Antalya, Isparta, Burdur	Berfin Demir Büşra Boz Gülsüm Bircan Hatice Yıldız Koray Acar Şenay Dayan Yücel Sedef Evlice	Berfin Demir	Gaye Göklü
TR62 Adana, Mersin	Canan Bulduk Işıl Toka Nida Boğa Zehra Aydınol Gizem Zorlu		
TR63 Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye	Burcu Beyler Yağmur Yazar Elif Kocaman		
TR31 İzmir	Berna Baydil Cemre Mentеше Deniz Dirin Gaye Köklü Eda Çağla Zengül İclal Gözcü Atayay	Mine Sütcü	
TR32 Aydın, Denizli, Muğla	Berna Tefenlili Cemile Sargın İlayda Sezen Mübarek Aydın Şahika Tural		
TR33 Manisa, Afyon, Kütahya, Uşak	Mine Sütcü Rüveyda Ata Sena Sarıtabak Zeynep Büşra Dursun		
TRA1 Erzurum, Erzincan, Bayburt	Narin Özer Okan Dursun	Narin Özer	Berat Sena Varlık
TRA2 Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan	Nazlı Dilayra Ayvalıoğlu		
TRB1 Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli	Büşra Sürmeli Haydar Keşen Tuğba Bakar Özün Sena Altaş		
TRB2 Van, Muş, Bitlis, Hakkari	Zeliha Şahin		
TRC1 Gaziantep, Adıyaman, Kilis	Berivan Naz Alır Merve Akçil Seda Bay		
TRC2 Şanlıurfa, Diyarbakır	Bedriye Ege Cemre Hazal Çevik Rabia Üçeş Yusuf Yerli		
TRC3 Mardin, Batman, Şırnak, Siirt	Osman İcil		



TR51 Ankara	Beyza Arıdurdu Feyza Sümbül İdil Büşra Ayhan Mihriban Taşpınar Seher Tunçer Beyza Yaz Beyza Yüksel	Seher Tunçer	
TR52 Konya, Karaman	Ayşenur Yılmaz		
TR71 Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir	Rıdvan Yamangil Sena Çalın		
TR72 Kayseri, Sivas, Yozgat	Aslı Korkmaz Ayça Gül Akbaba Burak Sunkur İnci Nur Ülkü		
TR81 Zonguldak, Karabük, Bartın	Aylin Furun Büşranur Keleş Hilal Teberoğlu Hülya Aydın Sena Kuyumcuoğlu Zeynep Kır	Büşranur Keleş	Şenay Dayan
TR82 Kastamonu, Çankırı, Sinop	Ezgi Erol Damla		
TR83 Samsun, Tokat, Çorum, Amasya	Derya Zaimoğlu Enise Öziç Ezgi Akyel Melisa Er Metehan Şenocak Nuray Yılmaz Sedef Ceylan Çevik Şura Yılmaz		
TR90 Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane	Esra Elitaş Hasretnur Enginyurt Hatice Mehveş Onar Merve Gören Samet Çoban Serap Yüksel Şeyda Ak Şeyma Hazal Kaya Zeynep Kahveci	Şeyma Hazal Kaya	
TR21 Tekirdağ, Edirne, Kırklareli	Şebnem Geylani Cansu Yılmaz Ege Kayhan Ekin Alan Merve Beşik Rukiye Aydın	Şebnem Geylani	Ayşe Naz Hazal Sezen
TR22 Balıkesir, Çanakkale	Aybüke Karakaş Beste Kara Gülçin Mete Hande Su Kökçü Kübra Tehci Kübra Yılmaz Necmiye Handan Macit Özge Engin		
TR41 Bursa, Eskişehir, Bilecik	Betül Aktürk	Kübra Mete	

	Büşra Keyik		
	Gizem Öztürk		
	Kübra Bakırcı		
	Berat Sena Varlık		
	Sude Yaşa		
TR42 Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova	Afra Yadigar Terzi		
	Ali Işıktaş		
	Kübra Mete		
	Melike Çapkın		
	Merve Erten		
	Mustafa Günel		
	Nurcan Sönmez		
	Tuğçe Bilgin		
	Zeynep Aygün		
TR10 İstanbul	Ayşe Naz Hazal Sezen	Merve Paçacı	
	Ayşegül Özkula		
	Berika Gizem Yıldırım		
	Burak İyidir		
	Büşra Nilay Şahin		
	Deniz Derya Sarı		
	Hülya Özgür		
	Merve Paçacı		
	Mülkiye Özden		
	Özge Bedir		
	Taner Güler		

## Ek-3 Kullanılan Ölçek ve Anketler

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**TÜRKİYE BAĞIMLILIK VE RUH SAĞLIĞI HARİTASI PROJESİ**  
**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**  
**LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ.**

Sizi Üsküdar Üniversitesi tarafından yürütülen “**TÜRKİYE BAĞIMLILIK VE RUH SAĞLIĞI HARİTASI PROJESİ**” projesine davet ediyoruz. Bu projeye katılıp katılmama kararını vermeden önce, projenin neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bizimle **iletişime** geçebilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Projeye **katılmama** veya katıldıktan sonra istediğiniz anda projeden **çıkma** hakkına sahipsiniz. Bu formlardan elde edilecek bilgiler bilimsel çalışma olarak değerlendirilip sizlere daha iyi hizmet vermek amacı ile kullanılacaktır.

**Projeye İlgili Bilgiler:**

**a. Projenin Amacı:**

• Yeme, Sosyal Medya, Kumar, Oyun, Alışveriş, Cinsellik/Porno Bağımlılığı, Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı, Mutluluk, Kişisel iyi oluş, Duygu düzenleme, Duygu Körlüğü, Bağlanma özelliklerini ve birbirleriyle olan ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

**b. Projenin Nedeni:**

Sahip olduğunuz yeteneklerinizin, özgür iradenizin, duygu kontrollerinizin, yaşamlarınızın içerisinde ki motivasyonlarınızın bir takım duygusal ve bilişsel bağımlılıklarınızla bölünmesinin hayatınıza yük getirmektedir. Bu nedenle sizlerin yaşamınızda ki bu unsurlarla ilgili mücadelenize bilimsel olarak katkı sağlanabilmesi için, hayatlarınıza hangi ölçüde etki ettiğinin bulunabilmesi gerekir.

**c. Projenin Öngörülen Süreçleri:**

Projemizde, hedef gruplarımıza verilen yukarıda sayılan özellikler için uyarlanmış ölçekler sunulmuştur. Bu ölçeklerden alınan veriler, Üsküdar Üniversitesinde Klinik Psikoloji üzerine yüksek lisans eğitimi alan 120 öğrencinin Tez konularını oluşturacaktır. Vermiş olduğunuz veriler, istatistiksel olarak inceleniyor olacak, herhangi bir kimlik bilgisi analizlerde kullanılmayacaktır.

**d. Katılması Beklenen Katılımcılar ve Sayıları:**

Proje kapsamında Türkiye'nin 26 bölgesinden 24 bin katılımcıdan toplanacak olan veriler dahil edilecektir, Elde edilen veriler kasım ayının sonuna doğru analizleri tamamlanarak, yazım aşamasına geçilecektir.

**e. Projenin Yapılacağı Yer ve İletişim Bilgileri:**

Proje Üsküdar Üniversitesinde yapılacaktır.

**Çalışmaya Katılım Onayı:**

Yukarıda yer alan ve projeden önce katılımcılara/gönüllülere verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkındaki yazılı açıklamanın tamamını okudum, anlamadığım kısımları iletişim bölümünden sorma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda Bağımlılık projesine kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın çocuğumun ve kendimin sisteme dahil edilmesini istiyorum ve kabul ediyorum.

**SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

Anketi uygulayan ve yaka kartına sahip klinik psikolog'dan detaylı bilgiyi öğrenebilirsiniz.

**Klinik Psikolog İsim Soyisim :**

**Yer : İl olarak Doldurulacak. :**

**Görüşmenin Bittiği Saat :**

Gönüllünün Başharfleri:

İmza:

Tarih:

Adres ve Telefon:

## Sosyodemografik Soru Formu

**Tarih:**

Görüşmeye başladığımız saati Aşağıya Lütfen Yazınız. Teşekkürler (Örn: 12:34 Şeklinde olacaktır)

**Görüşmeye Başlanan Saat: ———:———**

**1. Cinsiyetiniz?** Kadın ( ) Erkek ( )

**2. Doğum yılınız: .....**

**3. Kaç kilosunuz? .....**Kg

**4. Boy uzunluğunuz nedir? .....**cm

**5. Eğitim durumunuz nedir?**

Okur Yazar değil ( ) Okur Yazar ( )

İlkokul Mezunu ( ) Ortaokul Mezunu ( )

Lise Mezunu ( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans ( )

**5. Medeni Durumunuz Nedir?**

Evli ( ) Bekar ( ) Ayrılmış (Boşanma yada Vefat ile) ( )

**6. Çocuğunuz var mı? Varsa kaç çocuğunuz var?**

0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ve daha fazla ( )

**7. Yılın büyük bölümünü geçirdiğiniz hanede kaç kişi yaşıyorsunuz?**

0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ve daha fazla ( )

**8. Yılın büyük bölümünü geçirdiğiniz hanede kaç kişi ücretli bir işte çalışıyor?**

0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ve daha fazla ( )

**9. Sigara kullanıyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( ) Bıraktım ( )**

**10. Günde kaç adet sigara tüketiyorsunuz? Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.**

0- 10 Tek ( ) 11- 20 Tek ( ) 21-40 Tek ( ) 41'dan Fazla ( )

**11. Kaç Yıldır Sigara Kullanıyorsunuz? (Yıl) Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.**

0-5 Yıl ( ) 6-10 ( ) 11-15 ( ) 16- 20 ( ) 21 yıldan fazla ( )

**12. Alkol Kullanıyor musunuz?**

Evet ( ) Hayır ( ) Bıraktım ( )

**13. Ne Sıklıkla Alkol Alıyorsunuz? Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.**

Ayda 1-2 defa ( ) Haftada 1-2 defa ( ) Hemen hemen Hergün ( )

**14. Aşağıdaki Maddelerden Doktor Önerisi dışında düzenli olarak aldığınız/ denediğiniz maddeleri işaretleyiniz.**

- |              |                       |                |
|--------------|-----------------------|----------------|
| 1. Esrar ( ) | 4. Morfin ( )         | 7. Bozai ( )   |
| 2. Bali ( )  | 5. Kokain ( )         | 8. Eroin ( )   |
| 3. Tiner ( ) | 6. Meta-amfetamin ( ) | 9. Ekstazi ( ) |

**15. Hiç psikiyatriste gittiniz mi?**

Daha önce gitmiştim ( ) Halen Tedavi Görüyorum ( ) Hayır gitmedim ( )

**15. Ruhsatlı yada Ruhsatsız Silahınız var mı? ( )**

Silahım yok ( ) Ruhsatlı Silahım Var ( ) Ruhsatsız Silahım Var ( )

**16. Günlük Yaşamda Kendinizi Güvende Hissetmek için Çantanızda/ Cebinizde/ Aracınızda bulundurduğunuz Aletler varsa işaretleyiniz. Birden Fazla Seçim Yapabilirsiniz. Eğer taşıyorsanız. Hiçbirini işaretleyiniz.**

Ateşli Silah ( ) Çakı/Bıçak ( ) Birber Gazı ( )

Elektirikli/Pilli bir cihaz ( ) Kesici/Delici Başka bir alet ( ) Hiçbiri ( )

**17. Vücudunuzda Herhangi bir engel var mıdır? Varsa aşağıda işaretleyiniz.**

- |                          |     |
|--------------------------|-----|
| Görme Engelli            | ( ) |
| İşitme Engelli           | ( ) |
| Zihinsel Engelli         | ( ) |
| Ortopedik Engelli        | ( ) |
| Kronik Hastalık          | ( ) |
| Herhangi bir Engelim Yok | ( ) |

## Bağımlılık Davranış Yükü Formu

Aşağıda birçok kişinin günlük rutininin bir parçası olan alanlar vardır. Bu anketin amacı bu rutinlerinizin hayatınıza ne kadar etki ettiğini öğrenebilmektir. Herbir maddede bu alanların sizin yaşamınıza en yüksek seviyede ki etkilerini tanımlamaktadır. Sizden her bir alan için bu maddenin size ne kadar uyduğunu tespit etmenizi rica ediyoruz.

Lütfen her bir davranış için 0-Hiç yaşamıyorum  
5-Orta düzeyde yaşıyorum  
10-Tam olarak bu şekilde yaşıyorum.

Aşağıdaki Davranış Tanımları

**Kumar** (Herhangi bir kumarhanede Kumar Oynamak, / bahis oynamak / iddia veya at yarışı oynamak gibi konuları kapsar)

**Sosyal Medya** (İnstagram, Facebook, Snapchat, Twitter, Youtube)

**Oyun** (Mobil Oyunlar, Playstation, Çevirim içi Oyunlar, Bilgisayar oyunları, Her türlü teknoloji alt yapısı olan oyunlar)

**Alışveriş** (Online, Mobil, yada Herhangi bir mağazada ürünlere bakmak, Sepete koymak, satın almak yada alınmasa bile alıp bırakmak için vakit harcamak)

**Yemek Yeme** (Herhangi bir Yiyecek türüne karşı olan ilgi, yada yemek yemeğin kendisine yönelik istek)

**Cinsellik/Porno** (Cinsel fantazi kurmak porno izlenmesi, masturbasyon, yada cinsel ilişkiye girmeye yönelik davranış)

Örnek

Kumar ( 0 - 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10)

1. Hayatımın Merkezinde olmaya başladı, sık sık aklıma geliyor ve sık sık da yapıyorum/ kullanıyorum. Eğer yapamayacak ve kullanamayacak durumda olursam, ne zaman yapacağımı düşünüyorum. Ne zaman yapacağımı planlarsam biraz olsun rahatlıyorum. Ama bazen o kadar şiddetli bir istek oluyor ki, bir yol bulup yapıyorum/kullanıyorum, engelleyemiyorum.

**Kumar** ( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)

**Alışveriş** ( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)

**Sosyal Medya** ( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)

**Yemek Yeme** ( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)

**Oyun** ( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)

**Cinsellik/Porno** ( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)

2. Bazen canım sıkıldığında, bazen boşlukta, bazen mutluyken bile aklıma geliyor ve yapıyorum. Birçok kez sorunlarım arttığında isteğimin de arttığını görüyorum ve yapmazsam zihnim rahatlamıyor. Çoğu zaman yaptıktan sonra rahatlayıp, yapmam gereken işe odaklanabiliyorum. Sanki canlanıyorum.

<b>Kumar</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )
<b>Alışveriş</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )
<b>Sosyal Medya</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )
<b>Yemek Yeme</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )
<b>Oyun</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )
<b>Cinsellik/Porno</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )

3 Aynı oranda yapsam bile bazen o oran bana yetmeyebiliyor, daha fazla yapmam gerekiyor. Süre ve miktarı giderek arttırmak zorunda kalıyorum, yoksa rahatlamıyorum.

<b>Kumar</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )
<b>Alışveriş</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )
<b>Sosyal Medya</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )
<b>Yemek Yeme</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )
<b>Oyun</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )
<b>Cinsellik/Porno</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )

4 Yapmamın mümkün olmadığı bir yerde olduğumda, ya da kendimi engellemeye çalıştığımda, ya da biri benim bu sorunumu görüp engellediğinde, çok sıkıntı çekiyorum ve vücudumda da gerginliğimin belirtileri oluyor.

<b>Kumar</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )
<b>Alışveriş</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )
<b>Sosyal Medya</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )
<b>Yemek Yeme</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )
<b>Oyun</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )
<b>Cinsellik/Porno</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 )



5. Yapıyor olmam benim çevremle ilgili sorunlar yaşamama neden oluyor, sosyal yaşamım zarar görebiliyor, işimi aksatabiliyorum. Bu konuda sık sık eleştiri alıyorum.

<b>Kumar</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
<b>Alışveriş</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
<b>Sosyal Medya</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
<b>Yemek Yeme</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
<b>Oyun</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
<b>Cinsellik/Porno</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)

6. Bu davranışı bıraksam da yeniden tetiklenebiliyor ve hiç bırakmamışım gibi yapmaya devam edebiliyorum.

<b>Kumar</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
<b>Alışveriş</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
<b>Sosyal Medya</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
<b>Yemek Yeme</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
<b>Oyun</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)
<b>Cinsellik/Porno</b>	( 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10)

**KSE**

Aşağıda insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle değerlendiriniz. Değerlendirmenizi uygun cevap önündeki yuvarlak üzerine çarpı (X) koyarak işaretleyiniz.

	Neredeyse hiçbir zaman	Bazen	Yaklaşık Yarı yarıya	Çoğu Zaman	Neredeyse Her zaman
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7 Göğüs ( kalp ) bölgesinde ağrılar					
8. Meydanlık(açık) yerlerden korkma duygusu.					
9. Yaşamınıza son verme düşüncesi.					
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi.					
11. İştahta bozukluklar.					
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular.					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları.					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme.					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme.					
16. Yalnızlık hissetme.					
17. Hüzünlü, kederli hissetme.					
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak.					
19. Kendini ağlamaklı hissetme.					
20. Kolayca incinebilme , kırılma.					
21. İnsanların sizi sevmediğini, size kötü davrandığına inanma.					
22. Kendini diğer insanlardan daha aşağı görmek.					

	Neredey se hiçbir zaman	Bazen	Yaklaşık Yarı yarıya	Çoğu Zaman	Neredey se Her zaman
23. Mide bozukluğu, bulantı.					
24. Diğer insanların sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu.					
25. Uykuya dalmada güçlük.					
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek.					
27. Karar vermede güçlükler.					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma.					
29. Nefes darlığı , nefessiz kalma.					
30. Sıcak, soğuk basmaları.					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak.					
32. Kafanızın bomboş kalması.					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar.					
34. Hatalarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi.					
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları.					
36. Dikkati bir şey üzerine toplamada güçlük.					
37. Bedenin bazı bölgelerinde ,zayıflık, güçsüzlük hissi.					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme.					
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler.					
40. Birini dövme, ona zarar verme yaralama isteği.					
41. Birşeyleri kırma ,dökme isteği.					
42. Diğer insanların yanında iken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak.					
43. Kalabalıklardan rahatsızlık duymak.					
44. Başka insanlara hiç yakınlık duymamak.					
45. Dehşet ve panik nöbetleri.					
46. Sık sık tartışmaya girmek.					
47. Yalnız kalındığında sinirlilik hissetme.					
48. Başarılarınıza rağmen diğer insanlardan yeterince takdir görmemek.					

	<b>Neredey se hiçbir zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Yaklaşık Yarı yarıya</b>	<b>Çoğu Zaman</b>	<b>Neredey se Her zaman</b>
49. Kendini yerinde duramayacak kadar tedirginlik hissetmek.					
50. Kendini değersiz görme duygusu.					
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu.					
52. Suçluluk duyguları.					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri.					

## TAÖ-20

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

**Hiçbir zaman (1),,,,,,,,,,,,,, Her zaman (5)** olacak şekilde bu bölgelere "X" işareti koyunuz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her zaman
1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem					
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur					
3. Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor					
4. Duygularımı kolayca tarif edebilirim					
5. Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlmeyi yeğlerim					
6. Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem					
7. Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır					
8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim					
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var					
10. İnsanların duygularını tanıması gerekir					
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor					
12. İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler					
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum					
14. Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem					
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim					
16. Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim					
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir					
18. Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim					
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum					
20. Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır					

**(Kişisel iyi oluş indeksi - Yetişkin Türkçe Formu)**

Lütfen aşağıdaki soruları memnuniyet derecenize göre, 0'dan 10'a kadar seçeneklerden birini seçerek cevaplayınız. 0: Hiç memnun değilim, 10: Tamamen Memnunum, 5 Kararsızım

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Yaşam koşullarınızdan ne kadar memnunsunuz? (ekonomik, refah düzeyi vs.)											
2. Sağlık durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?											
3. Yaşamınızdaki başarılarınızdan ne kadar memnunsunuz?											
4. Diğer insanlarla ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz?											
5. Kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?											
6. Toplumla olan ilişkilerinizden, toplumun bir parçası olmaktan ne kadar memnunsunuz?											
7. Geleceğinizle ilgili kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?											
8. Manevi yaşamınızdan (dini, ruhsal yaşantı vs.) ne kadar memnunsunuz?											

**PNDÖ**

Bu ölçek farklı duyguları tanımlayan bir takım sözcükler içermektedir. **Son iki hafta** nasıl hissettiğinizi düşünüp her maddeyi okuyun. Uygun cevabı her maddenin yanında ayrılan yere **(puanları ilgili kutucuğa)** işaretleyin. Cevaplarınızı verirken aşağıdaki puanları kullanın.

		Çok az veya Hiç	Biraz	Ortalama	Oldukça	Çok fazla
1.	İlgili					
2.	Sıkıntılı					
3.	Heyecanlı					
4.	Mutsuz					
5.	Güçlü					
6.	Suçlu					
7.	Ürkmüş					
8.	Düşmanca					
9.	Hevesli					
10.	Gururlu					
11.	Asabi					
12.	Uyanık (dikkati açık)					
13.	Utanmış					
14.	İlhamlı (yaratıcı düşüncelerle dolu )					
15.	Sinirli					
16.	Kararlı					
17.	Dikkatli					
18.	Tedirgin					
19.	Aktif					
20.	Korkmuş					

## (YIYE-II)

**Önemli Not:** Ölçek maddelerinin bazılarında “yakın olmak” veya “yakınlaşmak” ifadeleri geçmektedir. Bu ifadelerle kastedilen partnerinizle duygusal yakınlık kurmak, düşüncelerinizi veya başınızdan geçenleri partnerinize açmak, partnerinize sarılmak ve benzeri davranışlardır. İlgili maddeler bu tanıma göre cevaplandırılır.

**Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir.** *Bu araştırmada sizin ilişkinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğuyla ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilmektedir. Eğer halihazırda bir romantik ilişki içerisinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılardaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.*

	1	2	3	4	5	6	7
1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.							
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.							
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.							
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissederim.							
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılırım.							
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.							
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsemiğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.							
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.							
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.							
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.							



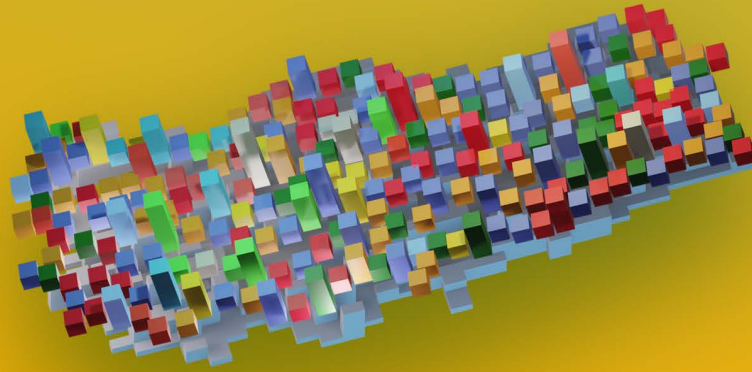
	1	2	3	4	5	6	7
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.							
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.							
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.							
14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.							
15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.							
16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.							
17. Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pek endişe duymam.							
18. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.							
19. Romantik ilişkide olduğum kişi kendimden şüphe etmeme neden olur.							
20. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.							
21. Terk edilmekten pek korkmam.							
22. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir							
23. Birlikte olduğum kişinin, bana benim istediğim kadar yakınlaşmak istemediğini düşünürüm.							
24. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.							
25. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler							
26. Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.							
27. Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.							
28. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissederim.							

	1	2	3	4	5	6	7
29. Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıkça, “gerçek ben”den hoşlanmayacağından korkarım.							
30. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.							
31. Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkelenendir.							
32. Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.							
33. Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım.							
34. Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.							
35. Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda önemser.							
36. Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.							

## TÜRKİYE BAĞIMLILIK RİSK PROFİLİ VE RUH SAĞLIĞI HARİTASI (TURBAHAR) SONUÇ RAPORU

Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı akademisyen ve öğrencileri büyük bir projeyi başarı ile tamamladılar. Türkiye'nin ruh sağlığı politikalarını belirleyenlerin elini çok kolaylaştıracak bu çalışma, nerede olduğumuzu bize gösterdi. Sahada çalışan 125 Klinik Psikoloji Lisansüstü öğrencisi ile 24 bini aşkın kişi üzerinde Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası (TURBAHAR) çalışması bitirildikten sonra, 2019 yılı Şubat ayında proje çıktısı sunumu da gerçekleştirildi.

Toplumda gerek bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımının, gerekse kişinin işlevselliğinde ve çevresi ile ilişkilerinde bozulmaya yol açan davranışsal bağımlılıkların yayılmasının önlenmesi çalışmaları oldukça önemlidir. Böylelikle bu maddelerin ve davranışların yarattığı bireysel ve toplumsal sorunlar en aza indirilebilecektir. Bu saha araştırması ülkemizde bağımlılıklar alanında şu ana kadar yapılmış en geniş araştırmadır. Araştırma sonuçları dikkat çekicidir ve bağımlılıklar için coğrafi bölgesel farklılıklara dikkat çekmektedir. Eş zamanlı toplanan ruhsal durum değişkenlerine ait bilgiler ise, kimyasal ve davranışsal bağımlılıkların psikolojik risk etmenleri ile ilgili değerli bilgiler sunmaktadır. Bağımlılıklar ortaya çıktıktan sonra, bozukluğun doğası gereği tedavisi güç olabilmektedir. Uygulanan farmakolojik ve psikoterapötik tedavi yaklaşımlarının maliyetleri de, bağımlılığın bireysel ve toplumsal yıkımı nedeniyle oluşan etki maliyeti de oldukça yüksektir. Ne yazık ki bağımlılık tedavileri sonrasında nüks oranları da yüksektir. Bu araştırmada ortaya çıkarılan kimyasal ve davranışsal bağımlılık risk profili, gerek bağımlılıkların önlenmesi, gerekse nüksün azaltılması konusunda yardımcı olacak sosyopsikolojik desteğin hangi alanlarda ve hangi bölgelerde yapılması gerektiği konusunda önemli bilgiler sunmaktadır.



ÜSKÜDAR  
ÜNİVERSİTESİ  
YAYINLARI - 21

ISBN 978-605-9596-21-3



Bu kitap çevreci kağıtla hazırlanmıştır.