

GÜNCEL BAĞIMLILIK ARAŞTIRMALARI DERGİSİ EDITÖR KURULU

CURRENT ADDICTION RESEARCH EDITORIAL BOARD

İmtiyaz Sahibi / Owner

Üsküdar Üniversitesi adına Furkan Tarhan

Onursal Yayın Yönetmeni / Honorary Editor

Prof. Dr. Nevzat Tarhan

Yayın Yönetmeni / Editor in Chief

Prof. Dr. Nesrin Dilbaz

Yardımcı Yayın Yönetmenleri/Associate Editors

Prof. Dr. Gül Eryılmaz
Doç. Dr. Cemal Onur Noyan
Doç. Dr. Aslı Enez Darçın
Dr. Öğr. Üyesi Alptekin Çetin

Danışman Editör/Advising Editors

Prof. Dr. Orhan Doğan
Prof. Dr. Tayfun Uzbay

İstatistik Editörü/Editor for Statistics

Doç. Dr. Asil Özdoğru

Dil Editörleri / Linguistic Editors

Doç. Dr. Ulaş Çamsarı
Uzm. Klinik Psikolog Saadet Merih Çengel

Editör Yardımcısı / Assistant Editor

Ceyda Şişman

Yayın ve Danışma Kurulu

Editorial and Advisory Board

Bağımlılık Psikiyatrisi

Prof. Dr. Umut Mert Aksoy
Prof. Dr. Yıldız Akvardar
Prof. Dr. Ender Altıntoprak
Prof. Dr. Zehra Arıkan
Prof. Dr. Rüstem Aşkın
Prof. Dr. Yıldırım Beyatlı Doğan
Prof. Dr. Serdar Dursun
Prof. Dr. Ali Saffet Gönül
Prof. Dr. Gülcan Güleç
Prof. Dr. Ayhan Kalyoncu
Prof. Dr. Figen Karadağ
Prof. Dr. Sermin Kesebir
Prof. Dr. Murat Kuloğlu
Prof. Dr. Kültegin Ögel
Prof. Dr. Ferhunde Öktem
Prof. Dr. Tahir Tellioglu
Prof. Dr. Berna Uluğ
Prof. Dr. Erdal Vardar
Prof. Dr. Zeki Yüncü
Prof. Dr. Yavuz Ayhan
Prof. Dr. Rabia Bilici
Prof. Dr. Ebru Çakıcı
Prof. Dr. Mehmet Çakıcı
Prof. Dr. Cüneyt Evren
Prof. Dr. Elif Mutlu
Doç. Dr. Merih Altıntaş
Doç. Dr. Yeşim Can
Doç. Dr. Cenk Tek
Dr. Öğr. Üyesi Yasin Genç
Dr. Öğr. Üyesi Aziz Mehmet Gökbakan
Uz. Dr. Aykut Özden
Uz. Dr. Fagan Zakirov

Genel Psikiyatri

Prof. Dr. Tamer Aker
Prof. Dr. Cengiz Akkaya
Prof. Dr. Tunç Alkın
Prof. Dr. Ömer Aydemir
Prof. Dr. Sunar Birsöz

Teknik Servis

IT

Hakan Özdemir

Periyot

Period

Current Addiction Research yılda 2 kez yayınlanır. / Current Addiction Research is published twice a year.

İletişim Adresi

Contact Address

Üsküdar Üniversitesi Altunizade Mh. Üniversite Sk. No:14 PK: 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56
car@uskudar.edu.tr / www.currentaddiction.org / www.uskudar.edu.tr

Grafik Uygulama

Graphic Application

Bülent Tellan

Basım

Printing Office

Armoni Nuans Görsel Sant. ve İltiş. Hiz. San. ve Tic. A.Ş.
Tavukçuyolu Cad. Palas Sok. No: 3, Yukarı Dudullu / Ümraniye / İstanbul, Tel: 0216 540 36 11

Prof. Dr. M. Emin Ceylan
Prof. Dr. Birgül Cumurcu
Prof. Dr. Mesut Çetin
Prof. Dr. Aslıhan Dönmez
Prof. Dr. Hüsnü Erkmez
Prof. Dr. Ertuğrul Eşel
Prof. Dr. Erol Göka
Prof. Dr. Hatice Güz
Prof. Dr. Çiçek Hocaoglu
Prof. Dr. Erdal Işık
Prof. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu
Prof. Dr. İsmet Kirpınar
Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu
Prof. Dr. Sedat Özkan
Prof. Dr. Mine Özmen
Prof. Dr. Nahit Özmenler
Prof. Dr. Şebnem Parıldar
Prof. Dr. Mert Savrun
Prof. Dr. Gökben Hızlı Sayar
Prof. Dr. Kemal Sayar
Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur
Prof. Dr. Lut Tamam
Prof. Dr. Hakan Türkçapar
Prof. Dr. Özcan Uzun
Prof. Dr. Süheyla Ünal
Prof. Dr. Baybars Veznedaroğlu
Prof. Dr. Kemal Yazıcı
Prof. Dr. Mehmet Ak
Prof. Dr. Çiğdem Aydemir
Prof. Dr. Cumhuriyet Taş
Doç. Dr. Habib Erensoy
Doç. Dr. Işıl Göğceğöz
Doç. Dr. Nesrin Karamustafaloğlu
Doç. Dr. Dost Ongür
Doç. Dr. Eylem Özten

Nöroloji

Prof. Dr. Barış Metin
Prof. Dr. Ersin Tan
Prof. Dr. Oğuz Tanrıdağ

Prof. Dr. Esen Saka Topçuoğlu
Prof. Dr. Mehmet Akif Topçuoğlu
Uz. Dr. Celal Şalçini

Genetik

Prof. Dr. Muhsin Konuk
Prof. Dr. Korkut Ulucan

Adli Tıp

Prof. Dr. Sevil Atasoy
Prof. Dr. İbrahim Balcıoğlu
Prof. Dr. Gökhan Oral
Prof. Dr. Hüseyin Ünlü
Prof. Dr. Neylan Ziyalar

Toksikoloji

Prof. Dr. Serap Annette Akgür
Uzm. Ecz. Selma Özilhan

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi

Prof. Dr. Emine Zinnur Kılıç
Prof. Dr. Bengi Semerci
Prof. Dr. Yankı Yazgan
Prof. Dr. Özgür Yorubik

Psikoloji

Uzm. Klinik Psikolog Simge Alevsavaşanlar
Uzm. Klinik Psikolog Aslı Başabak
Uzm. Klinik Psikolog Çağrı Akyol Çevirir
Uzm. Klinik Psikolog Sedef Koç
Uzm. Klinik Psikolog Güler Güz
Uzm. Klinik Psikolog Cumali Aydın

Sağlık Bakanlığı

Hüseyin Çelik
Yusuf Öztürk
Uz. Dr. Esra Alataş
Dr. Mustafa Kemal Çetin
Dr. Sertaç Polat
Dr. Emre Yatman



ÜSBAUMER

Bağımlılık

Uygulama ve Araştırma Merkezi

İÇİNDEKİLER

EDİTÖR KURULU	1
EDİTÖRDEN	3
ALKOL VE MADDE BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE TRAVMATİK YAŞANTILAR İLE BAĞIMLILIK ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ	5
IMPLEMENTATION OF NICOTINE REPLACEMENT THERAPY IN PATIENTS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS ISOLATED IN A COVID-19 SPECIFIC ACUTE PSYCHIATRIC WARD	13
KUMAR DYNAMAMA BOZUKLUĞU	20
PSYCHOLOGY-RELATED FACTORS OF INTERNET ADDICTION: LITERATURE REVIEW	28
TÜTÜN KULLANIMI İLE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ	34
ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI İLE İLGİLİ İNANIŞLAR ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE UYARLAMASI, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI	45
YAZARLARA BİLGİ	52

EDİTÖRDEN

Değerli okuyucularımız,

Current Addiction Research/Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergimizin yeni sayısında sizlerle birlikte olmaktan mutluluk duyuyoruz. Deneyimli klinisyenlerin bağımlılıkla ilgili deneyim ve değerlendirmelerini paylaşımların ön planda olduğu dergimizin sayısını bağımlılık alanında ölçek uyarlaması, nikotin tedavisi, alkol ve madde kullanımında travma, psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü, bağımlılık şiddeti ve davranışsal bağımlılıklarda internet ve kumar bağımlılığı oluşturmaktadır. Gelecek sayılarımız için sizlerin de çalışmalarınızı beklemekteyiz.

Gelecek sayılarımızda da bilimsel birikimlerimizi hep beraber paylaşmak dileğiyle

Prof. Dr. Nesrin Dilbaz



NP Medical Center
FENERYOLU - ETİLER

CHOOSE HEALTH

NP FENERYOLU MEDICAL CENTER

Adult Psychiatry Polyclinic
Child and Adolescent Psychiatry Polyclinic
Speech and Language Therapy Polyclinic
Child and Adolescent Development & Autism Center

NP ETİLER MEDICAL CENTER

Adult Psychiatry Polyclinic
Child and Adolescent Psychiatry Polyclinic



Feneryolu Medical Center Tel: +90 216 418 15 00
Etiler Medical Center Tel: +90 212 270 12 92

www.nptipmerkezi.com

[f](#) [@](#) [t](#) nptipmerkezi [v](#) NPİSTANBULBeyinHastanesi

ALKOL VE MADDE BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE TRAVMATİK YAŞANTILAR İLE BAĞIMLILIK ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Özge Nur Kutluer¹, Ceylan Ergül Arslan²

¹ Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans Programı • Orcid: 0000-0002-6056-7397

² NİSTANBUL Beyin Hastanesi, Tıp Fakültesi, Üsküdar Üniversitesi • Orcid: 0000-0001-6635-5195

Yazışma Adresi/Correspondence: Özge Nur Kutluer

Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans Programı

e-posta: kutluerozge@gmail.com

DOI: 10.32739/car.2024.8.1.221

Alkol ve Madde Bozukluğu Olan Bireylerde Travmatik Yaşantılar İle Bağımlılık Şiddeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Investigation Of The Association Between Traumatic Experiences and Severity Of Addiction In Individuals With Alcohol And Substance Use Disorders

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerin yaşadıkları travmatik olayların bağımlılık şiddetine etkisini araştırmak amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırmanın katılımcılarını madde kullanım bozukluğu tedavisi için NİSTANBUL Beyin Hastanesi Amatem servisine başvuran 50 kişi oluşturmaktadır. Bu 50 katılımcının 47'si erkek ve 3'ü kadındır. Araştırma verileri anket katılımcılara verilen ölçekler aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcılara, bağımlılık şiddetini ölçmek için Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), travmatik yaşantılarını ölçmek için Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmada anlamlılık düzeyi 0.05 ve 0.001 düzeyinde alınmıştır. Katılımcıların travmatik yaşantılar puanları ile bağımlılık indeksi toplam puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmada elde edilen bulgulara göre, erkek katılımcılarda bağımlılık indeksi tanı alt boyutu puanları kadın katılımcılara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının nöral yapı ve işlevi bozarak bireyleri bilişsel eksikliklere ve madde bağımlılığı da dahil olmak üzere psikiyatrik hastalıklara karşı daha duyarlı hale getirdiği gösterilmiştir. Bu nedenle, madde bağımlılığı ile ilişkili olarak çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin geçmişini değerlendirmek ve dikkate almak önemlidir. Elde edilen sonuçlar, bağımlılık tedavisine yönelik geliştirilecek uygulamalara ve gelecekte yapılacak araştırmalara katkı sunabilecek ölçüde travmatik yaşantıların bağımlılıklarda önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: alkol, bağımlılık, madde, travma, travmatik yaşantılar

ABSTRACT

Objective: In this study, it was planned to investigate the effect of traumatic events experienced by individuals diagnosed with alcohol and substance use disorder on the severity of addiction.

Method: The participants of this study are 50 people who applied to NİSTANBUL Brain Hospital Amatem service for the treatment of substance use disorder. Of these 50 participants, 47 are men and 3 are women. The research data were collected through the scales given to the survey participants. The Addiction Profile Index (BAPİ) was applied to the participants to measure the severity of addiction, and the Traumatic Experiences Scale (TEC) was applied to measure their traumatic experiences.

Results: In the study, the level of significance was taken as 0.05 and 0.001. A moderately significant positive correlation was found between the participants' traumatic experiences scores and their total addiction index scores.

Conclusion: According to the findings obtained in the study, the addiction index diagnosis sub-dimension scores were higher in male participants compared to female participants. It has been shown that childhood traumas impair neural structure and function, making individuals more susceptible to cognitive deficits and psychiatric diseases, including substance abuse (18). Therefore, it is important to evaluate and consider the history of childhood traumatic experiences in relation to substance abuse. The results obtained emphasize the importance of traumatic experiences in addictions to a degree that can contribute to the applications to be developed for addiction treatment and to future research.

Keywords: addiction, alcohol, substance, trauma, traumatic experiences

GİRİŞ

Bireyin kullandığı maddeyi defalarca bırakma girişiminde bulunması ancak bırakamaması, gün geçtikçe miktarını arttırması, bıraktığında ise yoksunluk belirtilerinin baş göstermesi, zararlarını bilmesine ve görmesine rağmen kullanmaya devam etmesi, vaktinin çoğunu maddeyi temin etmeye çalışarak geçirmesi ve bunlarla birlikte sosyal, fiziksel ve psikolojik fonksiyonlarında bozulma görülmesi bağımlılık olarak tanımlanmaktadır (1). Madde kullanımının yaşı, zaman geçtikçe düşmekte ve giderek daha büyük bir toplumsal sorun haline gelmektedir. Bu kullanım artık bağımlılık derecesine geldikten sonra kişinin maddeyi hayatında ilk sıraya koyduğu ve yaşamındaki birçok şeyden vazgeçerek çoğu şeyi geri plana attığı görülmektedir (2). Madde bağımlılığı, kullanan kişinin sosyal sıkıntıları yaşaması nedeniyle zamanla toplumu ilgilendiren ve tehdit eden bir sorun haline gelmekte. Kişinin madde bulmak amacıyla suç işlemesi, yasa dışı davranışlar nedeniyle yasal sıkıntılar yaşaması bunlara verilebilecek örneklerden biridir (1). Madde kullanımında dereceli geçişler olduğu gibi birlikte kullanımları da görülmektedir. Tütün ürünleri günümüzde yaygın olarak kullanılmakta ve diğer maddelere ise geçiş görevi gördüğü düşünülmektedir (3). Birey ruhsal olarak kendini iyi hissetmediği bir durumla karşılaştığında bu durumla baş edebilmek için madde arayışına girmekte ve bu rahatlamaya madde kullanımı ile ulaşmaktadır (4). Bağımlı olan kişiler riskli bir durumla karşılaştıklarında durumla baş edebilmek için bir çözüm geliştirmediklerinde kendilerine olan güvenlerinde bir azalma söz konusu olmaktadır. Kendilerine olan güven duygusunun azalması halinde madde kullanımının tekrar etmesi de giderek olası bir hal almaktadır (5). Kişinin hem bireysel yaşantısını etkilediği için hem de toplumsal bir sorun haline geldiği için madde bağımlılığına neden olan sebeplerin belirlenmesi oldukça önemlidir. Bu nedenlerden olduğu tahmin edilen konulardan biri travmatik yaşam deneyimleridir.

Bir anda gelişen ve kontrol edemediğimiz negatif yaşam olayları travma olarak adlandırılmaktadır. Kişiler yaşanan olay sonucunda uzun süre olayın etkisinde kalmakta ve korku, çaresizlik gibi duygular ortaya çıkmaktadır. Duyguları yoğun öfke nedeniyle var olan hal ve gidişata karşı olumsuz bir bakış açısı geliştirmekte ve devam eden bir tehlike varmış gibi yüksek tepkiler verebilmektedirler (6). Travma, bireysel travma ve toplumsal travma olarak da ele alınmaktadır. Aile içinde yaşanan şiddet ve istismar, tecavüz, istem dışı hamilelik, kaçırılma/tutsak edilme, ani kayıplar, yaralanma ve hastalık gibi olaylar bireysel travmalara örnek gösterilebilir (7). Toplumun alakadar eden ve herkesi etkileyen doğal afet, savaş, bulaşıcı hastalıklar, zorunlu göç gibi olaylar ise toplumsal travmaya neden olabilmektedir. Bu durumlara şahit olan herkesi etkileyebilmektedir (8). Yetişkinler tarafından çocuğun gelişimine zarar veren, toplum tarafından kabul edilmeyen ve doğru olmadığı bilinen davranışlar ihmal ve istismar olarak kabul edilmektedir (9). İhmal ve istismar türleri fiziksel

istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olarak ele alınmaktadır.

Fiziksel İstismar: 18 yaşından küçük bireylerin akım vereni ya da ebeveynleri tarafından sağlığına zarar verecek şekilde fiziksel zarar verilmesi, yaralanması ya da yaralanma ihtimali olması fiziksel istismar olarak adlandırılabilir.

Cinsel İstismar: Cinsel istismar, çocuğun ne yaşadığını henüz kavrayamadığı, psikolojik, zihinsel ve fiziksel olarak henüz bir olgunluğa erişmemiş aynı zamanda rıza verme ve kabul etme becerisinin de olmadığı suç olarak kabul edilen cinselliğin zorlanması durumudur (10).

Duygusal İstismar: Bakım verenler tarafından çocuğun duygusal gereksinimlerinin karşılanmaması ve çocuğa devamlı olarak tekrar eden, yersiz ve anlamsız tepkiler verme davranışları duygusal istismardır (11).

Fiziksel İhmal: Fiziksel ihmale örnek olarak; var olan imkanların çocuk için kullanılmaması ve bu imkanlardan çocuğun mahrum bırakılması verilebilir (12).

Duygusal İhmal: Ebeveynlerin, çocukların ihtiyacı olan ilgiyi, sevgiyi, şefkati ve korunmayı gerekli düzeyde çocuklarına verememesi ya da vermemesi duygusal ihmaldir. Duygusal ihmal yaşayan çocukların sık sık hastalandığı, yaralandığı, zehirlendiği ve bunun sonucunda yine ebeveynlerin çocuğa karşı bir ihmalinin söz konusu olduğu gözlenmektedir (13).

YÖNTEM

Örneklem

Bu araştırma Özel NPİSTANBUL Beyin Hastanesi Amentem yataklı servisinde tedavi görmekte olan 18-65 yaş arası alkol ya da madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireyler üzerinde yapılmıştır. Anketler yüz yüze uygulanmış ve katılımcılar ölçekleri kendileri yanıtlamıştır. Araştırmaya mental retardasyon, bipolar, psikoz, şizofreni gibi eş tanısı bulunan hastalar dahil edilmemiştir. Araştırmanın örneklemini anket çalışmasına katılım sağlayan 50 kişi oluşturmaktadır. Bu 50 kişinin 47'si erkek ve 3'ü kadındır.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada bağımlılık şiddetini belirlemek için 'Bağımlılık Profil İndeksi' (BAPİ), travmatik yaşantılarını ölçmek için 'Travmatik Yaşantılar Ölçeği' (TYÖ) ve katılımcılara dair bilgiler için araştırmacı tarafından oluşturulan 'Sosyodemografik Bilgi Formu' kullanılmıştır.

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ): Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) bağımlılığın farklı boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla Ögel, Evren, Karadağ ve Gürol (2012) tarafından geliştirilmiş 37 soruluk bir ölçektir. Ölçeğin birinci alt ölçeği olan kısımda hastaların hangi maddeleri kullandığı ve bu maddeleri hangi sıklıkta kullandıkları ölçülmekte ve puanlanmaktadır. Madde kullanım çeşitliliği arttıkça puan artmaktadır. Bu alt ölçek 12 sorudan oluşmaktadır. İkinci alt ölçekte

ise bağımlılık tanı ölçütleri DSM ve ICD tanı kriterlerine göre tasarlanmıştır ve bu bağlamda değerlendirilip puanlanmaktadır. Bu alt ölçek 8 sorudan oluşmaktadır. Üçüncü alt ölçekte bağımlı bireyin madde kullanımının yaşamını nasıl etkilediği; iş, okul, sosyal çevre, yasal sorunlar, ekonomi gibi alanlara olan etkisini ve bunlar neticesinde ailesi ve çevresindeki insanlarla olan ilişkisinin ne derecede etkilendiğini ölçmektedir. Bu alt ölçek 10 sorudan oluşmaktadır. Dördüncü alt ölçek kişinin maddeyi kullanma isteği şiddetini (craving) ölçmektedir. Bu alt ölçek 4 sorudan oluşmaktadır. Son olarak beşinci alt ölçek ise kişinin tedavi olma ve maddeyi bırakmaya olan motivasyonunu ölçmektedir. Bu ölçek ise 3 soru içermektedir. Ölçek sonucunda 12 puan ve altı düşük şiddetli bağımlılık, 12-14 puan orta şiddetli bağımlılık ve 14 puan üstü ise yüksek şiddetli bağımlılık olarak belirtilmektedir (14).

Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ): Travmatik Yaşantılar Ölçeği Nijenhuis ve arkadaşları tarafından 2002'de geliştirilmiştir. Ölçeğin Vedat Şar tarafından 2002 yılında Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. 29 tip travmatik olayı içeren ölçek katılımcıların kendi yanıtladığı bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekte, yaşanan travmatik olay yaşandığında hangi yaş grubunda olduğu ve bu olaydan ne derecede etkilendiğine dair 1-5 arasında puan verilmektedir. Ölçekte ifade edilen travmatik olay yaşanmadıysa 0 puan, yaşandıysa 1 puan verilmektedir. Ölçeğin toplam puan aralığı 0-29 arasındadır.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Örneklem grubunda yer alan katılımcılara ait bilgiler sosyodemografik bilgi formuyla elde edilmiştir. Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu ve meslek gibi sosyodemografik bilgilerine ulaşmak amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

BÜLGULAR

Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcıların sosyodemografik değişkenlerinin Frekans dağılımları Tablo 1'de verilmiştir:

Tablo 1. Örneklem tanımlayıcı özellikleri

Sosyodemografik Değişkenler	Gruplar	f	%	Yaş ($\bar{x} \pm ss$)
Cinsiyet	Erkek	47	94,0	29.81±6.88
	Kadın	3	6,0	26.00±8.54
Eğitim düzeyi	İlköğretim	6	12,0	
	Lise	22	44,0	
	Üniversite	22	44,0	
Çalışma durumu	Evet	40	80,0	
	Hayır	10	20,0	
Medeni durum	Evli	17	34,0	
	Bekâr	33	66,0	
	Toplam	50	100,0	

Tablo 1'de frekans dağılımları incelendiğinde, 50 kişilik

örneklemde 47 kişi erkek ve 3 kişi kadındır. Erkeklerin yaş ortalaması 29.81 ($ss=6.88$) ve kadınların yaş ortalaması 26.00 ($ss=8.54$)'dır. Eğitim düzeyine göre ilköğretim mezunu olan 6 kişi (%12), lise mezunu olan 22 kişi (%44) ve üniversite mezunu olan 22 kişi (%44) bulunmaktadır. Çalışan katılımcı 40 kişi (%80) ve çalışmayan 10 kişi (%20) bulunmaktadır. Evli katılımcı sayısı 17 (%34) ve bekar katılımcı sayısı 33 (%66)'tür.

Tablo 2. Ölçek puanlarının tanımlayıcı özellikleri

Değişkenler	N	\bar{X}	ss	Çarpıklık	Basıklık
BAPİ Madde kullanım özellikleri	50	.52	.975	1.837	1.988
BAPİ Tanı	50	22.62	4.848	.055	-.922
BAPİ Yaşam üstüne etkileri	50	18.28	7.287	-.128	-.697
BAPİ Şiddetli istek	50	7.24	3.967	-.014	-.547
BAPİ Motivasyon	50	9.58	2.459	-1.525	3.603
BAPİ toplam	50	10.89	4.348	-.453	-1.257
Travmatik yaşantılar ölçeği (TYÖ) toplam	50	13.96	10.598	.927	.471

Tablo 2'de katılımcıların ölçek puanlarının betimsel istatistikleri verilmiştir. Normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi için alt boyut ve toplam puanların çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Dağılıma ilişkin sonuçlara göre, dağılımın normallığe uygun +1.5 ile -1.5 arasında olduğu, yalnızca BAPİ motivasyon alt boyutunun basıklık değerinin +3.5 olduğu görülmüştür. Bu duruma ilişkin, ilgili literatür incelendiğinde basıklık değerinin üst sınırını ± 7 olarak ele alan çalışmaların olduğu görülmektedir.

(Bollen, 1998: 266–. 267).

Korelasyon Bulguları

Katılımcıların bağımlılık şiddeti ve travmatik yaşantılar puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Pearson Korelasyonu uygulanmıştır. Analizin sonuçları Tablo 3'te verilmiştir:

Tablo 3. Travmatik yaşantılar ve BAPİ skorları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyonu Bulguları

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7
Travmatik yaşantılar ölçeği (TYÖ) toplam	1						
BAPİ Madde kullanım özellikleri	.232	1					
BAPİ Tanı	-.087	.186	1				
BAPİ Yaşam üstüne etkileri	.064	.140	.848**	1			
BAPİ Şiddetli istek	.170	.213	.596**	.584**	1		
BAPİ Motivasyon	.120	.189	.431**	.356*	.502**	1	
BAPİ toplam	.378**	.148	.255	.436**	.175	.302*	1

**p<0.001

*p<0.05

Tablo 3'teki bulgulara göre, katılımcıların Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) puanları ile BAPİ toplam puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı ilişki saptanmıştır (r=.378; p<0.01). Travmatik yaşantılar puanlarının artışı ile BAPİ toplam puanlarının artışı doğrusal bulunmuştur. BAPİ alt boyutları ile toplam puan arasındaki ilişki incelendiğinde ise BAPİ toplam puanı ile BAPİ tanı (r=.436; p<0.01) ve BAPİ motivasyon (r=.302; p<0.01) arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı ilişki saptanmıştır.

Karşılaştırma Bulguları

Sosyodemografik değişkenler bakımından bağımlılık şiddeti ve travmatik yaşantı sıklığı puanlarının karşılaştırılması için, örneklem sayısı sebebiyle parametrik olmayan ölçümler tercih edilmiştir. İkili grupların (cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu) karşılaştırılması için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. İki'den fazla grup içeren eğitim düzeyi değişkeniyle yapılan karşılaştırmalar için Kruskal Wallis Homojenlik Testi uygulanmıştır. Araştırmada anlamlılık düzeyi 0.05 ve 0.001 düzeyinde alınmıştır.

Tablo 4. Cinsiyet değişkeni bakımından BAPİ ve Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) skorlarının karşılaştırılmasına yönelik Mann Whitney U testi bulguları

Değişkenler	Cinsiyet	N	Sıra X̄	Sıralar Toplamı	z	p
BAPİ Madde kullanım özellikleri	Erkek	47	26.07	1225.50		
	Kadın	3	16.50	49.50	-1.284	.199
	Toplam	50				
BAPİ Tanı	Erkek	47	26.47	1244.00		
	Kadın	3	10.33	31.00	-1.861	.063
	Toplam	50				
BAPİ Yaşam üstüne etkileri	Erkek	47	26.56	1248.50		
	Kadın	3	8.83	26.50	-2.046	.041*
	Toplam	50				
BAPİ Şiddetli istek	Erkek	47	26.73	1256.50		
	Kadın	3	6.17	18.50	-2.378	.017*
	Toplam	50				
BAPİ Motivasyon	Erkek	47	26.55	1248.00		
	Kadın	3	9.00	27.00	-2.063	.039*
	Toplam	50				
BAPİ toplam	Erkek	47	26.48	1244.50		
	Kadın	3	10.17	30.50	-1.891	.059
	Toplam	50				
Travmatik yaşantılar ölçeği (TYÖ) toplam	Erkek	47	25.78	1211.50		
	Kadın	3	21.17	63.50	-.532	.595
	Toplam	50				

**p<0.001

*p<0.01

Cinsiyet değişkeni bakımından katılımcıların BAPİ alt boyut ve toplam puanları ile Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) puanlarının karşılaştırılması için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Bulgulara göre BAPİ yaşam üstüne etkileri erkek katılımcılarda kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Z(48)=-2.046; p=.041; p<0.05). BAPİ şiddetli istek alt boyut puanı erkek katılımcılarda kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Z(48)=-2.378; p=.017; p<0.05). BAPİ motivasyon alt boyutu erkek katılımcılarda kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Z(48)=-2.063; p=.039; p<0.05). BAPİ madde kullanım özellikleri

ri, tanı, BAPİ toplam puan ve Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) toplam puanının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 5. Çalışma durumu değişkeni bakımından BAPİ ve Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) skorlarının karşılaştırılmasına yönelik Mann Whitney U testi bulguları

Değişkenler	Çalışma Durumu	N	Sıra \bar{X}	Sıralar Toplamı	z	p
BAPİ Madde kullanım özellikleri	Evli	40	25.78	1031.00		
	Bekâr	10	24.40	244.00	-.311	.756
	Toplam	50				
BAPİ Tanı	Evli	40	27.95	1118.00	-2.380	.017*
	Bekâr	10	15.70	157.00		
	Toplam	50				
BAPİ Yaşam üstüne etkileri	Evli	40	27.49	1099.50	-1.931	.053
	Bekâr	10	17.55	175.50		
	Toplam	50				
BAPİ Şiddetli istek	Evli	40	26.84	1073.50	-1.302	.193
	Bekâr	10	20.15	201.50		
	Toplam	50				
BAPİ Motivasyon	Evli	40	26.48	1059.00	-.965	.334
	Bekâr	10	21.60	216.00		
	Toplam	50				
BAPİ toplam	Evli	40	25.10	1004.00	-.391	.696
	Bekâr	10	27.10	271.00		
	Toplam	50				
Travmatik yaşantılar ölçeği (TYÖ) toplam	Evli	40	23.73	949.00	-1.724	.085
	Bekâr	10	32.60	326.00		
	Toplam	50				

** $p<0.001$

* $p<0.05$

Çalışma durumu değişkeni bakımından katılımcıların BAPİ alt boyut ve toplam puanları ile Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) puanlarının karşılaştırılması için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Bulgulara göre BAPİ tanı alt boyutu çalışan katılımcılarda çalışmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($Z(48)=-2.380$; $p=.017$; $p<0.05$). BAPİ madde kullanım özellikleri, şid-

detli istek, yaşam üzerine etkileri, motivasyon, BAPİ toplam puan ve Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) toplam puanının çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 6. Medeni durum değişkeni bakımından BAPİ ve Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) skorlarının karşılaştırılmasına yönelik Mann Whitney U testi bulguları

Değişkenler	Çalışma Durumu	N	Sıra \bar{X}	Sıralar Toplamı	z	p
BAPİ Madde kullanım özellikleri	Evli	17	24.85	422.50		
	Bekâr	33	25.83	852.50	-.262	.793
	Toplam	50				
BAPİ Tanı	Evli	17	27.97	475.50	-.861	.389
	Bekâr	33	24.23	799.50		
	Toplam	50				
BAPİ Yaşam üstüne etkileri	Evli	17	25.91	440.50	-.144	.886
	Bekâr	33	25.29	834.50		
	Toplam	50				
BAPİ Şiddetli istek	Evli	17	30.53	519.00	-1.757	.079
	Bekâr	33	22.91	756.00		
	Toplam	50				
BAPİ Motivasyon	Evli	17	30.76	523.00	-1.870	.061
	Bekâr	33	22.79	752.00		
	Toplam	50				
BAPİ toplam	Evli	17	22.21	377.50	-1.154	.248
	Bekâr	33	27.20	897.50		
	Toplam	50				
Travmatik yaşantılar ölçeği (TYÖ) toplam	Evli	17	21.50	365.50	-1.394	.163
	Bekâr	33	27.56	909.50		
	Toplam	50				

** $p<0.001$

* $p<0.05$

Medeni durum değişkeni bakımından katılımcıların BAPİ alt boyut ve toplam puanları ile Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) puanlarının karşılaştırılması için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Bulgulara göre BAPİ madde kullanım özellikleri, tanı, şiddetli istek, yaşam üzerine etkileri, motivasyon, BAPİ toplam puan ve Travmatik Ya-

şantılar Ölçeği (TYÖ) toplam puanının medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 7. Eğitim düzeyi değişkeni bakımından BAPİ ve Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) skorlarının karşılaştırılmasına yönelik Kruskal Wallis H testi bulguları

Değişkenler	Eğitim düzeyi	N	Sıra \bar{X}	χ^2	p
BAPİ Madde kullanım özellikleri	İlköğretim	6	19.33		
	Lise	22	25.25	1.988	.370
	Üniversite	22	27.43		
	Toplam	50			
BAPİ Tanı	İlköğretim	6	28.08		
	Lise	22	24.27	.374	.830
	Üniversite	22	26.02		
	Toplam	50			
BAPİ Yaşam üstüne etkileri	İlköğretim	6	31.92		
	Lise	22	25.36	1.439	.487
	Üniversite	22	23.89		
	Toplam	50			
BAPİ Şiddetli istek	İlköğretim	6	26.58		
	Lise	22	25.55	.046	.977
	Üniversite	22	25.16		
	Toplam	50			
BAPİ Motivasyon	İlköğretim	6	20.17		
	Lise	22	26.11	.953	.621
	Üniversite	22	26.34		
	Toplam	50			
BAPİ toplam	İlköğretim	6	30.42		
	Lise	22	24.23	.862	.650
	Üniversite	22	25.43		
	Toplam	50			
Travmatik yaşantılar ölçeği (TYÖ) toplam	İlköğretim	6	28.50		
	Lise	22	23.05	1.158	.561
	Üniversite	22	27.14		
	Toplam	50			

** $p<0.001$

* $p<0.05$

Eğitim düzeyi değişkeni bakımından katılımcıların BAPİ alt boyut ve toplam puanları ile Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) puanlarının karşılaştırılması için Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Bulgulara göre BAPİ madde kullanım özellikleri, tanı, şiddetli istek, yaşam üzerine etkileri, motivasyon, BAPİ toplam puan ve Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TYÖ) toplam puanının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, madde kullanım bozukluğu tanısı almış

bireylerde travmatik yaşantıların sıklığı incelenmiştir. Araştırmaya katılan 50 kişinin bağımlılık düzeyi ve travmatik yaşantılarının incelendiği çalışmada sosyodemografik değişkenler bakımından karşılaştırmalar yapılmıştır. Bununla birlikte, sosyodemografik değişkenlerle yapılan karşılaştırmaların örneklem sayısının az olması sebebiyle istatistiksel olarak manidar olmadığı tahmin edilmektedir.

Sosyodemografik değişkenlerin dağılımına göre travmatik yaşantılar ve bağımlılık şiddeti puanlarının farklılıklarının ele alındığı çalışmada, cinsiyet değişkenine göre bağımlılık şiddeti puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bununla birlikte, erkeklerde bağımlılık şiddetine işaret eden BAPİ yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek ve motivasyon alt boyutlarının puanları kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Elde edilen sonuca yönelik önemli bir kısıtlılık ise katılımcıların dağılımı ile ilgilidir. Kadın katılımcıların az oluşu karşılaştırma sonuçlarını sınırlandırmaktadır. Öte yandan, bağımlılık ile ilgili yapılan araştırmalar ve yaygınlık oranları doğrultusunda erkeklerdeki yaygınlık oranının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda, araştırmanın örnekleme yaygınlığına ilişkin temsili bir dağılım sunulmaktadır.

Travmatik olaylar ve madde kullanım bozukluğundaki (MKB) cinsiyet farklılıkları kapsamlı araştırmalara konu olmuştur. Çalışmalar, kadınların erkeklere kıyasla cinsel ve fiziksel istismar ve çocukluk çağı travmatik olay deneyimlerini bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (15,16). Bu travmatik olaylar, daha kötü madde kullanım bozukluğu tedavi sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (15).

Madde kullanım bozukluklarının yaygınlığı ve özelliklerinde cinsiyet farklılıkları da gözlemlenmiştir. Erkeklerde daha yaygın olmasıyla karakterize edilen madde kullanım bozukluğunda cinsiyet farkı daralmaktadır.

Diğer bir sosyodemografik değişken olan çalışma durumuna göre travmatik yaşantılar ve bağımlılık düzeyleri karşılaştırıldığında, BAPİ tanı alt boyutunun çalışan katılımcılarda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Elde edilen sonucun literatürle uyumlu olmadığı düşünülmektedir. Zira bağımlı olan bireylerin günlük yaşamdaki işlevselliği önemli ölçüde bozulmakta ve okul-ış gibi görev alanlarında faaliyet gösteremeyecek duruma gelebilmektedirler. Bu doğrultuda, elde edilen sonucun farklı sebeplerden kaynaklı olabileceği (örneğin çalışma durumu olduğu için ekonomik durumunun daha iyi olabileceği ve maddeye erişiminin daha yüksek olabileceği gibi) tahmin edilmektedir.

Medeni duruma göre travmatik yaşantılar ve bağımlılık şiddetinin farklılaşmasına yönelik bulgular incelendiğinde, bekar ve evli katılımcıların travmatik yaşantı sıklığı ve bağımlılık şiddeti düzeylerinde anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Öte yandan, daha önce yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçların farklı olduğu görülmektedir. Medeni durum çeşitli çalışmalarda madde kullanım bo-

zukluğu yaygınlığı ile ilişkili bulunmuştur. (17).

Korelasyon bulgular incelendiğinde, araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, travmatik yaşantıların sıklığına işaret eden yüksek TYÖ puanlarının bağımlılık şiddetinin değerlendirilmesi ve tanı için kullanılan BAPİ formunun toplam skorları ile arasında pozitif yönlü ve anlamlı korelasyon olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuç, travmatik yaşantı sıklığı arttıkça bağımlılık şiddeti artışı göstermektedir. Araştırma bulgularının daha önce bağımlılık bozuklukları konusunda yapılan araştırmalarda elde edilen bulgularla uyumluluk gösterdiği anlaşılmaktadır. Nitekim, travmatik deneyimler ve madde bağımlılığı arasındaki ilişki literatürde iyi bir şekilde ortaya konmuştur. Çok sayıda çalışma, çocukluk travması yaşamış bireylerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde madde bağımlılığı bozuklukları geliştirmeye daha yatkın olduğunu göstermiştir (18).

SONUÇ

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, araştırmada, erkek katılımcılarda bağımlılık indeksi tanı alt boyutu puanları kadın katılımcılara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Çalışan katılımcılarda bağımlılık indeksi puanları çalışmayan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Medeni durum ve eğitim düzeyi değişkenleri bakımından travmatik yaşantılar ve bağımlılık indeksi puanlarının anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Katılımcıların travmatik yaşantılar puanları ile bağımlılık indeksi toplam puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Madde kullanımının mağduriyete ve travmatik deneyimlere davetiye çıkarabileceğini ve bireylerin travmayla ilişkili olumsuzluklarla başa çıkma mekanizması olarak madde kullanabileceklerini gösteren kanıtlar vardır (19). Travma ve madde bağımlılığı arasındaki karşılıklı ilişkiyi araştırmak, etkileşimlerini kapsamlı bir şekilde anlamak için çok önemlidir. Farklı travmatik olay türlerinin madde bağımlılığı üzerinde farklı etkileri olabilir. Sonuç olarak, travmatik deneyimler ve madde bağımlılığı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma için öneriler arasında çocukluk çağı travmasının etkisinin dikkate alınması, travma ve madde bağımlılığı arasındaki çift yönlü ilişkinin araştırılması, belirli travmatik olayların rolünün incelenmesi, cinsiyet farklılıklarının ele alınması, entegre bakım sağlanması, başa çıkma stratejilerinin ve bilişsel tepkilerin araştırılması ve travmaya duyarlı bir yaklaşımın benimsenmesi yer almaktadır. Bu tavsiyeler, atıfta bulunan çalışmalardan elde edilen bulgulara ve içgörülere dayanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Başar MR, Aktaş S, Aydemir İ. Madde Bağımlı Bireylerin Ailelerinin Karşılaştıkları Psiko-Sosyal Ekonomik Güçlükler ile Sosyal Dışlanma Algılarının Sosyal Hizmet Perspektifinden İncelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 2022; 38-39.

2. Seyfeli EB, Şener Ö. Yetişkinlerde Madde Bağımlılığı ile Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişki. *Bağımlılık Dergisi*, 2022; 474.
3. Nebioğlu M, Yalnız H, Güven FM, Geçici Ö. Opiyat Bağımlılarında Diğer Maddelerin Kullanımı ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013;35-36.
4. Aktaş F. (2019). Madde kullanımı geçmişli olan erkeklerde emosyonel şemalar ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi: bir kontrollü çalışma.
5. Doğruer Z, Türkçapar MH, İnce A. Alkol Bağımlılığında Relaps. *Klinik Psikiyatri*, 2022; 43-45.
6. Teke E, Avşaroğlu S. Türkiye'de Travma Sonrası Stres ve Büyüme Konusunda Gerçekleştirilmiş Olan Çalışmaların İncelenmesi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 2021; 6982.
7. Anonymous. (tarih yok). *Travma*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık Birimi.
8. Şentürk E. (2022, 11 5). *Travma Türleri : Akut, Kronik, Toplumsal ve Fazlası*. psikolojarsiv: <https://www.psikolojarsiv.com/travma-turleri-akut-kronik-toplumsal/> adresinden alındı
9. Yıldırım Sarı H, Ardahan E, Özgüven Öztornacı B. (2016, Ekim 10). Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Son 10 Yılda Yapılan Sistemik Derlemeler. s. 502.
10. Yanar G, Buz S. Cinsel İstismara Maruz Kalan Çocukların Sosyo-Demografik ve Ekonomik Özelliklerinin Travmatik Strese Etkisi. *Toplum ve Hizmet*, 2023; 581.
11. Kaytez N, Kadan G, Yüceliyiğit S. Çocuğa Yönelik İstismar ve Çözüm Önerileri. *Eurasian Journal of Health Sciences*, 2018; 19.
12. Pelendecioglu B, Bulut S. Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. *İzzet Bysal Üniversitesi Dergisi*, 2009;51.
13. Aktay M. İstismar ve İhmalin Çocuk Üzerindeki Etkileri ve Tedavisi. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*, 2020; 175-176.
14. Ögel K, Evren C, Karadağ F, Tamar Gürol D. Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*, 2012; 2.
15. Ibañez G, Sanchez M, Villalba K, Amaro H. Acting With Awareness Moderates the Association Between Lifetime Exposure To Interpersonal Traumatic Events And Craving Via Trauma Symptoms: A Moderated Indirect Effects Model. *BMC Psychiatry*, 2022; 1(22).

16. Craig J, Zettler H, Wolff, K, Baglivio M. Considering the Mediating Effects Of Drug And Alcohol Use, Mental Health, And Their Co-occurrence On The Adverse Childhood Experiences–recidivism Relationship. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 2018; 3(17), 219-240.
17. Scott K, Wells J, Angermeyer M, Brugha T, Bromet E, Demyttenaere K, ... & Kessler R. Gender and The Relationship Between Marital Status And First Onset Of Mood, Anxiety And Substance Use Disorders. *Psychology and Medicine*, 2009; 9(40), 1495-1505.
18. Khoury B, Tang Y, Bradley B, Cubells J, Ressler K. Substance Use, Childhood Traumatic Experience, and Posttraumatic Stress Disorder In An Urban Civilian Population. *Depression and Anxiety*, 2010; 12(27), 1077-1086.
19. Benda B. Survival Analyses Of Social Support and Trauma Among Homeless Male And Female Veterans Who Abuse Substances. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2006; 1(76), 70-79.

IMPLEMENTATION OF NICOTINE REPLACEMENT THERAPY IN PATIENTS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS ISOLATED IN A COVID-19 SPECIFIC ACUTE PSYCHIATRIC WARD

Mine Ergelen¹, Didem Beşikçi Keleş², Murat Yalçın³, Melike Yerebakan Tüzer⁴, Tuba Ücek Baş⁵, Ekin Sönmez Güngör⁶, Davut Genç⁷, Merve Metin⁸, Aslı Kayacan⁹

¹ University of Health Sciences, Erenköy Mental Health and Nervous Diseases Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey • Orcid: 0000-0001-6022-3714

² University of Health Sciences, Erenköy Mental Health and Nervous Diseases Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey • Orcid: 0000-0003-0407-5344

³ University of Health Sciences, Erenköy Mental Health and Nervous Diseases Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey • Orcid: 0000-0002-1129-8960

⁴ Private Practice, Istanbul, Turkey • Orcid: 0000-0002-3096-8296

⁵ Private Practice, Istanbul, Turkey • Orcid: 0000-0003-3872-1762

⁶ University of Health Sciences, Erenköy Mental Health and Nervous Diseases Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey • Orcid: 0000-0002-2874-4306

⁷ Okan University, Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey • Orcid: 0000-0003-1690-914X

⁸ Başkent University Istanbul Hospital, Istanbul, Turkey • Orcid: 0000-0002-8626-3762

⁹ Sultanbeyli State Hospital, Department of Psychiatry, Istanbul, Turkey • Orcid: 0000-0002-0276-3314

Yazışma Adresi/Correspondence: Mine Ergelen

Erenköy Mental Health and Nervous Diseases Training and Research Hospital

mine.ergelen@gmail.com

DOI: 10.32739/car.2024.8.1.222

Covid-19 Spesifik Akut Psikiyatri Servisinde İzole Edilmiş Ağır Ruhsal Hastalığı Olan Hastalarda Nikotin Replasman Tedavisinin Uygulanması

Implementation of Nicotine Replacement Therapy in Patients with Severe Mental Illness Isolated in a COVID-19 Specific Acute Psychiatric Ward

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı, psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören, COVID-19 tanılı, ağır ruhsal hastalığı olan ve sigara içen hastaların tedavisinde nikotin replasman tedavisi (NRT) uygulamasına ve psikiyatrik hastalık seyrine dair bir deneyim sunmaktır. Yakın zamanda yaşanan pandemi süreci de düşünüldüğünde, ağır ruhsal hastalığa eşlik eden fiziksel hastalık, enfeksiyon hastalıkları ve özellikle COVID-19 enfeksiyonu olan psikiyatri hastalarında, eş zamanlı hastalıkların ve enfeksiyonun tedavisinde daha iyi sonuçlar alınması açısından kapalı serviste yatan hastalara sigara bırakmanın önerilmesi ve hastalara tedavi desteği sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Yöntem: Araştırmamıza ağır ruhsal hastalık nedeni ile psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören ve COVID-19 enfeksiyonu geçiren 23 hastadan sigara içen 18 hasta dahil edildi. FNBT ile PANSS-EC'deki azalma oranı ve hastanede kalma süresi gibi değişkenler arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 18 hastanın 16'sı erkek ve ikisi kadındı, 14 hasta psikotik spektrum bozuklukları, dört hasta ise bipolar bozukluk tanısı ile takip edildi. Geliş FNBT skorları ile taburculuktan sonraki 30. gün FNBT skorları karşılaştırıldığında, anlamlı bir azalma gözlemlendi.

Sonuç: Tütün kullanımının kısıtlandığı psikiyatri servisinde yatan ve sigara içen hastalarda nikotin yoksunluk belirtilerinin dikkate alınması ve NRT'nin yatarak tedavi programının bir bileşeni olarak düşünülmesi önem taşımaktadır. Ancak sonuçlarımıza göre NRT sigara bırakma tedavisinde tek başına yeterli olmamıştır. Bireysel terapi, danışmanlık ya da psikoeğitimlerle desteklenmelidir. Ayrıca araştırmamızda hastaların, COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle akut ve dışsal bir motivasyonla hareket ederek sigarayı bırakmış olmaları taburcu olduktan sonra nüks etmelerine neden olan etkenler arasında sayılabilir. Bu nedenle, psikiyatri hastaları için kapsamlı sigara bırakma tedavisi ve NRT, pandemi sırasında ve sonrasında da yataklı tedavi programlarının ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, nikotin replasman tedavisi, ajitasyon, nikotin yoksunluğu, ağır ruhsal hastalık

ABSTRACT

Objective: The aim of our study is to present our experience with the application of nicotine replacement therapy (NRT) and the course of psychiatric illness in hospitalized smokers with severe mental illness and COVID-19. Considering the recent pandemic, it is crucial to recommend smoking cessation and provide treatment support to psychiatric patients with severe mental illness accompanied by physical illnesses, infectious diseases, and especially COVID-19 infection, to achieve better outcomes in the treatment of comorbidities and infections.

Method: Our study included 18 smoking patients out of 23 with severe mental illness who were hospitalized in the psychiatric ward and had COVID-19 infection. The correlation between FTND and variables such as the rate of reduction in PANSS-EC and length of hospital stay was investigated.

Results: Two-thirds of the patients had high nicotine dependence with FTND scores ≥ 6 . A significant decrease was observed when comparing baseline FTND scores with FTND scores on the 30th day post-discharge.

Conclusion: It is important to consider nicotine withdrawal symptoms in patients who smoke and are admitted to a psychiatric unit where tobacco use is restricted, and to consider NRT as part of the inpatient treatment programme. However, according to our results, NRT alone is not sufficient for smoking cessation treatment. It should be supported by motivational interviewing, individual counselling or psychoeducation. In addition, the fact that the patients in our study quit smoking with acute and extrinsic motivation due to COVID-19 infection may be one of the factors that caused them to relapse after discharge. Therefore, comprehensive smoking cessation treatment and NRT for psychiatric patients should be an integral part of inpatient treatment programmes during and after the pandemic.

Keywords: COVID-19, nicotine replacement therapy, agitation, nicotine withdrawal, severe mental illness

INTRODUCTION

Tobacco use is a significant public health concern, representing one of the most preventable causes of disability and death globally (1). Every year, thousands of people die prematurely or suffer from severe diseases due to smoking or exposure to secondhand smoke (2). Recent studies highlight smoking as a major risk factor for susceptibility to respiratory infectious diseases, heightening the likelihood of transmission, poor prognosis, and adverse outcomes, particularly in tuberculosis and COVID-19 infections (3,4). Both the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the World Health Organization (WHO) advocate for smoking cessation or a reduction in daily consumption to mitigate the risk of harm, particularly during the pandemic (2,5).

Individuals with severe mental illness (SMI) are one of the groups that are considered at risk for the consequences of smoking. Smoking rates are very high among patients in this group, and they tend to be less informed about the long-term health risks of smoking (6). Approximately 70%–85% of patients with schizophrenia and 50%–70% of patients with bipolar disorder are smokers (7,8). Smokers with SMI may resort to nicotine as a form of self-medication to alleviate symptoms such as anxiety, irritability, agitation, and aggression (9–11). In many countries worldwide, smoking is prohibited indoors in most psychiatric inpatient units to minimize exposure to secondhand smoke, with partial smoking restriction policies implemented in some units (12–14). Nicotine restriction in psychiatric wards may lead to the onset of nicotine withdrawal symptoms such as dysphoria, irritability, agitation and insomnia, and may worsen the psychiatric condition of patients with behavioural dysregulation due to psychosis and mania symptoms (15,16).

Nicotine replacement therapy (NRT) has been demonstrated to alleviate nicotine withdrawal symptoms effectively (17,18). Additionally, previous studies have indicated that nicotine patches can mitigate agitation and aggressiveness in psychiatric patients who smoke. These patches have shown good tolerance in studies conducted by Allen et al. (15,16,19,20). Some studies suggest that NRT may reduce aggression in both smokers and non-smokers (16). Although the underlying mechanism is not fully understood, it has been hypothesized that the reduction in agitation associated with NRT could be linked to improvements in cholinergic dysfunction (11,19). Controlled nicotine administration has been reported to alleviate cravings and withdrawal symptoms rapidly while also enhancing treatment adherence (13,20).

Seasonal or pandemic infections present a window of opportunity to counsel patients who smoke to quit (3). Especially in light of the recent pandemic, it is crucial to strongly recommend smoking cessation and offer support to patients in inpatient psychiatric wards, where the

risk of transmission is elevated. Therefore, establishing a comprehensive treatment plan for smoking cessation in psychiatric inpatient units becomes crucial when implementing smoking restrictions (12,13,16). NRT emerges as a significant treatment option for managing nicotine withdrawal symptoms in acute psychiatric inpatients, potentially aiding in agitation reduction.

Our study, a descriptive research, aims to share our experiences with applying NRT and to explore the progression of nicotine dependence in SMI individuals who smoke and have COVID-19 during inpatient treatment, along with its impact on psychiatric conditions and agitation. Throughout the COVID-19 pandemic, in accordance with the recommendations of the infection control committee, patients in the COVID-19-specific acute psychiatric ward of Erenkoy Mental and Nervous Diseases Training and Research Hospital were informed and received brief psychoeducation on tobacco use. NRT was administered with their consent.

METHOD

Study Design and Sample

We conducted a retrospective case series study using data extracted from electronic records of 18 smokers who participated in the study out of 23 patients admitted to the COVID-19-specific acute psychiatric ward between April 9 and July 1, 2020. Two patients, for whom the COVID-19 diagnosis was not confirmed during hospitalization, and three non-smoking patients were excluded from the study. All patients were involuntarily admitted to the hospital due to severe acute psychotic symptoms. Due to the challenging conditions of operating in a mental health hospital, we only admitted patients who were asymptomatic or exhibited mild symptoms. Patients with severe symptoms and/or three or more COVID-19 symptoms, as well as those requiring intensive care unit treatment, were transferred to affiliated general hospitals.

Patients were administered NRT in the form of a 25-mg nicotine transdermal patch during their hospitalization. Additionally, within the first week of hospitalization, they received haloperidol, biperiden, and lorazepam for psychotic symptoms and agitation, with doses ranging from 15–20 mg/d, 5–10 mg/d, and 2–3 mg/d, respectively. Invariably, the patients also received supportive treatment, which included zinc tablets (30 mg/day), vitamin C (1000 mg/day), and vitamin D (2400 IU/day). These supplements were chosen for their roles as essential nutrients and potential fortifiers of antiviral immunity (21–23).

The COVID-19 diagnosis for each patient was determined by infectious disease specialists following the guidelines provided by the Turkish Ministry of Health. Approval for the study was granted by the Ethics Board of the Marmara University Faculty of Medicine (Approval No. 220/09/02/2024) and the COVID-19 Scientific Re-

search Review Board of the Turkish Ministry of Health.

Outcome Measure

Patients enrolled in the study underwent an evaluation of nicotine dependence severity using the FTND (24). This self-assessment scale comprises six questions, offering Likert-type measurements between 0 and 1 and 0 and 3. An FTND score ≥ 6 is categorized as high dependence. The validity and reliability of the Turkish version of the original FTND form have been reported by Uysal (25).

We utilized the PANSS-EC, derived from the original Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) developed to evaluate the severity of schizophrenia (26). The PANSS-EC comprises five components from the PANSS scale, namely, excitement (P4), hostility (P7), tension (G4), uncooperativeness (G8), and poor impulse control (G14). Each item is rated on a seven-point scale, where 1 indicates “absent” and 7 indicates “extreme”. The validity and reliability of the Turkish version of the original PANSS form have been previously reported by Kostakoğlu (27). As PANSS-EC scores are rated on a 1–7 scale and the minimum score is 5 (indicating no symptoms), we subtracted five points before the analysis, as recommended for PANSS assessment (Leucht et al., 2010).

Data were collected on the first and seventh day of hospitalisation and on the 30th day after discharge. The Fagerström test and PANSS-EC were administered on the first day of hospitalisation. After assessing the degree of nicotine dependence on the Fagerström test, patients were subsequently treated with NRT accordingly. The PANSS-EC was repeated on the seventh day. The Fagerström test was repeated on the 30th day after discharge.

Statistical Analysis

Statistical analysis was performed using SPSS 20.0 statistical software. Descriptive statistics, frequencies, and rates were calculated for both continuous and categorical sociodemographic and clinical variables. A paired t-test was used to compare the baseline and 30th-day FTND scores after discharge, as well as the baseline and seventh-day PANSS-EC scores. Partial correlation analysis was conducted to explore the correlation between variables such as the baseline FTND, the reduction rate (%) of PANSS-EC, and the duration of hospitalization. This analysis controlled for chlorpromazine drug equivalent doses, as antipsychotic doses may impact the reduction rate of PANSS-EC scores and hospitalization duration. A p-value lower than 0.05 was deemed statistically significant.

RESULTS

Out of the 18 patients enrolled in the study, 16 were males and two were females, with a mean age of 38.9 ± 12 years. The most common diagnosis was an acute episode of schizophrenia (33.3%, $n=6$), followed by schizoaffective disorder ($n=4$), bipolar disorder ($n=4$), atypical psy-

chosis ($n=3$), and brief psychotic disorder ($n=1$). Fourteen patients were admitted with a diagnosis of psychotic spectrum disorders, and four with bipolar disorder. Psychiatric diagnoses were established based on the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5) criteria (29). The average duration of hospitalization was 29.2 days ($SD=18.9$), and the chlorpromazine drug equivalent dose ranged from 200 to 900 (mean=616.6; $SD=191.7$).

Two-thirds of the patients had FTND scores of ≥ 6 , indicating high nicotine dependence. On the first day, PANSS-EC scores ranged from 2 to 28 (mean=16.9; $SD=7.8$), and on the seventh day, they ranged from 0 to 22 (mean=10.1; $SD=6.6$). The sociodemographic and clinical data of the sample are presented in Table I. The PANSS-EC scores decreased in nearly all patients by the end of the first week (16.9 ± 7.8 vs 10.1 ± 6.7 ; $t: 7.542$; $p < 0.001$). The mean reduction rate (%) in PANSS-EC score was 43.1% (median=42.5; $SD=25.2$) on the seventh day.

Four patients (22.2%) exhibited a reduction of less than 25% in PANSS-EC scores. Seven patients (38.9%) demonstrated a reduction rate of 25%–49%, six patients (33.3%) fell within the 50%–74% reduction range, and a reduction of more than 75% was observed in only one patient. All patients experienced recovery from COVID-19 without serious complications, and the majority showed positive outcomes for psychiatric conditions.

Considering that antipsychotic drugs may influence PANSS-EC scores, duration of hospitalization, and FTND scores, we conducted a partial correlation analysis while controlling for chlorpromazine drug equivalent doses. We identified a moderate positive correlation between baseline FTND scores and the reduction rate in PANSS-EC scores, as well as a moderate negative correlation between baseline FTND scores and the duration of hospitalization. Both of these correlations were statistically significant. The data for the partial correlation of baseline FTND, reduction rate of PANSS-EC, and duration of hospitalization are provided in Table II.

On the 30th-day assessment after discharge, patients were evaluated for both their smoking status and psychiatric condition. All patients were found to have relapsed into smoking after discharge, with 44% having FTND scores of 6 or higher. When comparing the baseline FTND scores (mean=6.3; $SD=2.1$) to the FTND scores on the 30th day after discharge (mean=5.7; $SD=2.2$), a significant decrease was observed ($t: 2.829$; $p < 0.01$).

DISCUSSION

The key findings of our study are as follows: (i) those with higher nicotine dependence levels during inpatient care saw greater reductions in agitation; (ii) individuals with higher nicotine dependence had shorter hospital stays;

(iii) every patient who received NRT experienced a relapse post-discharge; and (iv) despite resuming smoking, patients displayed notably decreased levels of nicotine dependence.

The sociodemographic and clinical characteristics of the sample revealed that our patients were predominantly middle-aged males with SMI and high nicotine dependence. The majority of the patients were diagnosed with psychotic spectrum disorders, with schizophrenia being the most prevalent. Our results revealed that patients with higher levels of nicotine dependence who received NRT had significantly higher reduction rates of agitation. This finding holds particular significance, as agitation is commonly associated with nicotine withdrawal symptoms (15). In a randomized controlled trial, Allen et al. reported that NRT decreased levels of agitation in patients with schizophrenia. The NRT group had a 33% greater reduction in agitation at 4 hours and a 23% greater reduction at 24 hours than the placebo group. Moreover, individuals with lower FTND scores demonstrated greater responsiveness to NRT in terms of agitation (16). The inconsistency in findings regarding baseline FTND scores and reduction rates in agitation in our study may be attributed to several factors, such as the differences in the clinical characteristics of the study samples and methodologies. Allen et al.'s study was conducted in an emergency service setting, likely with patients who did not require hospitalization, and assessed agitation reduction within the first 24 hours. By contrast, our sample consisted of acute psychiatric inpatients with severe symptoms who were involuntarily hospitalized, and agitation reduction was evaluated on the seventh day of hospitalization. In another study, Prochaska et al. reported that psychiatric inpatients who smoked and did not receive NRT exhibited higher levels of irritability and agitation compared to nonsmokers and smokers who received NRT (13). Additionally, two case report articles, one involving a patient with autism and the other involving two patients with dementia, indicated reduced agitation with a 21-mg nicotine transdermal patch (19,30). Our findings corroborate previous studies, suggesting that NRT has a positive impact on alleviating agitation in psychiatric patients with SMI during nicotine withdrawal.

Baseline nicotine dependence scores were observed to have a negative correlation with the duration of hospitalization. In patients with a higher level of nicotine dependence, NRT may have played a role in improving agitation, which is closely associated with better outcomes in mental illness and shorter hospital stays during nicotine withdrawal. (31). The mean chlorpromazine equivalent dose calculated in our study was 616.6 ± 191.7 . Smoking has been associated with the need for increased drug doses in patients with schizophrenia (32). Polycyclic aromatic hydrocarbons resulting from smoking are well-known to induce the metabolism of antipsychotic drugs through enzyme induction, leading to decreased plasma levels of an-

tippsychotics. Enzyme synthesis for the induction of drug metabolism is typically completed two weeks after smoking cessation (10). Our findings on drug equivalent doses are consistent with studies that have reported significantly higher antipsychotic doses in psychiatric patients who smoke (33,34). We also found no significant relationship between nicotine dependence levels and drug equivalent doses. This observation can be explained as follows: the quantity of nicotine taken by the patient, which induces hepatic enzymes, may not directly correlate with the level of nicotine dependence. There is extensive interindividual variation in cytochrome enzyme activity and the rate of metabolism of nicotine and other psychopharmacologic agents (35).

Outcome in Smoking

All patients in our sample reported upon examination on the 30th day after discharge that they had stopped using nicotine transdermal patches and had resumed smoking. However, we noted a significant decrease in the severity of nicotine dependence levels. Patients may engage in self-medication for negative symptoms, reducing anxiety and social inhibition, and improving behavioral arousal and relaxation through nicotine consumption (36). Those with positive symptoms and aggression may use higher doses of cigarettes to induce sedation, as nicotine exerts an increasing effect on dopamine concentration in the striatum (37).

Previous studies have indicated that patients with mental illness, especially those with schizophrenia, are less likely to quit smoking (6). Another study looked retrospectively at smoking cessation outcomes in hospitalised psychiatric patients and found that smoking cessation rates were lower in psychiatric patients than in other patients (38). In a case series presented during the COVID-19 pandemic, three psychotic patients received NRT and counselling, were informed about the increasingly risky consequences of smoking, and the patients quit smoking (39). It was concluded that the effects of COVID-19 are an important motivational factor for smoking cessation, especially in people with severe mental illness (39). However, it is not known how long this abstinence lasted, as the long-term results of this case series were not reported.

Although all patients in our study resumed smoking after being discharged, it was observed that the level of addiction had decreased. Post-discharge relapse could be linked to the external motivation that led patients to quit smoking due to the dangers of COVID-19 infection. The spread of misinformation in the media suggesting that smoking can protect against COVID-19 may have encouraged individuals to continue smoking during this time. Furthermore, the heightened vulnerability of these individuals to the challenges of quitting may contribute to the elevated rates of relapse during stressful periods like the pandemic (40). However, given that smoking is a major cause of ex-

cess mortality in people with SMI, the reduction in nicotine dependence observed in our patients after discharge is an extremely important outcome (41,42). The hospital setting is a promising setting for smoking cessation treatment of inpatient psychiatric patients. However, further studies are needed to identify adjunctive treatment approaches for long-term abstinence (38). Indeed, due to the challenging conditions of a COVID-19-specific acute psychiatric ward, we may have overlooked the importance of implementing a detailed smoking cessation program. Therefore, we recommend that smoking cessation treatment and NRT be included as integral parts of inpatient treatment programs for psychiatric patients both during and after the pandemic, with the aim of achieving better outcomes.

This study has several limitations. Due to its retrospective design, the sample size is small as the study focused on a specific population of acute psychiatric inpatients with COVID-19. Also, the lack of a control group prevented the comparison of the effectiveness of NRT. Additionally, this helps avoid making broad conclusions based on the findings.

CONCLUSION

To the best of our knowledge, this is the first study to present the experience of NRT administration during inpatient treatment of acute psychiatric inpatients with SMI and COVID-19 who smoke and to investigate its effect on nicotine dependence. According to the results of our study, NRT was unsuccessful in maintaining smoking cessation after discharge in psychiatric inpatients with COVID-19 who smoked. NRT may help reduce agitation during the withdrawal period in psychiatric patients, but may not be sufficient for smoking cessation treatment alone. Additionally, this might be related to patients' lack of motivation to quit smoking. It is important to thoroughly assess patients during the smoking cessation treatment process, addressing their motivation and tailoring treatment to their individual needs. Nicotine replacement therapy should be implemented in an inpatient programme, but should be supported by motivational interviewing, psychoeducational sessions and behavioral counselling. The findings of this study suggest that further large-scale and comparative studies are needed to determine the effectiveness of NRT in the management of agitation among psychiatric inpatient smokers with COVID-19. Therefore, the findings of our study were not able to be generalized, but were instead shared as personal experiences.

ACKNOWLEDGEMENT

None

REFERENCES

1. Giulietti F, Filipponi A, Rosettani G, Giordano P, Iacocci C, Spannella F, et al. Pharmacological Approach to Smoking Cessation: An Updated Re-

view for Daily Clinical Practice. *High Blood Pressure and Cardiovascular Prevention* [Internet]. 2020;27(5):349–62. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40292-020-00396-9>

- Centers for Disease Control and Prevention. Smoking&Tobacco Use [Internet]. 2020. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/index.htm
- Sitas F, Harris-Roxas B, Bradshaw D, Lopez AD. Smoking and epidemics of respiratory infections. Vol. 99, *Bulletin of the World Health Organization*. World Health Organization; 2021. p. 164–5.
- Farsalinos K, Barbouni A, Poulas K, Polosa R, Capponnetto P, Niaura R. Current smoking, former smoking, and adverse outcome among hospitalized COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Ther Adv Chronic Dis*. 2020;11(1–14).
- World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-tobacco>. 2021. Coronavirus disease (COVID-19): Tobacco .
- De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*. 2005;76(2–3):135–57.
- Ziedonis DM, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. Vol. 10, *Nicotine and Tobacco Research*. 2008. p. 1691–715.
- Heffner JL, Strawn JR, Delbello MP, Strakowski SM, Anthenelli RM. The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: Phenomenology and treatment considerations. Vol. 13, *Bipolar Disorders*. 2011. p. 439–53.
- Madden PAF, Bucholz KK, Dinwiddie SH, Slutske WS, Bierut LJ, Statham DJ, et al. Nicotine withdrawal in women. *Addiction*. 1997;92(7):889–902.
- Winterer G. Why do patients with schizophrenia smoke? *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23(2):112–9.
- Picciotto MR, Alan SL, Schalkwyk GI van, Mineur YS. Mood and anxiety regulation by nicotinic acetylcholine receptors: a potential pathway to modulate aggression and related behavioral states. *Neuropharmacology*. 2015;96:235–43.
- Association AP. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1–31.
- Prochaska JJ, Gill P, Hall SM. Treatment of tobacco use in an inpatient psychiatric setting. *Psychiatric*

- Services. 2004;55(11):1265–70.
14. Woodward ER, Richmond R. Smoking bans in psychiatric units: An issue of medical ethics. *Front Psychiatry*. 2019;10(MAR):1–4.
 15. Schechter MA. Editorial: Nicotine replacement therapy in the psychiatric emergency department. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168(4):347–9.
 16. Allen MA, Debanné M, Lazignac C, Adam E, Dickinson LM, Damsa C. Nicotine Replacement Therapy and Agitation in Smokers With Schizophrenia. *American J Psychiatry* [Internet]. 2011;168(4):395–9. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2010.10040569>
 17. Flowers L. Nicotine Replacement Therapy. *Am J Psychiatry Resid J*. 2017;
 18. Le Houezec J. Role of nicotine pharmacokinetics in nicotine addiction and nicotine replacement therapy: A review. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2003;7(9):811–9.
 19. Schalkwyk GI Van, Lewis AS, Qayyum Z, Koslosky K, Picciotto MR, Volkmar FR. Reduction of Aggressive Episodes After Repeated Transdermal Nicotine Administration in a Hospitalized Adolescent with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(9):3061–3066.
 20. Cherek DR, Bennett RH, Grabowski J. Human aggressive responding during acute tobacco abstinence: effects of nicotine and placebo gum. *Psychopharmacology (Berl)*. 1991;104(3):317–22.
 21. Ilie PC, Stefanescu S, Smith L. The role of vitamin D in the prevention of coronavirus disease 2019 infection and mortality. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2020;32(7):1195–8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01570-8>
 22. Kumar A, Kubota Y, Chernov M, Kasuya H. Potential role of zinc supplementation in prophylaxis and treatment of COVID-19. *Med Hypotheses*. 2020;144(January).
 23. Wu R, Wang L, Kuo HCD, Shannar A, Peter R, Chou PJ, et al. An Update on Current Therapeutic Drugs Treating COVID-19. *Curr Pharmacol Rep*. 2020;6(3):56–70.
 24. Heatherton TD, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence_A Revi.pdf. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119–27.
 25. Uysal A, Kadakal F, Yilmaz V, Fagerstrom ZET. Fagerstrom test for nicotine dependence : Reliability in a Turkish sample and factor Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004; 52(2): 115-121. 2004;52(2):115–21.
 26. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261–76.
 27. Kostakoglu E, Batur S, Tiryaki A, Gogus A. Reliability and validity of the Turkish version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). *Turk Psikoloji Dergisi*. 1999;14(44):23–32.
 28. Leucht S, Kissling W, Davis JM. The PANSS should be rescaled. *Schizophr Bull*. 2010;36(3):461–2.
 29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition) [Internet]. American Psychiatric Association; 2013. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
 30. Carmel H, Sheitman BB. Adjunctive transdermal nicotine reduced behavioral agitation in severe dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry* [Internet]. 2007;15(5):449. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.JGP.0000235688.05709.e2>
 31. Colasanti A, Paletta S, Moliterno D, Mazzocchi A, Mauri MC, Altamura AC. Symptom Dimensions as Predictors of Clinical Outcome, Duration of Hospitalization, and Aggressive Behaviours in Acutely Hospitalized Patients with Psychotic Exacerbation. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2010;6(1):72–8.
 32. Caponnetto P, Maglia M, Mangione M, Vergopia C, Prezzavento GC, Polosa R, et al. Smoking Addiction in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders and Its Perception and Intervention in Healthcare Personnel Assigned to Psycho-Rehabilitation Programs: A Qualitative Research. *Healthcare (Switzerland)*. 2022 Nov 1;10(11).
 33. Goff DC, Henderson DC, Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: Relationship to psychopathology and medication side effects. *American Journal of Psychiatry*. 1992;149(9):1189–94.
 34. Ziedonis DM, Kosten TR, Glazer WM, Frances RJ. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45(3):204–6.
 35. Tanner JA, Tyndale RF. Variation in CYP2A6 activity and personalized medicine. *J Pers Med*. 2017;7(4):1–29.
 36. Ziedonis DM, Kosten TR, Glazer WM, Frances RJ. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45(3):204–6.
 37. Sagud M, Mihaljevic Peles A, Pivac N. Smoking in schizophrenia: Recent findings about an old problem. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(5):402–8.
 38. Cruvinel E, Mussulman L, Scheuermann T, Shergina

E, He J, Sherman S, et al. Hospital-Initiated Smoking Cessation Among Patients Admitted with Behavioral Health Conditions. *J Gen Intern Med.* 2024 Jun;39(8):1423–30.

39. Theuerkauff O, Hanak C. Tobacco Use Cessation in Three Patients Suffering from Psychotic Disorders: The Impact of the COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Danubina.* 2020 Sep;32(1):21–3.
40. Tidey JW, Rohsenow DJ, Kaplan GB, Swift RM, Adolfo A. Effects of smoking abstinence, smoking cues and nicotine replacement in smokers with schizophrenia and controls. *Nicotine and Tobacco Research.* 2008;10(6):1047–56.

41. Champion J, Checinski K, Nurse J, McNeill A. Smoking by people with mental illness and benefits of smoke-free mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2008;14(3):217–28.
42. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders (in collaboration with the World Health Organization) Excess mortality in persons with severe mental disorders : a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice , policy a. *World Psychiatry [Internet].* 2017;16(1):30–40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5269481/pdf/WPS-16-30.pdf>

TABLES

Table I. Sociodemographic and clinical variables

N:18	n (%) / Mean ±SD
Gender (n)	
Female	2(11.1)
Male	16(88.9)
Age (yr)	38.9 ±12
Education (yr)	9.2 ± 3.2
Marital Status (n)	
Single	13(72.2)
Married	2(11.1)
Divorced	3(16.7)
Habitation (n)	
Alone	5(27.8)
Family	12(66.7.4)
Homeless/Nursing Home	1(5.6)
Occupational status (n)	
Working	8(44.4)
Not working	9(50)
Retired	1(5.6)
Diagnosis (n)	
Schizophrenia	6(33.3)
Schizoaffective Disorder	4(22)
Bipolar Disorder	4(22)
Atypical psychosis	3(16)
Brief Psychotic Disorder	1(5)
Duration of illness (yr)	11 ±9,3
First episode (n)	3(16.7)
Prior psychiatric admissions (n)	4,6 (4,46)
Alcohol use (n)	2(11.1)
Substance use (n)	7(38.9)
Baseline PANSS-EC scores	16,9 ± 7,8
7th day PANSS-EC scores	10,1 ± 6,6
FTND scores at admission day	6,3 ± 2,1
FTND scores at 30th day after discharge	5,7± 2,2
Duration of hospitalization (days)	29,2 ± 18,9
Chlorpromazine drug equivalent dose	616,6 ± 191,7

FTND: Fagerström Test for Nicotine Dependence, PANSS-EC: Excited Component Subscale of the Positive and Negative Syndrome Scale

Table II. Partial correlation of the baseline FTND scores, reduction rate (%) in PANSS-EC, duration of hospitalization controlling for chlorpromazine drug equivalent doses

	FTND Scores	
	r	p
Reduction Rate (%) of PANSS-EC	0,559	0,02*
Duration of Hospitalization	-0,608	0,01*

*FTND: Fagerström Test for Nicotine Dependence, PANSS-EC: Excited Component Subscale of the Positive and Negative Syndrome Scale, r: partial correlation analysis, *p <0,05*

KUMAR OYNAMAMA BOZUKLUĞU

Ceyda Şişman Ünlü¹, Cemal Onur Noyan²

¹ Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Türkiye • Orcid: 0000-0002-4603-8173

² Tıp Fakültesi, Üsküdar Üniversitesi, NPIstanbul Beyin Hastanesi, İstanbul, Türkiye • Orcid: 0000-0002-4819-1032

Yazışma Adresi/Correspondence: Cemal Onur Noyan

Tıp Fakültesi, Üsküdar Üniversitesi, NPIstanbul Beyin Hastanesi, İstanbul, Türkiye
conumoyan@gmail.com

DOI: 10.32739/car.2024.8.1.223

Kumar Oynama Bozukluğu

ÖZET

Kumar Oynama Bozukluğu, tekrarlayıcı ve süregelen bir şekilde devam eden kumar oynama davranışıyla karakterize edilen bir klinik tablodur. Kumar Oynama Bozukluğu, nörobiyolojik ve klinik olarak alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ortak özellikler taşıması sebebi ile DSM-5'te madde ile ilişkili olmayan ilk ve tek davranışsal bağımlılık olarak yer almaktadır. Kumar Oynama Bozukluğu'nu nörobiyolojik ve nörobilişsel olarak incelediğimizde dopamin, serotonin, norepinefrin ve glutamat gibi nörotransmitterlerin hastalık gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir. Nörobilişsel perspektiften bakıldığında ise Kumar Oynama Bozukluğu temelinde pozitif pekiştiricilerle gelişen davranışsal koşullanma, değer atfetme, dürtüsellik ve karar verme süreçlerindeki bozuklukların yer aldığı gözlenmektedir. Birey, olumsuz yaşam olaylarıyla baş etme mekanizması olarak kumar oynama davranışını benimserse, bu davranış zamanla artarak devam eder. Zaman içinde artan kumar oynama davranışı, bireyin kendini kontrol etme kapasitesini zayıflatır ve ortaya çıkan olumsuz sonuçlara rağmen kumar oynama davranışının devam etmesine yol açar. Bu kısır döngü, bireyin iş, aile, akademik ve sosyal alanlarda sorunlar yaşamasına neden olarak hastalığın daha da şiddetlenmesine katkı sağlar. Kumar Oynama Bozukluğu, başlangıçta zararsız görünen bir davranış olmasına rağmen, altta yatan yatkınlık ve koruyucu faktörlerin dengesine bağlı olarak bağımlılığa dönüşebilir.

Anahtar Kelimeler: kumar oynama bozukluğu, ilaç ve bilişsel tedavi, kumar bağımlılığı

Gambling Disorder

ABSTRACT

Gambling Disorder is a clinical picture characterized by repetitive and persistent gambling behavior. Gambling Disorder is the first and only non-substance-related behavioral addiction in the DSM-5 due to its neurobiological and clinical commonalities with alcohol and substance use disorders. When we examine Gambling Disorder from a neurobiological and neurocognitive perspective, neurotransmitters such as dopamine, serotonin, norepinephrine and glutamate are thought to be effective in the development of the disease. From a neurocognitive perspective, Gambling Disorder is based on behavioral conditioning with positive reinforcers, value attribution, impulsivity and impairments in decision-making processes. If an individual adopts gambling behavior as a coping mechanism for negative life events, this behavior continues to increase over time. Increasing gambling behavior over time weakens the individual's self-control capacity and leads to the continuation of gambling behavior despite the negative consequences. This vicious cycle contributes to the exacerbation of the disorder by causing problems in work, family, academic and social areas. Gambling Disorder, although initially a seemingly harmless behavior, can turn into addiction depending on the balance of underlying predisposing and protective factors.

Keywords: gambling disorder, medication and cognitive treatment, gambling addiction

GİRİŞ

Kumar Oynama Bozukluğu

Kumar Oynama Bozukluğu (KOB), tekrarlayıcı ve süren bir şekilde devam eden kumar oynama davranışıyla karakterize edilen bir klinik tablodur. Bu bozukluk, kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal ve mesleki işlevsellikte azalma ve ekonomik sorunlara rağmen devam eden kumar oynama patolojilerini kapsamaktadır. Kumar Oynama Bozukluğu, daha eski tanı sistemlerinde “patolojik kumar oynama” olarak adlandırılarak Dürtü Kontrol Bozuklukları kategorisi altında yer almaktayken, Amerikan Psikiyatri Birliği’nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nın (DSM) 5. Baskısı (DSM-5) ile “Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları” bölümünde maddeyle ilişkili olmayan bozukluklar başlığı altında kategorize edilmeye başlanmıştır. KOB, nörobiyolojik ve klinik olarak alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ortak özellikler taşıması sebebi ile DSM-5’te madde ile ilişkili olmayan ilk ve tek davranışsal bağımlılık olarak yer almaktadır (1).

Kumar, Türk Dil Kurumu’na göre “ortaya para koyarak oynanan talih oyunu” olarak tanımlanmaktadır, ayrıca Webster sözlüğüne göre “oyunda daha fazla para kazanabilme ihtimali için düşük miktarda parayı riske atmak” olarak açıklanmaktadır (2,3). Günümüzde kumar, piyango, tombala, loto gibi basit oyunların yanı sıra teknolojik gelişmelerle birlikte yaygınlaşan sanal kumar, canlı spor bahisleri, gazino oyunları, kart oyunları ve makine oyunları gibi daha karmaşık türleri de içermektedir (4). Kumar oynama davranışının kökenleri M.Ö. 4000 yıllarına kadar uzanmaktadır ve arkeolojik bulgular, geçmiş dönemlerde şans oyunlarının insan hayatının bir parçası olduğunu göstermektedir. Bu oyunların, âşık kemikleri ve zarların modern kumar oyunlarının atası olduğu düşünülmektedir. Tarihsel açıdan, kumar oynama davranışı toplumlarda hoşgöründen aşırı kısıtlamaya kadar değişen yaklaşımlarla karşılaşmıştır. Kumarın toplum içindeki algısı zamanla değişmiş ve farklı dönemlerde dini ve yasal yasaklarla karşılaşmıştır. Özellikle Amerika’da 1800’lerin sonlarına doğru alkol kullanımının serbest bırakılması ve kumarın yaygınlaşması, bugünkü çevrimiçi kumar pazarının ortaya çıkmasına yol açmıştır (5). Kumar oynama davranışına dair anekdotal vaka anlatımları ve edebi eserler, DSM-5’te belirtilen olumsuz sonuçlara rağmen, bireysel motivasyon ve dürtülerin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlamaktadır.

Etyoloji

Kumar oynama davranışının etiyojisi, psikososyal, nörobiyolojik, nörobilişsel ve genetik modeller gibi çeşitli yaklaşımlarla açıklanmaktadır. Bu yaklaşımlar birbirleriyle iç içe geçmiş olduğundan, tek bir yaklaşımın baskın olduğunu belirtmek kolay değildir. Dolayısıyla, her yaklaşım kısaca açıklanmaya çalışılacaktır.

Biyopsikososyal model, kumar oynama davranışının ge-

lişiminde nörotransmitter sistemlerindeki değişiklikler ve genetik faktörlerin, çeşitli kişilik özellikleri ile etkili olabileceğini öne sürmektedir. Nörobiyolojik yolak modelinde ise, kumar oynama davranışının başlamasında ve devamında klasik ve edimsel koşullanmanın büyük bir rolü olduğu vurgulanmaktadır (7).

Eğer bir birey, olumsuz yaşam olaylarıyla baş etme mekanizması olarak kumar oynama davranışını benimserse, bu davranış zamanla artarak devam eder. Zaman içinde artan kumar oynama davranışı, bireyin kendini kontrol etme kapasitesini zayıflatır ve ortaya çıkan olumsuz sonuçlara rağmen kumar oynama davranışının devam etmesine yol açar. Bu kısır döngü, bireyin iş, aile, akademik ve sosyal alanlarda sorunlar yaşamasına neden olarak hastalığın daha da şiddetlenmesine katkı sağlar (8).

Kumar oynama davranışının etiyojisi, bu farklı yaklaşımların birlikte ele alındığı ve karmaşık etkileşimlerin değerlendirildiği bütüncül bir perspektiften anlaşılabilir. Dolayısıyla, kumar bağımlılığına etki eden faktörleri anlamak için biyopsikososyal, nörobiyolojik, nörobilişsel ve genetik modellerin tümünün dikkate alınması önemlidir. Bu kapsamlı yaklaşım, daha etkili tedavi ve önleme stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Psikososyal Yaklaşım

1900’lerin başından itibaren, kumar oynama davranışının altında psikolojik sorunlar olduğu düşüncesi, agresif dürtülerden kaynaklanan kendine zarar verme davranışı, psişik mazoşizm ve ödipal çatışma gibi psikodinamik açıklamaları öne çıkarmıştır. 1950’li yıllara kadar bu tür açıklamalar tartışılmıştır. Ancak 1960’ların sonrasında, Skinner ve Pavlov’un edimsel ve klasik koşullandırma paradigmalarının popülerleşmesiyle birlikte, kumar oynama davranışı pekiştirme ve öğrenme teorileriyle açıklanmaya başlanmıştır. Psikodinamik yaklaşımdan uzaklaşarak, davranışçı yaklaşımlar ön planda tutulmuştur. Daha sonra yapılan araştırmalarla, kumar oynamaya yatkınlığı etkileyen kişilik özelliklerine dayanan biyolojik açıklamalar önem kazanmıştır. Bu açıklamalar, kumar oynamayı teşvik eden veya engelleyen pozitif ya da negatif pekiştiricilerin psikofizyolojik tepkiler üzerindeki etkisini ele almıştır. Ayrıca, kontrol illüzyonuna yol açan çarpık ve yanlış inançlar, kumar matematiğinin yanlış algılanması, rastlantısallık ve şans arasındaki ilişkiye dair bilişsel teorilerin geliştirilmesiyle, olumsuz sonuçlara rağmen devam eden kumar oynama davranışının temelindeki davranışsal ve motivasyonel bileşenler anlaşılmuştur (5). Bu psikososyal yaklaşım, kumar bağımlılığının karmaşık ve çok boyutlu yapısını anlamaya yönelik önemli bir çerçeveyi sunmaktadır.

Nörobilişsel Yaklaşım

KOB’un kökenlerini anlamak için gerçekleştirilen çalışmalarda genetik yatkınlık ve nörobilişsel özelliklerin birlikte etki gösterdiği gözlemlenmektedir. Genetik fak-

törlerle çevresel etkileşimler arasındaki ilişki, KOB'un gelişiminde önemli bir role sahiptir (5). Yapılan çalışmalar, KOB tanısı konmuş bireylerin birinci derece akrabalarında kumar oynama bozukluğu prevalansının %20 civarında olduğunu göstermektedir (9,10). Özellikle kumar oynayan ebeveynlere sahip olmanın, KOB gelişme olasılığını 3,3 kat artırdığı belirlenmiştir (11). Vietnam ikiz çalışması, genetik ve çevresel etkenlerin KOB gelişiminde birlikte %62'lik bir etki oluşturduğunu göstermiştir (12).

Nörobilim açısından incelendiğinde, dopamin, serotonin, norepinefrin ve glutamat gibi nörotransmitterlerin hastalık gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir (20). Beyin omurilik sıvısında, KOB tanılı hastalarda serotonin metabolitlerinde azalma, dopamin ve norepinefrin metabolitlerinde artış gözlenmiştir. Bu nörotransmitter değişikliklerinin, tedaviye verilen ilaç yanıtını etkileyebileceği düşünülmektedir. Özellikle alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda opioid antagonistleri olan naltrekson ve nalmefen gibi ilaçların, kumar oynama dürtüsünü azaltma potansiyeline sahip olduğu belirtilmektedir (21). Glutamaterjik sistem üzerinden etki eden ilaçların, KOB tedavisine bilişsel işlevler ve esneklik açısından katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Nörogörüntüleme çalışmaları, KOB tanılı hastalarda bazı beyin bölgelerinde aktivite değişikliklerini ortaya koymaktadır. Striatum ve ventromedial prefrontal korteks'te aktivite azalması, dorsolateral prefrontal korteks'te ise aktivite artışı gözlenmektedir (21). Yapısal nörogörüntüleme çalışmaları, KOB tanılı hastalarda ventromedial prefrontal korteks, anterior singulat korteks ve amigdala gibi bölgelerde hacim azalmaları olduğunu göstermektedir (22, 23). Bu yapısal değişikliklerin, özellikle dürtüsellikle ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (24). Diffusion Tensor Imaging çalışmaları, limbik ve prefrontal alanlarda beyaz madde yoğunluğunda azalmalar olduğunu göstermektedir (25).

Nörobilişsel perspektiften bakıldığında, KOB'un temelinde pozitif pekiştiricilerle gelişen davranışsal koşullanma, değer atfetme, dürtüsellik ve karar verme süreçlerindeki bozuklukların yer aldığı gözlenmektedir (7,8). Bu bozuklukların şiddetiyle ilişkili olan nörokognitif işlevlerdeki düzensizlikler, «kontrol kaybı» fenomenolojisi ile ilişkilidir. Kumarla ilgili reklamlara ve dolaylı kumar ipuçlarına duyarlılık, zayıf bilişsel kontrolün bir belirtisi olan bilişsel bozulma etkileriyle birleşerek KOB'un şiddetlenmesine neden olabilir (16). KOB hastalarında ödül duyarlılığında azalma ve karar verme testlerinde performans bozuklukları gözlemlenmiştir (17,18). Karar verme işlevlerindeki bozukluklar, disinhibisyon ile nüks tahmin edici faktörler olarak öne çıkmaktadır (13). Nörobilişsel özelliklerin, KOB tanısı konmuş hastaların kumar tercihlerini etkilediği belirtilmektedir (19). Bu bulgular, KOB'un altında yatan nörobilişsel süreçlerin, hastaların kumar tercihlerini şekillendirdiğini ve bu bozukluğun bilişsel işlevler üzerinde önemli etkileri olduğunu vurgulamaktadır.

TANI

Biyolojik, davranışçı ve bilişsel yaklaşımlara ilişkin çalışmalar sonucunda kumar oynama davranışının klinik bir hastalık olarak tanımlanmasını sağlayan tanı kriterleri belirlenmiştir. KOB tanısı koyabilmek için, DSM-5 KOB tanı kriterlerinin A ve B maddelerinin karşılanması gerekmektedir (1).

DSM-5 Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. 12 aylık süre içerisinde aşağıdaki 9 kriterden en az dördünün karşılandığı, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yol açan, sürekli ve yineleyici nitelikte, sorunlu bir kumar oynama davranışı
1. Arzuladığı heyecanı elde etmek için, giderek artan miktarlarda parayla kumar oynama gereksinimi duymak.
2. Kumar oynamayı azaltma ya da bırakma girişimleri sırasında huzursuz ya da sinirli olmak.
3. Başarısız bırakma ya da azaltma girişimleri
4. Sürekli kumar oynama üzerine düşünmek. (Geçmişteki kumar oynama deneyimleri, kumar oynamak için para bulma yollarını düşünmek, bir sonraki kumar oynamayı planlama gibi)
5. Stresli zamanlarda kumar oynamak (çaresiz, suçlu, endişeli ve çökkün hissettiğinde)
6. Kaybettiklerini kazanmak için tekrar oynamak
7. Kumar oynama davranışını gizlemek için yalan söylemek.
8. Kumar oynama davranışı yüzünden ilişki, iş ya da eğitim hayatında sorunlar yaşamak
9. Kumar oynama davranışı yüzünden bozulan ekonomik durumunu toparlamak için başkalarına güvenmek.
B. Kumar oynama davranışı manik epizot ile ilişkili değildir.

Eğer yukarıda bulunan 9 kriterin 4-5'i karşılanıyor ise hafif, 6-7'si karşılanıyor ise orta, 8-9'u karşılanıyor ise ağır kumar oynama bozukluğu olarak değerlendirilir. Daha önceden tanı konmuş olan kumar oynama bozukluğu kriterlerinden 3-12 ay arasında hiçbirisi karşılanmıyor ise erken remisyon, 12 aydan daha uzun süredir hiçbirisi karşılanmıyor ise uzamış remisyon olarak değerlendirilir (1).

Toplum temelli çalışmalar, kumar oynama davranışının yaşam boyunca %80'lere varan bir yaygınlığa ulaşabildiğini göstermektedir (27). Ancak, yaşam boyu kumar bağımlılığının prevalansı %0,4 ile %0,6 arasında değişirken, son bir yıl içinde kumar oynama bozukluğunun oranı %0,12 ile %5,8 arasında değişmektedir (6,28). Önceki çalışmalar genellikle DSM-IV patolojik kumar tanı kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Ancak, gelecekte daha esnek kriterler içeren DSM-5 KOB kriterlerinin kullanılmasıyla yapılan çalışmalarda daha yüksek prevalans oranları beklenmektedir (1,6).

Özellikle madde kullanım bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıklarla eş zamanlı olarak görülen klinik örneklerde, KOB'un prevalansının %4,3 ile %6,9 arasında olduğu gözlenmiştir (6,29). Avrupa'da 2019'da yapılan bir çalışma, 16 yaşındaki lise öğrencilerinde son 12 ay içinde kumar oynama oranının %22, canlı kumar oynama oranının ise %7,9 olduğunu ve problemlili kumar oynayanların oranının %1,4 olduğunu ortaya koymuştur (30). Öte yandan, İstanbul'da 12-18 yaş arası 6116 ergenle yapılan bir çalışma çevrim içi kumar oynama oranını %12,4 olarak bulmuştur (31). Türkiye genelinde 2019'da 19,825 kişiyle yapılan bir çalışmada ise problemlili kumar oynama oranının %19 olduğu belirtilmiştir (32).

DEĞERLENDİRME

Kumar Oynama Bozukluğu (KOB) tanısı almış hastalarla yapılacak ilk görüşmeler, ayrıntılı ve kapsamlı olmalıdır. Bu görüşmelerde, değişim süreçleri göz önünde bulundurularak hastaların durumları değerlendirilmelidir. Bazı hastaların aileleri tarafından zorla yönlendirilmiş olabileceği veya utanç ve üzüntü gibi duygularla açık olmamış olabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Detaylı ve düzenli yapılan hasta değerlendirmeleri, hastanın durumunu anlamak ve tedavi planını oluşturmak için yardımcı olacaktır. Başvuru şikayetleri, geçmiş psikiyatrik öyküsü, aile öyküsü gibi detaylar gözden geçirilmelidir. Hastanın kumar oynama alışkanlığının başlangıcı, seyri ve etkileri hastanın ifadeleri doğrultusunda kaydedilmelidir. Kumar alışkanlığının şiddeti, sıklığı, oynanan oyun türleri, motivasyonu, olumlu ve olumsuz sonuçları ile bireyin işlevselliği değerlendirilmelidir. Diğer psikiyatrik hastalıkların varlığı, özellikle alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi, incelenmeli ve hastanın kendine zarar verme riski detaylı olarak değerlendirilmelidir. Görüşmenin sonunda, hastanın beklentileri dinlenmeli ve tedavi planı aktarılmalıdır.

Hastaların genel psikiyatrik değerlendirmesi için psikometrik testlerin yanı sıra kumar oynama alışkanlığını ölçmeye yönelik testler de uygulanmalıdır (33). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış bazı ölçekler arasında Soath Oaks Kumar Tarama Testi, DSM-5 için geliştirilen Kumar Bozukluğu Tarama Testi, Kumar Oynama Nedenleri Ölçeği, Kumar Aşırma Ölçeği ve Kazanca Yakın Kayıp Ölçeği bulunmaktadır (34-39). Bu ölçekler, hastaların kumar alışkanlıklarını değerlendirmede kullanılabilir.

Klinik Gidiş

Kumar Oynama Bozukluğu (KOB), başlangıçta zararsız görünen bir davranış olmasına rağmen, altta yatan yatkınlık ve koruyucu faktörlerin dengesine bağlı olarak bağımlılığa dönüşebilir. KOB, erkeklerde kadınlara göre daha sık gözlenir ve bu durum, kadınlarda başlangıcın geç olmasıyla ilişkilendirilerek daha hızlı seyir izleyebilir ve depresyon gibi eşlik eden sorunlarla daha sık birlikte görülebilir. Kumar oynamaya başlama yaşı genellikle 20'li yaşların ortasından 30'lu yaşların sonlarına kadar değiş-

mektedir (5,6). Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde okul problemleri öne çıkarken, yetişkinlikte ekonomik ve ilişkisel sorunlar daha belirgin hale gelir. Ergenlik, genç yetişkinlik, düşük sosyoekonomik seviye, psikopatolojik özellikler ve dürtüsellik gibi faktörler KOB riskini artırırken, düşük depresyon seviyesi ve erkek cinsiyet tedavi sürecinde olumlu sonuçların öngörücüsü olabilir (40-43). Ayrıca, KOB tanısı alan bireylerin çoğunda psikiyatrik bozukluklar ve intihar düşünceleri gibi psikiyatrik eş tanıları da sıkça gözlenmektedir (44-46).

TEDAVİ

KOB tedavisine ilişkin yapılandırılmış tedavi uygulamalarının etkinliği ile ilgili çalışmaların sayısı kısıtlı olmasına rağmen ayaktan tedavi, yataklı tedavi, bireysel ve grup terapileri gibi tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Depresyon ve intihar riski taşıyan hastaların hastanede tedavi edilmesi önerilmektedir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu hastalarına benzer şekilde, kumar oynama bozukluğu olan hastaların çoğunluğu aileleri tarafından tedaviye yönlendirilmektedir ve sadece küçük bir kısmı kendi istekleriyle tedavi arayışına girmektedirler (47). Tedavide, Bilişsel Davranışçı Psikoterapi (BDT) temelli psikososyal müdahaleler ve opioid antagonistleri gibi ilaç tedavileri önemli yer tutmaktadır. İlaç tedavilerine ilişkin çalışmalarda, hastaların tedaviyi tamamlama oranı %59 olarak bildirilmiştir (48).

Farmakolojik tedavilerin yanında KOB ve diğer davranışsal bağımlılıkların tedavisi için invaziv olmayan beyin stimülasyonu (NIBS) (49) madde kullanımı isteği (50), bilişsel ve bağımlılık semptomlarının hedeflenmesi (51) için bir tedavi olarak ortaya çıkmıştır (52). Tekrarlayan transkraniyal manyetik stimülasyon (rTMS) beyinde lokalize bir elektrik alanı üreten manyetik alan aracılığıyla etkisini gösteren invaziv olmayan bir nöromodülasyon tekniğidir (50). Gay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada rTMS sonrasında kumar oynama isteğinin azaldığı bildirilirken (53); Pettoroso ve arkadaşlarının çalışmasında KOB hastalarının rTMS seanslarının potansiyel bir tedavi olarak test edilebileceğini göstermektedir (52). Yapılan bu çalışmalar rTMS 'nin KOB tedavisinde umut verici bir tedavi yöntemi olabileceğini göstermektedir.

Psikososyal Müdahaleler

Hasta ilk müracaat ettiğinde kumar öyküsü ile hastanın tedavi motivasyonu, daha sonra kumar ile ilişkili olan ailevi, mesleki, yasal ve finansal problem değerlendirilmelidir. Komorbid psikiyatrik durumların sık gözleniyor olması göz ardı edilmemeli ve eş tanı varlığına yönelik sorgulamalar yapılmalıdır. İntihar riski ile ilgili değerlendirilme mutlaka ayrıntılı bir şekilde yapılmalı ve gerekirse tedavi önceliği verilmelidir. Evlilik problemleri ön planda ise aile terapisi değerlendirilmelidir. Yurt dışında gerçekleştirilen çalışmalarda "adsız kumarbazlar" adı ile bilinen kendine yardım ve akran grupları tedavinin ilk sırasını alırken, ülkemizde henüz aktif bir şekilde kullanılmamaktadır. Mo-

tivasyonel görüşme yöntemleri, BDT ve kısa müdahaleler, etkinliği gösterilmiş olan psikososyal müdahale yöntemleridir (54).

Yenilik arayışı, dürtüsellik ve duygu kontrolündeki güçlükler gibi bireysel farklılıklar sebebi ile heterojen bir yapıda olan kumar oynama bozukluğu hastaları endofenotipik ve fenotipik olarak dürtüsel, duygusal ve koşullanmış davranışçı olmak üzere bazı alt tiplere göre sınıflandırılmaktadır. Bu sebeple hastayı değerlendikten sonra hastanın klinik, psikopatolojik ve kişilik özelliklerine göre standart tedavi protokolleri yerine bireye özgü uygun tedavi yaklaşımı uygulanmalıdır.

Tedavinin ilk basamağını kumar oynama bozukluğuna yönelik psikoeğitim verilmesi oluşturmaktadır. Hastalar ve yakınları kumar bağımlılığını bir hastalıktan ziyade, irade eksikliği, ahlaki ya da kişilik bozukluğu olarak değerlendiriyor olabilir. Hasta ve hasta yakınlarına kumar bağımlılığının nörobiyolojik özelliklerini içeren psikoeğitimin verilmesi hastaların tedavi uyumlarını arttırmaktadır. Birçok psikososyal müdahale yönteminin kullanıldığı kumar oynama bozukluğu tedavi sürecinde üzerinde en çok çalışma yapılan ve etkinlikleri kanıtlanmış olan tedavi yöntemleri motivasyonel görüşme tekniği ile BDT'dir. Özellikle utanç, damgalama ve ambivalansın ön planda olduğu kumar oynama bozukluğu hastalarında motivasyonel görüşme yöntemlerinin hem tek başına hem de diğer tekniklerle birlikte uygulandığında kumar oynama bozukluğunun şiddeti, kumar oynama sıklığı, ekonomik kayıplar ve tedaviden kopma oranlarını azalttığı gösterilmiştir (54). Motivasyonel görüşmede uygulanan teknikler ile değişim konusunda ambivalans yaşayan hastaların sıklıkla önemsemedikleri kumar oynama davranışını analiz ederek değişim için adım atmaları hedeflenmektedir. Kumar oynama bozukluğu hastalarında etkinliği kanıtlanmış diğer bir tedavi yaklaşımı olan BDT, bilişsel bozulma, kumar oynama isteği, riskli durumlar ve aşermeye karşı oluşan duygusal tepkiler gibi bilişsel bileşenler ile istek/tetikleyiciler ile baş edebilmek için alternatif davranışlara odaklanan davranışsal bileşenleri ele alır. BDT ile hastaların kumar davranışları ile ilgili bilişsel çarpıtmaları anlamalarını kolaylaştırmak, tekrarlayıcı kumar oynama davranışı, büyüsel düşünce ve irrasyonel inançlarının zayıflamasına yönelik bilişsel yapılanma ve davranışsal değişiklikler hedeflenmektedir (55). Bağımlılık şiddeti, yoksunluk ve aşerme seviyelerinin azaltılmasında etkili olduğu gösterilen farkındalık temelli psikoterapi yaklaşımı kumar oynama ile ilgili ruminatif düşüncelerin azaltılması, bilişsel ve davranışsal esnekliğin sağlanması ve yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olmaktadır.

İlaç tedavileri

Çeşitli tedavi kılavuzlarında kumar oynama bozukluğunda ilaç tedavi yaklaşımlarına yönelik uygulamalar belirtilmiş olsa da kumar oynama bozukluğu tedavisinde ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) ve Avrupa Tıp Ajansı (EMA) ta-

rafından etkinliği kanıtlanmış ve onaylanmış bir ilaç bulunmamaktadır. Nörofarmakolojik etkilerine ve klinik özelliklerine göre kumar oynama bozukluğu tedavisinde etkili olduğu düşünülen ve en çok çalışma yapılmış olan ilaç grupları opioid, serotonerjik, dopaminerjik, glutamaterjik nörotransmitter yolakları üzerinden etki eden antidepresanlar, opioid antagonistleri ve duygudurum düzenleyicilerdir (56) approved treatment guidelines are currently not available. The aim of this study was to systematically review the literature on the pharmacological and psychosocial treatment of adults with GD, and to identify possible agreed-upon standards of care. METHODS: MEDLINE, PubMed, Cochrane, Web of Science, Embase, and CINAHL electronic databases were searched up to April 2019 for systematic reviews on pharmacological, psychosocial, and combined treatment of adults with GD. Twenty-six studies were eventually included in this meta-review. RESULTS: Studies reported promising results of opioid antagonists and mood stabilizers in reducing GD-related symptomatology. Lithium was particularly effective in subjects with comorbid bipolar disorders. Cognitive behavioral therapy (CBT).

Opioid antagonistlerinden biri olan Naltrekson, alkol ve madde kullanım bozukluklarında etkili olduğu kanıtlanmış, kumar oynama bozukluğu şiddeti ve sıklığını azaltmada olumlu sonuçlar vermiştir. Benzer şekilde, Nalmefen de yüksek dozlarda kumar oynama bozukluğu şiddetini azaltmada etkili görünmektedir (48,55-59).

Özellikle serotonin üzerinde etkili olan SGI grup antidepresan ilaçların duygudurum bozukluğu olan vakalarda kumar oynama şiddetini azaltabileceği belirtilmiştir (48). Alkol ve madde kullanım bozukluklarında aşerme ve relaps önlemede etkili olduğu bilinen Duygudurum dengeleyici grubundaki ilaçların dürtüsellik azaltmada etkili olabileceği belirtilmektedir. Özellikle, bipolar bozuklukla birlikte görülen kumar oynama bozukluğunda lityum, sodyum valproat gibi ilaçlar, plaseboya göre daha etkili bulunmuştur (60).

Tedavi yaklaşımı özet olarak; tedavi motivasyonu olmayan hastalarda kısa müdahalelerin, tedavi motivasyonu olan her hastaya motivasyonel görüşme ile birlikte BDT uygulanması psikososyal yaklaşımın temelini oluşturmaktadır. Eşlik eden psikiyatrik bir hastalık yoksa ve tedavi konusunda istekli ise ve her ne kadar endikasyon almamış olsa da naltrekson gibi opioid reseptör antagonistlerinin kullanımı değerlendirilmelidir. Eğer alkol kullanım bozukluğu eşlik ediyor ya da ailesel alkol kullanım bozukluğu öyküsü mevcut ise naltreksondan daha fazla fayda göreceği dikkate alınmalıdır. Eşlik eden Bipolar Bozukluk ise Lityum gibi duygudurum dengeleyiciler, diğer duygudurum bozuklukları eşlik ediyorsa SSRI grubu antidepresanlar ön planda değerlendirilmelidir (6).

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. DSM-5 American

- Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edit. Arlington, VA; 2013.
2. Kumar ne demek TDK Sözlük Anlamı [Internet]. [cited 2020 Dec 18]. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>
 3. Gambling | Definition of Gambling by Merriam-Webster [Internet]. [cited 2020 Dec 18]. Available from: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/gambling>
 4. Laplante DA, Nelson SE, Labrie RA et al. Disordered gambling, type of gambling and gambling involvement in the British Gambling Prevalence Survey 2007. *The European Journal of Public Health* 2011;21(4):532-7.
 5. Heinz A, Romanczuk-Seiferth N, Potenza MN. Gambling disorder. *Gambling Disorder*. 2019; pp. 1–320.
 6. Potenza MN, Balodis IM, Derevensky J et al. Gambling disorder. *Nat Rev Dis Prim* 2019;5(1):1-10.
 7. Sharpe L. A reformulated cognitive - Behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clin Psychol Rev* 2002;22(1):1–25.
 8. van Holst RJ, van den Brink W, Veltman DJ et al. Why gamblers fail to win: A review of cognitive and neuroimaging findings in pathological gambling. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2010;34:87–107.
 9. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR. Neural and psychological underpinnings of gambling disorder: A review. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* 2016;65:188–93.
 10. Hodgins DC, Stea JN, Grant JE. Gambling disorders. *Lancet* 2011;378(9806):1874–84.
 11. Leeman RF, Potenza MN. A targeted review of the neurobiology and genetics of behavioural addictions: An emerging area of research. *Can J Psychiatry* 2013;58(5):260–73.
 12. Slutske WS, Eisen S, True WR et al. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(7):666–73.
 13. Goudriaan AE. Integrating neurocognition from bench to bedside in gambling disorder: from neurocognitive to translational studies. *Curr Opin Behav Sci* 2020;31:83–8.
 14. Potenza MN. Neurobiology of gambling behaviors. *Curr Opin Neurobiol* 2013;23(4):660-7.
 15. Zhang K, Clark L. Loss-chasing in gambling behavior: neurocognitive and behavioural economic perspectives. *Current Opinion in Behavioral Sciences* 2020;31:1-7.
 16. Goudriaan AE, Yücel M, van Holst RJ. Getting a grip on problem gambling: What can neuroscience tell us?. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 2014;8:141.
 17. Brooks G, Ferrari M, Clark L. Cognitive factors in gambling disorder, a behavioral addiction. In: *Cognition and Addiction*. Elsevier; 2020 p.209–19.
 18. Kovács I, Richman MJ, Janka Z et al. Decision making measured by the Iowa Gambling Task in alcohol use disorder and gambling disorder: a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 2017;181:152–61.
 19. Sharman S, Clark L, Roberts A et al. Heterogeneity in Disordered Gambling: Decision-Making and Impulsivity in Gamblers Grouped by Preferred Form. *Front Psychiatry* 2019;10:588.
 20. Potenza MN. Neurobiology of gambling behaviors. *Curr Opin Neurobiol* 2013;23(4):660–7.
 21. Bullock SA, Potenza MN. Pathological Gambling: Neuropsychopharmacology and Treatment. *Curr Psychopharmacol* 2012;1(1):67–85.
 22. Yip SW, Worhunsky PD, Xu J et al. Gray-matter relationships to diagnostic and transdiagnostic features of drug and behavioral addictions. *Addict Biol* 2018;23(1):394–402.
 23. Zois E, Kiefer F, Lemenager T et al. Frontal cortex gray matter volume alterations in pathological gambling occur independently from substance use disorder. *Addict Biol* 2017;22(3):864–72.
 24. Clark L, Boileau I, Zack M et al. Neuroimaging of reward mechanisms in Gambling disorder: an integrative review. *Mol Psychiatry* 2019;24:674–93.
 25. Yip SW, Lacadie C, Xu J et al. Reduced genual corpus callosal white matter integrity in pathological gambling and its relationship to alcohol abuse or dependence. *World J Biol Psychiatry* 2013;14(2):129–38.
 26. Balodis IM, Potenza MN. Imaging the Gambling Brain. In: *International Review of Neurobiology*. Academic Press Inc.; 2016. p. 111–24.
 27. Gerstein DR, Volberg RA, Toce MT et al. Gambling Impact and Behavior Study. Report to the National Gambling Impact Study Commission. NORC at the University of Chicago, 1999.
 28. Calado F, Griffiths MD. Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *J Behav Addict*. 2016;5(4):592–613.

29. Grant JE, Chamberlain SR. Gambling and substance use: Comorbidity and treatment implications. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2020;340: 109852.
30. ESPAD Group. ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Internet]. Luxembourg: EMCDDA Joint Publications; 2020.
31. Arıcak OT. Problematic online betting among Turkish adolescents. *J Gambl Stud* 2019;35(1):31–45.
32. Unubol H, Hızlı Sayar G. Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası Proje Sonuç Raporu, 2019 (Vol.21). Üsküdar Üniversitesi Yayınları, 2019.
33. George S, Murali V. Pathological gambling: An overview of assessment and treatment. *Adv Psychiatr Treat* 2005;11(6):450–6.
34. Duvarcı I, Varan A. South Oaks Kumar Tarama Testi Türkçe Formu Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyat Derg* 2001;12(1):34–45.
35. Evren C, Evren B, Dalbudak E et al. Development and psychometric validation of the Turkish Gambling Disorder Screening Test: a measure that evaluates gambling disorder regarding the American Psychiatric Association framework. *Psychiatry Behav Sci* 2020;10(3):116.
36. Arcan K, Karancı AN. Kumar oynama nedenleri ölçeğinin uyarılma, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyat Derg* 2014;15(3):248–56.
37. Buran A, Çakıcı M, Çakır G et al. Turkish validity and reliability study of gambling craving scale. *Anadolu Psikiyat Derg* 2019;21(Special Issue 1):84–6.
38. Çakıcı M, Sancar N, Buran A et al. Near-miss scale: A new measurement tool for determining gambling tendency. *Anadolu Psikiyat Derg* 2019;21(Special Issue 1):104–7.
39. Sacco P, Torres LR, Cunningham-Williams RM et al. Differential Item Functioning of Pathological Gambling Criteria: An Examination of Gender, Race/Ethnicity, and Age. *J Gambl Stud* 2011;27(2):317–30.
40. Dowling NA, Merkouris SS, Greenwood CJ et al. Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev* 2017;51:109–24.
41. Raylu N. Treatment Planning for Problem Gamblers 2016;2(1):1–14.
42. MacLaren VV, Fugelsang JA, Harrigan KA et al. The personality of pathological gamblers: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011;31(6):1057–67.
43. Merkouris SS, Thomas SA, Browning CJ et al. Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2016;48:7–31.
44. Kessler RC, Hwang I, Labrie R et al. The prevalence and correlates of DSM-IV Pathological Gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 2008;38(9):1351–60.
45. Karlsson A, Håkansson A. Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. *J Behav Addict* 2018;7(4):1091–9.
46. Ronzitti S, Soldini E, Smith N et al. Current suicidal ideation in treatment-seeking individuals in the United Kingdom with gambling problems. *Addict Behav* 2017;74:33–40.
47. Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *Am J Psychiatry* 2006;163(2):297–302.
48. Kraus SW, Etuk R, Potenza MN. Current pharmacotherapy for gambling disorder: a systematic review. *Expert Opin Pharmacother* 2020;21(3):287–96.
49. Sauvaget A, Trojak B, Bulteau S, Jiménez-Murcia S, Fernández-Aranda F, Wolz, I, et al. Transcranial direct current stimulation (tDCS) in behavioral and food addiction: a systematic review of efficacy, technical, and methodological issues. *Front. Neurosci.* 2015; 9:349. doi: 10.3389/fnins.2015.00349
50. Hadar A, Zangen A. Brain Stimulation as a Novel Technique for Craving Management and the Treatment of Addiction. In: Wilson SJ, editor. *The Wiley Handbook on the Cognitive Neuroscience of Addiction*. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. pp. 357–89
51. Pettorruso M, Spagnolo PA, Leggio L, Janiri L, Di Giannantonio M, Gallimberti L, ... & Martinotti G. Repetitive transcranial magnetic stimulation of the left dorsolateral prefrontal cortex may improve symptoms of anhedonia in individuals with cocaine use disorder: a pilot study. *Brain Stimulation: Basic, Translational, and Clinical Research in Neuromodulation*, 2018; 11(5), 1195-1197.
52. Pettorruso M, Martinotti G, Montemitro C, De Risio L, Spagnolo PA, Gallimberti L, ... & Brainswitch Study Group. Multiple sessions of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation as a potential treatment for gambling addiction: A 3-month, feasibility study. *European Addiction Research*, 2020; 26(1), 52-56.
53. Gay A, Boutet C, Sigaud T, Kamgoue A, Sevos J, Brunelin J, & Massoubre C. A single session of repetitive transcranial magnetic stimulation of the prefrontal cortex reduces cue-induced craving in

- patients with gambling disorder. *European Psychiatry*, 2017; 41(1), 68-74.
54. McIntosh C, O'Neill K. Evidence-based treatments for problem gambling. Springer; 2017.
 55. Petry NM, Ginley MK, Rash CJ. A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychol Addict Behav* 2017;31(8):951.
 56. Di Nicola M, De Crescenzo F, D'Alò GL et al. Pharmacological and Psychosocial Treatment of Adults With Gambling Disorder: A Meta-Review. *J Addict Med* 2020;14(4):15–23.
 57. Choi SW, Shin YC, Kim DJ et al. Treatment modalities for patients with gambling disorder. *Ann Gen Psychiatry* 2017;16(1):1–8.
 58. Grant JE, Odlaug BL, Schreiber LRN. Pharmacological treatments in pathological gambling. *Br J Clin Pharmacol* 2014;77(2):375–81.
 59. Abbott MW. Professionally delivered interventions for gambling disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2019;32(4):313–9.
 60. Hollander E, Pallanti S, Allen A et al. Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *Am J Psychiatry* 2005;162(1):137–45.

PSYCHOLOGY-RELATED FACTORS OF INTERNET ADDICTION: LITERATURE REVIEW

Eda Deligöz¹

¹Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Doktora Programı, İstanbul • Orcid: 0000-0001-7037-5527

Yazışma Adresi/Correspondence: Eda Deligöz

Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Doktora Programı, İstanbul
eda.deligoz@st.uskudar.edu.tr

DOI: 10.32739/car.2024.8.1.224

İnternet Bağımlılığının Psikolojile İlişkili Faktörleri: Literatür Taraması

Psychology-Related Factors of Internet Addiction: Literature Review

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, "internet", "bağımlılık", "internet bağımlılığı", "psikoloji" anahtar kelimelerini kullanarak internet bağımlılığının psikolojile ilişkili faktörlerini incelemek olmuştur. Çalışmada internet bağımlılığı kavramıyla ilgili literatürde yer alan diğer çalışmaların bulgularını bir araya getirmiş, bir literatür taraması şeklinde okuyucuya sunulmuştur. Özellikle Covid-19 pandemisiyle birlikte çevrimiçi aktivitelerin artması ve toplum içerisindeki bireylerin psikolojik olarak bu durumdan etkilenmelerinden bahsedilmiştir. İnternet bağımlılığı çalışmaları psikoloji, klinik psikoloji, psikiyatri ve diğer disiplinlerle ortaklaşa çalışılabilen bir boyutta yer almıştır. Konunun multidisipliner bir yaklaşımla ele alınışı, kapsamlı ve bilgilendirici bir içerik oluşturacağı yönünde olmuştur. Araştırmanın yöntemi, Türkiye ve Dünya'da internet bağımlılığı ve psikolojile ilgili 1999- 2021 yılları arasında YÖK Ulusal Tez Merkezi, Google Akademik, ProQuest, ResearchGate veri tabanlarına "bağımlılık", "internet bağımlılığı", "internet", "psikoloji" anahtar kelimeleri ile arama yapılarak toplamda 40 makale, kitap, yüksek lisans ve doktora tezi bulunmuş ve araştırmanın örnekleme için seçilmiş olan 34 makale, kitap ve lisansüstü tez materyali ifade edilmiştir. Araştırma sonucu, İnternet ve sosyal medya kullanıcılarının her geçen gün artması, hayatlarının her alanında çevrimiçi olarak ilerlemeleri, kullanıcılarda internet bağımlılığı geliştirebilecekleri yönünde olmuştur.

Anahtar Kelimeler: internet bağımlılığı, bağımlılık, internet, psikoloji

ABSTRACT

The aim of this research was to examine the psychology-related factors of internet addiction by using the keywords "internet", "addiction", "internet addiction", "psychology". The study brought together the findings of other studies in the literature on the concept of internet addiction and presented them to the reader in the form of a literature review. It has been mentioned that especially with the Covid-19 pandemic, online activities have increased and individuals in the society have been psychologically affected by this situation. Internet addiction studies have taken place in a dimension where they can be studied jointly with psychology, clinical psychology, psychiatry and other disciplines. The fact that the subject was addressed with a multidisciplinary approach was intended to create a comprehensive and informative content. The method of the research was based on the databases of YÖK National Thesis Center, Google Scholar, ProQuest, ResearchGate between 1999 and 2021 regarding internet addiction and psychology in Turkey and the World, with the keywords "addiction", "internet addiction", "internet", "psychology". A total of 40 articles, books, master's and doctoral theses were found by searching, and 34 articles, books and master's thesis materials were selected for the sample of the research. The result of the research is that the number of Internet and social media users is increasing day by day, and they are progressing online in every aspect of their lives, and users may develop internet addiction.

Keywords: internet addiction, addiction, internet, psychology

INTRODUCTION

Technological developments make our lives easier and contribute to social progress, but unconscious and excessive use can also lead to major problems and dangers (1). In an event titled “The Effects of Addictive Behaviors on Public Health” attended by World Health Organization (WHO) experts, internet addiction was included in the “mental health problem/behavioral disorder” category (2).

Addiction is generally thought to be related to chemical substances such as drugs, but research has revealed that addiction can also be developed to technological tools such as the internet (3). Behavioral addictions may include diagnostic criteria of mental preoccupation, mood lability, tolerance, withdrawal, interpersonal conflict and relapse, such as physical and psychological addiction, which are the main components of addiction, as in alcohol-substance addictions (4).

Technological devices are smart devices that can be used for taking photos, recording videos, accessing the internet, providing video communication, navigation, and our daily sports activities; It has become a part of daily life and routines thanks to its ability to control the movements made during exercise, heartbeat (pulse), and count the steps taken during the day (5).

Along with the developmental period, adolescence; It can be described as a period in which emotional fluctuations occur, identity crisis is experienced, friendship and social environment are more important than the adolescent’s parents, and the adolescent often has to struggle with crises (6, 7). These intense emotional problems, the need for socialization, the search for identity, and the changes that affect the adolescent’s own body and mental health have made technology, the internet, and digital environments an attractive tool for adolescents (8).

Internet addiction

The subject of internet addiction is included under different headings in the literature: “Uncontrolled internet use”, “pathological internet use”, “excessive internet use”, “problematic internet use”, “compulsive internet use”, “internet addiction disorder”, “cyber addiction”. It has been called by different names such as “technological addiction” (9). Technological addictions fall within the scope of non-chemical behavioral addictions and are based on human-machine interaction (4).

While technology addictions are included under the title of behavioral addictions in the literature; It can be said that addictions such as “social media addiction, phone addiction, game addiction and internet addiction” are included under the technology heading.

Young (1996) deemed it sufficient to meet 5 of the 8 criteria listed below to be diagnosed with internet addiction (3). According to Young (1996), who considers internet

addiction as a psychiatric disorder (8), some diagnostic criteria are: Internet obsession (excessive thinking about the previous online activity, expectation of the next online activity), the need to use the Internet in increasing amounts to achieve satisfaction, and control of Internet use. Unsuccessful attempts to reduce, stop, and reduce internet use, anxiety when trying to stop, distressed (restless), depressed, resentful mood, spending more time online, on the internet than intended, relationships related to internet use, job, education, career opportunities. It can be expressed as endangering/taking the risk of losing, lying to family members, therapists and others to hide the details of internet use, running away from problems, using the internet as a way to get rid of burnout (feeling of helplessness, anxiety, depression).

It is stated that individuals diagnosed with internet addiction often preoccupy themselves with the internet instead of facing problems such as depression and anxiety, that internet users suffer from compulsive overuse, and that these need to be treated with known addiction treatment methods (10).

METHOD

The aim of this research was to examine the psychology-related factors of internet addiction by using the keywords “internet”, “addiction”, “internet addiction”, “psychology”. Studies in Turkish and international databases in the literature are discussed from the perspective of psychology. The universe of this research is the keywords “addiction”, “internet addiction”, “internet”, “psychology” in YÖK National Thesis Center, Google Scholar, ProQuest, ResearchGate databases between 1999 and 2021 regarding internet addiction and psychology in Turkey and the World it was found by searching. As a result of the search, 40 articles, books, master’s and doctoral theses were found. 34 articles, books and graduate thesis materials were selected as the sample of the research. The books, articles and graduate thesis materials included in the sample were saved to the computer in “.pdf” format. In the research, a general research trend was revealed by examining the articles, books, master’s and doctoral theses and information contained in the research about the concepts of “internet addiction” and “psychology” in the world and in Turkey. The literature examined is simply explained, reinterpreted and presented to the reader.

RESULT

In today’s society, where technology is developing rapidly and the internet is easily accessible, instead of trying to keep users away from being online and imposing bans, raising awareness about how long and how the internet is used can turn into addiction, explaining the beneficial aspects of the internet for users, encouraging individuals, especially children and adolescents, It can be said that issues such as informing are more important (11).

Computers, robots, automation and other types of technological innovations are expressed as reasons that stress individuals (12). The Internet maintains its uniqueness by advancing in every aspect of our lives and making users dependent on it (13). In today's internet age, the number of online communities has increased rapidly, and people prefer online communication for communication and socialization (14).

Examples of unhealthy use of the internet and computers in school-age children include violent games, long-term use, visiting inappropriate sites, long-term conversations and the fatigue caused by these, insomnia, attention disorders, lack of interest in the environment, detachment from real life, and economic difficulties (15). Internet addiction, which can cause difficulties in individuals' social, academic and professional lives, increases during adolescence (16).

Inadequate or incomplete communication skills in interpersonal relationships; It can have negative effects on individuals' vital areas by causing situations such as loneliness, family problems, professional problems, dissatisfaction, stress, and physical diseases (17).

"Internet addiction" is a disorder that causes individuals to put aside their family, school, home and work responsibilities and needs to be identified, diagnosed and treated; Cyber-sex, flirting, chatting, gambling, pornography, playing in the stock market, participating in auctions, virtual games, and obsessively seeking new information (10).

Behaviors such as checking whether there are messages and calls, feeling anxiety, anxiety and tension when out of coverage area and in places where usage is limited, leaving the phone on for 24 hours, and going to bed with a smartphone are generally observed in nomophobic individuals (5).

In his psycho-social development model, Erikson mentions that personal and social identity development is a long-term journey that continues throughout life and includes the stages of the identity formation process (18). While extroverted individuals upload more photos, make status updates and are more frequently viewed on their profiles, it can be said that introverted individuals make more likes, comments and shares (19).

The message intended to be given to users is *"if you can change yourself with filters, you can be better and more than other users"* (20, 21).

It becomes important for individuals to announce their identity to more followers and to be applauded, liked, appreciated and approved by them, and the most beautiful, filtered life stories and visuals, without any shortcomings, are shared (22, 21). Many of the "Generation Z" and subsequent generations state that they lack self-confidence because they do not have enough followers (23).

According to the research results included in Balcı and Gülnar's (2009) study (24), %13 of the participants stated that the internet negatively affects their lives, causes failure in their academic studies and professional lives, and weakens their interpersonal relationships and communication in social life; Users diagnosed with internet addiction experience circadian rhythm sleep disorders, complain of physical fatigue, and while non-addicted people spend 4.9 hours weekly on the internet, addicted users spend 38.5 hours; Men prefer online games that involve force and violence, while women prefer anonymous communication methods that allow them to hide their own images; Pathological Internet Users (PIU) consist of men who are technologically knowledgeable, like to play online games, and feel comfortable and competent while online in chat rooms; Internet addicts are 3 times more online, can spend time on instant messaging, e-mail, playing games, and are also aware that the Internet is fun and are negatively affected by the Internet; Internet addicts turn to the Internet to overcome their shyness, to increase their communication with people, to engage in an emotional search, with the motivation to socialize, and then it becomes difficult for them to give up; There is a decrease in the social dialogues of student internet users in daily life; There was a decrease of %21.9 in face-to-face communication with family, %18.4 with friends, and %5.9 in relationships with spouse/lover; It is stated that male students have higher internet addiction levels than female students.

Batıgün - Durak and Hasta's (2010) study (17), participants connect to the Internet from their homes (%54), cafes (%25.4), workplaces (%8.9), schools (%7.5) and places outside these environments (%4.3) has been detected.

Scherer and Bost in 1997, which Cengizhan (2005) mentioned in his study (15), they investigated the effects of internet use on students in a study involving 531 students, and %13 of the sample stated that internet use; They stated that it negatively affected their academic studies, professional performance and social life, and %2 of them stated that they perceived that the internet had a negative impact on their lives.

The most common psychopathological conditions that are comorbid with internet addiction are; substance use (%38), mood disorder (%33), anxiety disorder (%10), psychotic disorder (%14), depression or dysthymia (%25) (4), Attention Deficit and Hyperactivity Disorder-ADHD (%100), major depression disorder (%75), hostility and aggression (%66), Obsessive Compulsive Disorder - OCD (%60), social phobia (%57) (25).

Aged 15-23 (mean 16.26), it was found that ADHD, depression, social phobia and feelings of hostility accompanied internet addiction more frequently in males; it is stated that ADHD and depression are more common in

girls with internet addiction (26).

According to the results of the mentioned research (25, 4, 24, 26), pathological internet users can be described as less functional and more lonely people in their real lives compared to other individuals.

Similar to face-to-face communication, people try to obtain information about others in online environments in order to know their expectations and answers in advance (27).

In this regard, social media users try to disclose themselves, present themselves on social networks, have them approved and prove their uniqueness (22, 21).

According to studies, it is stated that the use of smart devices such as the internet, computers and phones is associated with psychological disorders (3, 19, 28, 29, 32).

It can be mentioned that the interactive structure of social networking networks and the ability of mobile communication technologies to enable communication regardless of time and place allow social media users to enter new environments where they will not feel lonely and strengthen their relationships (11). Especially in line with these opportunities, adolescents and young individuals' enthusiastic use of social media for long periods of time affects their approach towards the internet and causes young people to experience many psychological processes (18). It can be mentioned that the behaviors exhibited in social media environments may have significant differences between generations and that studies in this direction will make a significant contribution to the literature (34).

DISCUSSION

In this study, which touched upon the psychological factors of Internet addiction, it was mentioned that more than one factor was involved in the process. It has been mentioned that the psychopathological pattern of Internet addiction can be seen as comorbid with other complications. According to recent studies published in the literature, it is mentioned that the use of smart devices such as the internet, computers and phones is associated with psychological disorders. (32, 29, 28, 30, 31).

Organizing training for internet users and including topics such as the effects of virtual environments on the psychological and physical developmental characteristics of individuals, developing addiction prevention strategies for computers, internet and smart devices, and healthy use of computers, internet and smart devices will be beneficial in preventing the development of addiction it could be. In today's world where technology is rapidly developing and the internet is easily accessible, it can be said that issues such as trying to keep users away from being online, raising awareness about how long and how the internet is used can turn into addiction instead of imposing bans, explaining the beneficial aspects of the internet for users,

and informing users, especially children and adolescents, are important. (1).

In this digital age, it can be mentioned the importance of developing a conscious perspective that users should use the internet and social media environments in a healthier way while being on the internet and virtual environments. Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), major depression disorder, which accompanies internet addiction, because children and young people who cannot leave the house, drop out of school, give up their social activities and develop an addiction to the internet cannot leave the computer, cannot put their phones down and play online games for long hours, Obsessive Compulsive Disorder (OCD), social phobia, etc. may experience psychological problems.

Risk factors for addiction include the intensity of anger, the presence of a hostile-pessimistic attitude, a negative friend-peer environment, conflicts/discussions and lack of communication within the family, low academic performance and course success, and insufficiency in activities outside of school.

Today, access to the Internet and social media environments is provided from many social areas such as work, school and home life. Computers, robots, automation and other types of technological innovations are among the important reasons that stress individuals (12). The fact that adolescents and young individuals use the internet environment with excitement and for long periods of time affects their approach towards the internet and causes young people to experience many psychological processes (18).

Repeating this study in the future may be important in making predictions by comparing it with the findings of new studies. The limitations of the study can be said to include the findings of research on certain search engines. It can be said that in subsequent studies, the sample group can be kept larger to enable more comprehensive data collection, thus increasing the validity of the information.

REFERENCES

1. Erses T, Müezzini- Emre E. İnsani değerler psiko- eğitim programının ergenlerde internet kullanımına etkisi. *International Journal of Humanity and Education*, 2018, 4(7), 313- 326.
2. Dost A, Doğan A, Hıyar D. Hemşirelik öğrencilerinde internet bağımlılığı. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2021, 4(3), 393- 401.
3. Griffiths M. Internet addiction: Fact or fiction?. *The Psychologist*, 1999, 12(5), 246-250.
4. Arısoy Ö. İnternet bağımlılığı ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009, 1, 55-67.
5. Işık M, Kaptangil İ. Akıllı telefon bağımlılığının

- sosyal medya kullanımı ve beş faktör kişilik özelliği ile ilişkisi: Üniversite öğrencileri üzerinden bir araştırma. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 2018, 7 (2), 695- 717.
6. Johansson A, Götestam KG. Internet addiction: Characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12–18 years). *Scandinavian journal of psychology*, 2004, 45 (3), 223-229.
 7. Steinberg L. (2007). Ergenlik. (2.Baskı, F Çok, Çev.). İmge Kitabevi Yayınları: İstanbul.
 8. Griffiths M. Sex on the internet: Observations and implications for internet sex addiction. *Journal of sex research*, 2001, 38 (4), 333-342.
 9. Caplan SE. Problematic internet use and psychosocial well-being: development of a theory based cognitive behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behaviour*, 2002, 18(5), 553-575.
 10. Ekici A. Aziz Antonius'un baştan çıkarılması: Bir kötü alışkanlık olarak internet. *Cogito*, 2002, 30, 227- 235.
 11. Müezzini- Ece E. "İnternet bağımlılığı", Eğitim Teknolojileri Okumaları, 2016, 365- 382.
 12. Koçer S, Yazıcı T. Üniversitelerde teknolojiye bağlı örgütsel stres: Kocaeli üniversitesi iletişim fakültesi üzerine bir inceleme. *Dijital İletişim Etkisi Uluslararası Akademik Konferansı Bildiri Kitabı*, 2014, 450- 471.
 13. Karahisar T. İletişim teknolojilerindeki gelişmeler ve iş yerlerinde çalışan mahremiyeti. *Dijital İletişim Etkisi Uluslararası Akademik Konferansı Bildiri Kitabı*, 2014, 472- 486.
 14. Çelebi E. Dijital sosyalleşme: Çevrimiçi sosyalleşmenin sosyal bağlılık, kaygı, depresyon ve mutluluk üzerine etkileri. *Dijital İletişim Etkisi Uluslararası Akademik Konferansı Bildiri Kitabı*, 2014, 548- 555.
 15. Cengizhan C. Öğrencilerin bilgisayar ve internet kullanımında yeni bir boyut: "İnternet bağımlılığı". *Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2005, 22, 83- 98.
 16. Bağatarhan T, Siyez D.M. Programs for preventing internet addiction during adolescence: A Systematic Review. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 2017, 4(2), 257- 265.
 17. Batugün- Durak A, Hasta D. İnternet bağımlılığı: Yalnızlık ve kişilerarası ilişki tarzları açısından bir değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2010, 11, 213- 219.
 18. Boz N. (2012). Yeni iletişim ortamlarında dijital kimlik ve benlik sunumu. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
 19. Karaoğlu, B. (2015). Gündelik hayatta benlik sunumunun sosyal paylaşım ağı Facebook üzerinden incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
 20. Niedzwiecki H. (2010). Dikizleme Günlüğü. Ayrıntı Yayınları: İstanbul.
 21. Uğurlu Ö. Kadının benlik sunumunun güncel bir aracı olarak sosyal ağlar bir tasarım unsuru: "Kusursuzlaştırma". *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2015, 8 (1), 231- 248.
 22. Koç M. Dramaturjik teori çerçevesinde sosyal medyada engelli bireylerin benlik sunumu. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 2017, 10 (1), 262- 281.
 23. Yolaç E. (2017). Sapere Aude, Sola Yayınları: İstanbul.
 24. Balcı Ş, Gülnar B. Üniversite öğrencileri arasında internet bağımlılığı ve internet bağımlılarının profili. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 2009, 6 (1), 5-22.
 25. Alyanak B. İnternet Bağımlılığı. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 2016, 8 (5), 20-24.
 26. Şenormancı Ö, Konkan R, Süngür MZ. İnternet bağımlılığı ve bilişsel davranışçı terapisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2010, 11, 261- 268.
 27. Öksüz B. Sosyal ağ sitelerinde izlenim yönetimi ve işe alım. *Dijital İletişim Etkisi Uluslararası Akademik Konferansı Bildiri Kitabı*, 2014, 487- 500.
 28. Augner C, Hacker GW. Associations between problematic mobile phone use and psychological parameters in young adults. *International journal of public health*, 2012, 57, 437-441.
 29. Jang KS, Hwang SY, Choi JY. Internet addiction and psychiatric symptoms among Korean adolescents. *Journal of School Health*, 2008, 78 (3), 165-171.
 30. Öner K, Arslantaş H. Depression, internet addiction and loneliness relations in adolescents of high school students. *Jurnal Medical Braşovean*, 2016, 1, 45- 51.
 31. Öner K, Arslantaş H. Internet addiction in high school students, affecting factors and relationship between internet addiction and depression risk. *Jurnal Medical Brasovean*, 2018, 1, 38- 49.
 32. Thatcher A, Goolam S. Development and psychometric properties of the problematic internet use questionnaire. *South African Journal of Psychology*, 2005, 35 (4), 793-809.
 33. Çaycı B, Karagülle AE. Ağ toplumunda sosyalleşme ve yabancılaşma. *The Turkish Online Journal of Design, Art and Communication*, 2014, 4 (1), 1-9.

34. Bonsaksen T, Ruffolo M, Leung J, Price D, Thygesen H, Schoultz M, Geirdal AO. Loneliness and its association with social media use during the COVID-19 outbreak. *Social Media+ Society*, 2021, 7 (3).

TÜTÜN KULLANIMI İLE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

İrem Teke Bulut¹, Ceylan Ergül Arslan²

¹ Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans Programı • Orcid: 0000-0003-3016-2708

² NPIstanbul Beyin Hastanesi, Tıp Fakültesi, Üsküdar Üniversitesi • Orcid: 0000-0001-6635-5195

Yazışma Adresi/Correspondence: İrem Teke Bulut

Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans Programı

e-posta: psk.iremteke@gmail.com

DOI: 10.32739/car.2024.8.1.225

Tütün Kullanımı ile Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikolojik İyi Oluş Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

The Relationship Between Tobacco Use And Difficulty In Emotion Regulation And Psychological Well-Being Levels Examining The Relationship

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada tütün kullanan bireylerin duygu düzenleme güçlük düzeyleri ile psikolojik iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırmanın çalışma grubunu 18-65 yaş arasındaki kişiler oluşturmuştur. Araştırma verileri sanal olarak Google Formlar yoluyla 212 kişiye ulaşılarak toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan 'Sosyodemografik Bilgi Formu' ile 'Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği' (DDGÖ) ve 'Psikolojik İyi Oluş Ölçeği' (PİÖÖ) ölçekleri katılımcılara online olarak gönderilmiş olup cevaplamaları istenmiş ve cevaplar değerlendirilerek toplanmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamında sigara kullanan 212 katılımcının verileri incelenmiştir. Katılımcıların sosyodemografik değişkenlerinin duygu düzenleme güçlüğü ve psikolojik iyi oluş düzeyleriyle karşılaştırılmıştır. Ayrıca, sigara kullanan bireylerin duygu düzenleme güçlükleri ve psikolojik iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada elde edilen bulgulara göre, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, psikolojik rahatsızlık, ailede sigara içen bireyin olması durumu, sigara içme sebebi değişkenleri bakımından psikolojik iyi oluş ve duygu düzenlemede güçlükler puanlarında anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Sonuç: Sigara kullanan bireylerde Psikolojik iyi oluş ile duygu düzenleme güçlüğü arasında negatif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Duygu düzenleme güçlüğü toplam puanı psikolojik iyi oluş puanlarını negatif yönlü ve anlamlı düzeyde yordamaktadır. Oluşturulan model varyansı %14 oranında açıklamaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının psikolojik iyi oluş puanlarını yordayıcılığına ilişkin bulgulara göre, duygu düzenleme stratejileri geliştirmede güçlük puanlarının psikolojik iyi oluş puanlarını negatif yönlü ve anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Oluşturulan model varyansı %16 oranında açıklamaktadır.

Anahtar Kelimeler: duygu düzenleme, duygular, psikolojik iyi oluş, sigara bağımlılığı

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to decipher the relationship between the emotion regulation difficulty levels and psychological well-being levels of individuals who use tobacco.

Method: The study group of this study was composed of people between the ages of 18-65 Dec. The research data were collected by reaching 212 people virtually through a survey. The data were sent to the participants online with the 'Sociodemographic Information Form' prepared by the researcher, the 'Emotion Regulation Difficulty Scale' (DERS) and the 'Psychological Well-Being Scale' (PWB) scales and they were asked to answer and the answers were evaluated and collected.

Results: Within the scope of the study, the data of 212 participants who smoked were examined. The sociodemographic variables of the participants were compared with their emotion regulation difficulties and psychological well-being levels. In addition, the relationship between emotion regulation difficulties and psychological well-being levels of smokers was examined. According to the findings obtained in the study, significant differences were found in the scores of psychological well-being and difficulties in emotion regulation in terms of gender, marital status, employment status, income level, psychological disorder, presence of a smoker in the family, reason for smoking.

Conclusion: In addition, a negative, moderate and significant relationship was found between psychological well-being and difficulty in regulating emotion in smokers. The total score of emotion regulation difficulty predicts psychological well-being scores negatively and significantly. The model explains the variance by 14%. According to the findings regarding the prediction of psychological well-being scores by sub-dimensions of emotion regulation difficulties, it was found that difficulty scores in developing emotion regulation strategies predicted psychological well-being scores negatively and significantly. The model explains the variance at a rate of 16%.

Keywords: emotion regulation, emotions, psychological well-being, nicotine addiction

GİRİŞ

Tütün kullanımı her toplumda sık görülen yaygın bir davranıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünya nüfusunun %32,7'si tütün kullanmakta olup Türkiye'de ise bu oran %30,7'dir (1). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine bakıldığında ise Türkiye'de yetişkin grubu erkeklerin %52,9'u, yetişkin kadın grubunun ise %24,1'i her gün sigara kullanmaktadır (2). Dünyada yıl boyunca beş milyon kişinin ülkemizde ise yüz bin kişinin yaşamının sonlanmasına yol açan tütün önlenilebilir ölüm nedenleri içerisinde ilk sıradadır. Sigaranın ise tütün kullanım yöntemi olduğu bilinmektedir (3).

Tütün kullanımında bu iki kavramın önemi doğrultusunda literatüre bakıldığında tütün kullanımı ile duygu düzenleme gücülüğü ve psikolojik iyi oluşa bir arada bakılmadığı görülmektedir. Çalışmada sigara kullanan bireylerin duygu düzenleme gücülüğü ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin belirlenmesi ve bu kavramların tütün kullanımı ile ilişkisinin incelenmesi literatürdeki bu eksikliği giderip, fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada tütün kullanan bireylerin duygu düzenleme gücülüğü düzeyleri ile psikolojik iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Tütün bağımlılığı, dünya genelinde karşı karşıya kalınan halk sağlığını tehdit eden sorunlardan biri olarak ifade edilmektedir. Dünya nüfusunun önemli bir kısmı tütün kullanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri incelendiğinde tütün kullanımına bağlı yılda 8 milyondan fazla insan hayatını kaybetmektedir, buna pasif içicilikten kaynaklanan yaklaşık 1,2 milyon ölüm de dahildir (1). Sigara kullanımının en yaygın olduğu on ülke arasında yer alan Türkiye'de ise sigara tüketenlerin sayısı 16 milyon olarak bildirilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye nüfusunun %54,5'i hiç sigara ve benzeri tütün ürünü kullanmazken, %28'i her gün tütün ürünleri kullanmaktadır (2).

Tütünün birden çok kullanım şekli olmasıyla beraber çiğnenerek kullanılması eski zamanlara uzanmaktadır. Yakılıp dumanının içe çekilerek kullanılmasının net bir tarihi yoktur. Tütünün en yaygın kullanım biçimi ise sigaradır (3). Sigara, tütünün sarılıp yakılmasıyla çıkan dumanın içe çekilerek içilmesidir. Tütünün, sigara biçiminde sarılıp içilmesi 20. Yüzyıla dayanmaktadır (4).

Sigara kullanımı olan bireyler bunu öfke, stres ve kaygı gibi olumsuz duygulardan kurtulmak amacı ile yapılan bir davranış olarak belirtmektedirler. Bu nedenle olumsuz duygularla başa çıkma yolu olarak görünen kısır bir döngü haline gelmiş olan tütün kullanımının azalması veya sonlanması ancak kişinin yeni baş etme yöntemleri edinmesinden ve duygu düzenleme kontrolünü güçlendirmesinden geçmektedir (5). Tütün kullanımının başlatılıp devam ettirilmesinde önemli kavramlar dikkat çekmektedir bunlardan ilki; duygu düzenleme gücülüğüdür. Duyguların, içinde bulunulan ortam ile uyumlu halde olmama-

sından kaynaklı zarar verici olabileceği görüşü duygu düzenleme kavramının ortaya çıkmasını etkilemiştir. Duygu düzenleme, kişilerin psikolojik iyi oluşunu etkilemekte ve bireylerin iyi oluşlarında duyguların, önemli bir konumu bulunmaktadır. Özellikle olumlu duygular, stresli yaşam olayları sırasında durumu kontrol edebilme becerisini geliştirmektedir (5).

Duygu düzenleme, bireyde aktif duruma gelen duygulara yönelik değişiklikler olarak tanımlanmaktadır. Bu duygularla ilgili meydana gelen değişiklikler, duyguyu, yoğunluğu ve devamlılık süresi gibi etkenleri barındırmaktadır. Başka bir tanımlama ile duygu düzenleme, duygularımızı nasıl yaşadığımızı, nasıl ifade ettiğimizi ve bu duyguları nasıl değiştirmeye çalıştığımızı ifade eder. Yapılan araştırmalardan edinilen bilgilere göre duygu düzenlemenin üç temel boyutu bulunmaktadır. Bunlardan ilki, duyguları düzenlerken kişinin bu duyguları olumlu ya da olumsuz olarak düzenleme imkanının bulunması olarak belirtilmektedir. İkinci olarak, duygu düzenlemenin ilk etapta bilinçli bir şekilde yapıldığı fakat ilerleyen aşamalarda bilinçli bir farkındalık hali olmadan ilerlediği, son olarak ise kullanılan duygu düzenleme formlarına daha öncesinde iyi veya kötü şeklinde varsayımında bulunamayacakları olarak ifade edilmiştir (6).

Duyguların olması gereken biçimde düzenlenemediği takdirde duygu düzenleme gücülüğü ortaya çıkmaktadır. Duygu düzenleme gücülüğü, deneyimlenmiş veya halihazırda içinde bulunulan duygularla baş etmede zorluk ya da yetersizlik olarak tanımlanmaktadır (7).

Duygu düzenleme gücülüğü, bireyin duygularına yönelik bilinçli farkındalığının bulunmaması, duygularını anlayıp kabul etmede zorluk yaşama, olumsuz duygulanım hali sırasında dürtü kontrol ve odaklanmada zorlanma, duygu düzenleme becerilerinde yetersiz kapasiteye sahip olma nedeni ile baş etmede yetersiz kalma gibi durumlarla tanımlanmaktadır (8). Duygu düzenlemede zorluk yaşayan kişiler istenmeyen duyguları kontrol etmekte güçlük yaşamakta olup bunun verdiği kaygı ve stresle baş etmek istemektedirler. Bu kişiler yaşanan rahatsızlıkla baş etmek için tütün kullanımına yönelebilmektedirler. Bu durumu kontrol etmek için başlanan tütün kullanımı tekrarlayıp devamlı hale gelmektedir (9). Bireyler bazı maddelerin kullanımını sonucunda duygu durumlarının değiştiğini fark etmişlerdir. Bu değişikliğin kalıcı ve uzun süreli olmamasının yanı sıra bireyleri anlık olarak rahatlatıldığını keşfetmeleri bağımlılığın yadsınamaz bir problem olarak var olmasına neden olmuştur (10).

Duygu düzenleme gücülüğü, kişilerin işlevselliklerine etki etmektedir. Başka bir deyişle yaşam kalitesini düşürmekte, sosyal ilişkilerini, çalışabilmelerini ve üretebilmelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir; bu nedenle de duygu düzenleme gücülüğünün bireylerin ruh sağlığı açısından önemli bir sorun olarak görüldüğü bilinmektedir (11). Yapılan bir araştırma sonucu duygu düzenleme gücülüğü-

nün, yetişkinlerde alkol ve madde kullanımı, yeme bozuklukları, anksiyete ve duygu durum bozuklukları ile ilişkili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (12).

Tütün kullanımında etkili olan bir diğer kavram ise psikolojik iyi oluştur. Psikolojik iyi oluş kavramı, kişinin kendi yeteneklerinin farkında olması, yaşamdaki stres faktörlerinin üstesinden gelebilmesi, üretken ve faydalı olabilmesi doğrultusunda topluma katkıda bulunması şeklinde belirtilmekte olup insanın bir bütün olarak iyilik halini koruması ve bunu sürdürüp geliştiren bir yaşam biçimine sahip olması olarak tanımlanmaktadır (13).

Psikoloji literatüründe iyi olma durumunun pozitif ve negatif duyguların dengelenmesi olarak belirtildiği görülmektedir. Başka bir tanıma göre iyi oluş kavramı, soyut, çok yönlü, karmaşık ve sosyolojik bir olgu olarak ifade edilmektedir (14). İyi olma kavramı ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde araştırmacılar iyi oluş kavramının iki ana bileşenden oluştuğunu belirtmektedir (15). Bu iki bileşenden ilki haz ikincisi ise psikolojik işlevsellik olarak adlandırılmaktadır (16). Hazcı yaklaşım iyi oluş kavramını, mutluluk ve doyum ile ilişkili olduğu şekildedir. Bu bakış açısı iyi oluş için gereken tek kriterin kişi ve kişinin değerleri olduğunu belirtmektedir. Psikolojik işlevsellik yaklaşımında ise hazcı bakış açısından farklı bir tanımlama yapılarak iyi oluş kavramını kendini gerçekleştirme ve işlevselliğin sağlıklı bir şekilde yerine getirilmesi olarak tanımlanmıştır (5).

YÖNTEM

Bu araştırmanın çalışma grubunu 18-65 yaş arasındaki kişiler oluşturmuştur. Araştırma verileri sanal olarak Google Formlar yoluyla 212 kişiye ulaşılarak toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan 'Sosyodemografik Bilgi Formu' ile 'Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği' (DDGÖ) ve 'Psikolojik İyi Oluş Ölçeği' (PİOÖ) ölçekleri katılımcılara online olarak gönderilmiş olup cevaplamaları istenmiş ve cevaplar değerlendirilerek toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler online anket yöntemi ile toplanmış olup, istenilen verilerin toplanmasında ilk olarak demografik bilgilere ilişkin soruların olduğu ve katılımcının sigara kullanımının değerlendirilmesine yönelik sorulardan oluşan araştırmacı tarafından hazırlanmış Sosyodemografik Bilgi Formu bulunmaktadır, ardından duygu düzenleme becerilerini ölçmeyi amaçlayan Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16) ve son olarak kişinin psikolojik iyi oluş düzeyine yönelik oluşturulmuş Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ) kullanılmıştır. Katılımcılar, kendilerine iletilen ankete başlamadan önce bilgilendirilmiş onam formunu inceleyerek çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmişlerdir.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Bu form içerisinde katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin soruların bulunduğu ve kişilerin sigara kullanımının değerlendirilmesine

yönelik soruları barındıran toplamda 14 sorudan oluşan bir bilgi formudur. Formun ilk 8 maddesi kişinin sosyodemografik bilgilerine yönelik yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi sorulardan oluşurken diğer maddelerde sigara kullanım sıklığı ve miktarı, sigara kullanım nedenleri gibi kişinin sigara kullanımını ölçmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ): Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Gratz ve Roemer tarafından geliştirilmiş olup Türkçe uyarlamasını Yiğit ve Guzey Yiğit tarafından yapılmıştır (17). Ölçek 1 (hemen hemen hiç), 2 (bazen), 3 (yaklaşık yarı yarıya), 4 (çoğu zaman), 5 (hemen hemen her zaman) arası derecelendirilen 5'li Likert ölçekten oluşmaktadır. Toplamda 5 alt boyut ve 16 maddeden oluşmaktadır. Bu 5 alt boyut; açıklık, kabul etmeme, stratejiler, dürtü ve amaçlar olarak adlandırılmıştır. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamakta olup yüksek puanlar daha şiddetli duygu düzenleme güçlüğü düzeyini ortaya koymaktadır (17). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .92 ve test-tekrar test güvenilirliği ise .85 bulunmuştur. Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayısı açıklık, .84, kabul etmeme, .78, stratejiler, .87, dürtü, .87 ve amaçlar, .84 olarak bulunmuştur (17).

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ): İlk olarak Ryff tarafından PİOÖ oluşturulmuştur. Diener tarafından da mevcut iyi oluş ölçümlerini tamamlayıcı ve sosyopsikolojik iyi oluşu ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ise Telef tarafından yapılmıştır (18). PİOÖ, 1(kesinlikle katılmıyorum) - 7(kesinlikle katılıyorum) arası derecelendirme ile cevaplanmaktadır. Ölçek toplamda 8 maddeden oluşmakta olup tüm maddeler olumlu şekilde ifade edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan ise 56'dır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı .80 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test sonucunda ölçeğin birinci ve ikinci uygulaması arasında yüksek oranda, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. (18).

BULGULAR

Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve sigara kullanımına ilişkin değişkenler Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. Sosyodemografik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri

Sosyodemografik Değişkenler	Gruplar	f	%
Cinsiyet	Erkek	86	40.6
	Kadın	126	59.4
Medeni durum	Bekar	130	61.3
	Evli	82	38.7

Eğitim düzeyi	Lise	49	23.1
	Üniversite	124	58.5
	Lisansüstü	39	18.4
Çalışma durumu	Evet	157	74.1
	Hayır	55	25.9
Gelir düzeyi	Düşük	20	9.4
	Orta	165	77.8
	Yüksek	27	12.7
Psikolojik rahatsızlık	Evet	25	11.8
	Hayır	187	88.2
	Toplam	212	100.0

Tablo 1'deki sosyodemografik değişkenlerin dağılımına göre, 212 katılımcının 86'sı erkek ve 126'sı kadındır. Katılımcıların 130 kişisi bekar ve 82 kişisi evlidir. Eğitim düzeyi lise ve altı olan 49 kişi, üniversite düzeyi olan 124 kişi ve lisansüstü düzeyi olan 39 kişi bulunmaktadır. Çalışan 157 kişi ve çalışmayan 55 kişi bulunmaktadır. Gelir düzeyi düşük olan 20 kişi, orta düzey olan 165 kişi ve yüksek düzey olan 27 kişi bulunmaktadır. Psikolojik rahatsızlık tanısı olan 25 kişi ve tanısı olmayan 187 kişi bulunmaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların sigara kullanımı ile ilgili değişkenlerinin tanımlayıcı istatistikleri

Sigara kullanımı ile ilgili değişkenler	Gruplar	F	%
Günde içilen sigara sayısı	0-10	100	47.2
	11-20	85	40.1
	21-40	24	11.3
	41'den fazla	3	1.4
Ailede sigara kullanan birey	Var	156	73.6
	Yok	56	26.4
Sigara kullanmaya başlamakta etkili faktör	Aile	13	6.1
	Arkadaş çevresi	164	77.4
	Okul ortamı	14	6.6
	Diğer	21	9.9
Sigara bırakma deneyimi	Evet	107	50.5
	Hayır	105	49.5
Alışkanlık	Evet	125	59.0
	Hayır	87	41.0
Keyif verdiği için	Evet	127	59.9
	Hayır	85	40.1
Sıkıntı giderme	Evet	45	21.2
	Hayır	167	78.8
Psikolojik olarak rahatlatma	Evet	107	50.5
	Hayır	105	49.5
	Toplam	212	100.0

Tablo 2'de sigara kullanımına ilişkin değişkenler incelendiğinde, günde 0 ile 10 sigara içen 100 kişi, 11-20 adet sigara içen 85 kişi, 21-40 adet arası sigara içen 24 kişi ve 41 adetten fazla sigara içen 3 kişi bulunmaktadır. Ailesinde sigara içen aile bireyi olan 156 kişi ve ailesinde sigara içen birey olmayan 56 kişi bulunmaktadır. Sigaraya başlamakta etkili olan faktörün aile olduğunu belirten 13 kişi, arkadaş çevresi olduğunu belirten 164 kişi, okul ortamı olduğunu belirten 14 kişi ve diğer yanıtını veren 21 kişi bulunmaktadır. Daha önce sigarayı bıraktığını belirten 107 kişi ve daha önce sigara bırakma denemesi yapmamış olan 105 kişi bulunmaktadır. Sigarayı alışkanlık olduğu için kullanan 125 kişi, keyif verdiği için kullanan 127 kişi, sıkıntı gidermek için sigara kullanan 45 kişi ve psikolojik olarak rahatlatıldığı için sigara kullanan 107 kişi bulunmaktadır.

Tablo 3. Araştırmada kullanılan ölçeklerin puanları, katılımcıların yaşı ve sigaraya başlama yaşı ortalama değerlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Değişkenler	N	\bar{x}	ss	Çarpıklık	Basıklık
Yaş	212	31.22	9.529	.940	-.038
Sigaraya başlama yaşı	211	18.69	4.889	2.350	11.604
Psikolojik İyi Oluş Toplam	212	43.71	7.304	-1.480	3.316
DDGÖ-16 Açıklık	212	4.71	1.850	.690	.105
DDGÖ-16 Hedefler	212	8.49	3.050	.235	-.869
DDGÖ-16 Dürtü	212	6.28	2.987	.930	.246
DDGÖ-16 Stratejiler	212	11.05	4.934	.820	.151
DDGÖ-16 Kabul Etmeme	212	6.05	2.927	1.131	.619
DDGÖ-16 Toplam	212	36.57	13.246	.728	.092

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

Tablo 2'deki puan ortalamaları incelendiğinde, çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 arasında değiştiği görülmüştür. Bununla birlikte, psikolojik iyi oluş puanlarının basıklık değerinin +3'e dayandığı görülmektedir. Bazı araştırmalar, +3 basıklık değerinin normal dağılım ölçütünü karşıladığını göstermiştir. Bu durum, araştırmada kullanılacak analizlerin parametrik olabileceğini göstermektedir (19).

Karşılaştırma Bulguları

Sosyodemografik değişkenler bakımından psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme güçlükleri düzeyleri karşılaştırılması için, parametrik ölçümler tercih edilmiştir. İkili grupların (cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu) karşılaştırılması için Bağımsız örneklem t-testi testi uygulanmıştır. İki'den fazla grup içeren değişkenlerle yapılan karşılaştırmalar için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Takip testi olarak Scheffe Post hoc testi tercih edilmiştir. Araştırmada anlamlılık düzeyi 0.05 ve 0.001 düzeyinde alınmıştır.

Tablo 4. Cinsiyet değişkeni bakımından katılımcıların psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme güçlükleri puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Cinsiyet	N	\bar{x}	Ss	t	P
Psikolojik İyi Oluş Toplam	Erkek	86	44.08	7.129	.615	.539
	Kadın	126	43.45	7.438		
DDGÖ-16 Toplam	Erkek	86	32.91	12.158	-3.405	.001**
	Kadın	126	39.06	13.423		

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

Tablo 4'te cinsiyet değişkeni bakımından psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme güçlüğü toplam puanlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, cinsiyete göre psikolojik iyi oluş puanlarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($t(210) = .615$; $p = .539$; $p > 0.05$). Duygu düzenleme güçlükleri toplam puanının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği ve kadınların duygu düzenleme güçlüğü puanlarının erkek katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t(210) = -3.405$; $p = .001$; $p < 0.001$).

Tablo 5. Medeni durum değişkeni bakımından katılımcıların psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme güçlükleri puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Cinsiyet	N	\bar{x}	Ss	t	p
Psikolojik İyi Oluş Toplam	Bekar	130	42.75	7.962	-2.421	.016*
	Evli	82	45.22	5.850		
DDGÖ-16 Toplam	Bekar	130	38.88	13.327	3.282	.001**
	Evli	82	32.89	12.325		

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

Tablo 5'te medeni durum değişkeni bakımından psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme güçlüğü toplam puanlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, medeni durum göre psikolojik iyi oluş puanlarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t(210) = -2.421$; $p = .016$; $p < 0.05$). Evli katılımcıların psikolojik iyi oluş puanları bekar katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlükleri toplam puanının medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterdiği ve bekarların duygu düzenleme güçlüğü puanlarının evli katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t(210) = -3.282$; $p = .001$; $p < 0.001$).

Tablo 6. Eğitim düzeyi değişkeni bakımından katılımcıların psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme güçlükleri puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim düzeyi	N	\bar{x}	Ss	F	Sd	p	Post hoc
Psikolojik İyi Oluş Toplam	Lisansüstü	39	45.82	6.723				
	Lise	49	44.06	8.430	2.475	2/209	.087	Fark yok
	Üniversite	124	42.90	6.906				
	Toplam	212	43.71	7.304				
DDGÖ-16 Toplam	Lisansüstü	39	34.00	10.712				
	Lise	49	34.24	14.768	2.572	2/209	.079	Fark yok
	Üniversite	124	38.29	13.161				
	Toplam	212	36.57	13.246				

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

Tablo 6'da eğitim düzeyi değişkeni bakımından psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme güçlüğü toplam puanlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü ANOVA bulgularına göre, eğitim düzeyine göre psikolojik iyi oluş puanlarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($F(2,209) = 2.475$; $p = .087$; $p > 0.05$). Duygu düzenleme güçlükleri toplam puanının eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($F(2,209) = 2.572$; $p = .079$; $p > 0.05$).

Tablo 7. Gelir düzeyi değişkeni bakımından katılımcıların psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme güçlükleri puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Gelir düzeyi	N	\bar{x}	Ss	F	Sd	p	Post hoc
Psikolojik İyi Oluş Toplam	Düşük	20	42.00	6.078				
	Orta	165	43.49	7.655	2.345	2/209	.098	
	Yüksek	27	46.30	5.173				
	Toplam	212	43.71	7.304				

DDGÖ-16 Toplam	Düşük (1)	20	43.50	12.911				
	Orta (2)	165	36.05	13.563	3.241	2/209	.041*	1>3
	Yüksek (3)	27	34.56	9.955				
	Toplam	212	36.57	13.246				

** $p<0.01$ * $p<0.05$

Tablo 7'de gelir düzeyi değişkeni bakımından psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme güclüğü toplam puanlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü ANOVA bulgularına göre, gelir düzeyine göre psikolojik iyi oluş puanlarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($F(2,209)=2.345$; $p=.098$; $p>0.05$). Duygu düzenleme güçlükleri toplam puanının gelir düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği ve düşük gelir düzeyindeki katılımcıların duygu düzenleme güclüğü puanlarının yüksek gelir düzeyindeki katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($F(2,209)=3.241$; $p=.041$; $p<0.05$).

Tablo 8. Çalışma durumu değişkeni bakımından katılımcıların psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme güçlükleri puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma Durumu	N	\bar{x}	Ss	t	p
Psikolojik İyi Oluş Toplam	Evet	157	44.39	6.987	2.340	.020*
	Hayır	55	41.75	7.882		
DDGÖ-16 Toplam	Evet	157	34.78	12.419	-3.405	.001**
	Hayır	55	41.67	14.289		

** $p<0.01$ * $p<0.05$

Tablo 8'de çalışma durumu değişkeni bakımından psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme güclüğü toplam puanlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre, çalışma durumuna göre psikolojik iyi oluş puanlarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t(210)=2.340$; $p=.020$; $p<0.05$). Çalışan katılımcıların psikolojik iyi oluş puanları çalışmayan katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlükleri toplam puanının çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ve çalışmayanların duygu düzenleme güclüğü puanlarının evli katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t(210)=-3.405$; $p=.001$; $p<0.001$).

4.3. Korelasyon ve Regresyon Bulguları

Araştırmaya katılan ve sigara kullandığını belirten 212 kişinin psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme güçlükleri düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson korelasyonu uygulanmıştır. Psikolojik iyi oluş puanlarının duygu düzenleme güclüğü tarafından yordayıcılığının incelenmesi için çoklu regresyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 9. Katılımcıların yaşı, sigaraya başlama yaşı, psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme güçlükleri puanları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon bulguları

Değişkenler	\bar{x}	Ss	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Yaş	31.22	9.529	1								
Sigaraya başlama yaşı	18.69	4.889	.209**	1							
Psikolojik İyi Oluş Toplam	43.71	7.304	.173*	.100	1						
DDGÖ-16 Toplam	36.57	13.246	-.313**	-.077	-.375**	1					
DDGÖ-16 Açıklık	4.71	1.850	-.180**	-.068	-.251**	.659**	1				
DDGÖ-16 Hedefler	8.49	3.050	-.269**	-.019	-.264**	.827**	.527**	1			
DDGÖ-16 Dürtü	6.28	2.987	-.278**	-.152*	-.313**	.819**	.425**	.570**	1		
DDGÖ-16 Stratejiler	11.05	4.934	-.306**	-.067	-.388**	.935**	.569**	.716**	.688**	1	
DDGÖ-16 Kabul Etmeme	6.05	2.927	-.222**	-.018	-.291**	.836**	.409**	.579**	.662**	.739**	1

** $p<0.01$ * $p<0.05$

Tablo 18'deki korelasyon bulgularına göre, katılımcıların yaşı ile psikolojik iyi oluş puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.173$; $p<0.01$). Yaş arttıkça psikolojik iyi oluş puanları artmaktadır. Yaş ile DDGÖ toplam ($r=-.313$; $p<0.01$), DDGÖ açıklık ($r=-.180$; $p<0.01$), DDGÖ hedefler ($r=-.269$; $p<0.01$), DDGÖ dürtü ($r=-.278$; $p<0.01$), DDGÖ stratejiler ($r=-.306$; $p<0.01$) ve DDGÖ kabul etmeme ($r=-.222$; $p<0.01$) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Yaş azaldıkça duygu düzenleme güclüğü puanları artış göstermektedir. Sigaraya başlama yaşı azaldıkça DDGÖ dürtü alt boyutu puanları artış göstermektedir

($r=-.152$; $p<0.05$).

Psikolojik iyi oluş ile DDGÖ toplam ($r=-.375$; $p<0.01$), DDGÖ açıklık ($r=-.251$; $p<0.01$), DDGÖ hedefler ($r=-.264$; $p<0.01$), DDGÖ dürtü ($r=-.313$; $p<0.01$), DDGÖ stratejiler ($r=-.388$; $p<0.01$) ve DDGÖ kabul etmeme ($r=-.291$; $p<0.01$) puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Psikolojik iyi oluş puanları azaldıkça duygu düzenleme güçlüğü puanları artış göstermektedir.

Tablo 10. Psikolojik iyi oluş puanlarının duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları tarafından yordanmasına ilişkin çoklu regresyon analizi bulguları

Model	B	SH	B	T	p	F	R ²
(Sabit)	50.390	1.530		32.944	.000		
DDGÖ-16 Açıklık	-.197	.314	-.050	-.628	.531		
DDGÖ-16 Hedefler	.133	.227	.056	.586	.558	7.692***	.16
DDGÖ-16 Dürtü	-.240	.229	-.098	-1.047	.296		
DDGÖ-16 Stratejiler	-.509	.179	-.344	-2.844	.005**		
DDGÖ-16 Kabul Etmeme	.041	.250	.016	.162	.871		
a. Bağımlı değişken: Psikolojik İyi Oluş Toplam							

Tablo 19'da psikolojik iyi oluş puanlarının duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları tarafından yordanmasına ilişkin çoklu regresyon analizi bulguları verilmiştir. Oluşturulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(5,206)=7.692$; $p<0.01$). Bulgulara göre, DDGÖ stratejiler alt boyutunun ($\beta=-.34$; $p<0.01$) psikolojik iyi oluş puanlarını negatif yönlü ve anlamlı düzeyde yordadığı ve oluşturulan modelin varyansın %16'sını açıkladığı bulunmuştur.

Tablo 11. Psikolojik iyi oluş puanlarının duygu düzenleme güçlüğü toplam puanları tarafından yordanmasına ilişkin doğrusal regresyon analizi bulguları

Model	B	SH	B	T	P	F	R ²
(Constant)	51.273	1.371		37.391	.000		
DDGÖ-16 Toplam	-.207	.035	-.375	-5.866	<.001***	34.412***	.14
a. Bağımlı değişken: Psikolojik İyi Oluş Toplam							

Tablo 20'de psikolojik iyi oluş puanlarının duygu düzenleme güçlüğü toplam tarafından yordanmasına ilişkin doğrusal regresyon analizi bulguları verilmiştir. Oluşturulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(1,210)=34.412$; $p<0.01$). Bulgulara göre, DDGÖ toplam puanının ($\beta=-.37$; $p<0.01$) psikolojik iyi oluş puanlarını negatif yönlü ve anlamlı düzeyde yordadığı ve oluşturulan modelin varyansın %14'ünü açıkladığı bulunmuştur.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, sigara kullanan bireylerin duygu düzenleme güçlükleri ve psikolojik iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişki incelenmektedir. Araştırma kapsamında sigara kullanan 212 katılımcının verileri incelenmiştir. Katılımcıların sosyodemografik değişkenlerinin duygu düzenleme güçlüğü ve psikolojik iyi oluş düzeyleriyle karşılaştırıldığı çalışmada elde edilen bulgular ilgili literatür çerçevesinde bu bölümde tartışılmıştır.

İlk olarak, çalışmada, cinsiyet bakımından kadınların duygu düzenleme güçlüğü puanlarının erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların duygu düzenlemede erkeklerden daha yüksek puanlar bildirdiği bulgusu, duygu düzenlemede cinsiyet farklılıklarına ilişkin mevcut literatürle tutarlıdır (20). Bu literatür, kadınların yeniden değerlendirme ve problem çözme gibi uyarlanabilir duygu düzenleme stratejilerini kullanma olasılıklarının erkeklerden daha yüksek olduğunu öne sürmektedir (21).

Daha önceki çalışmalarda ortaya çıkan cinsiyet farklılıklarına yönelik olasılıklardan biri, kadınların duygularını erkeklere kıyasla daha fazla ifade edecek şekilde sosyalleşmiş olmalarıdır (22). Bu sosyalleşme, kadınların daha uyumlu duygu düzenleme stratejileri geliştirmesine yol açabilir. Diğer bir olasılık ise, erkekler ve kadınlar arasında bu cinsiyet farklılıklarına katkıda bulunan biyolojik farklılıklar olmasıdır. Örneğin, çalışmalar kadınların stres hormonu kortizol seviyelerinin erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermiştir (23). Bu yüksek kortizol seviyesi, erkeklerin duygularını düzenlemesini daha zor hale getirebilir.

Medeni durum açısından incelendiğinde, bekar katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü puanlarının evlilere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bekarların evli bireylere kıyasla duygu düzenleme güçlüklerinde daha yüksek puanlar bildirdiği bulgusu, medeni durum ve duygu düzenleme arasındaki ilişkiye dair mevcut literatürle tutarlıdır (24). Daha önce yapılan araştırmalar, evli bireylerin bekarlara kıyasla daha iyi duygu düzenleme becerilerine sahip olma eğiliminde olduğunu göstermektedir (25). Bunun nedeni muhtemelen evliliğin sosyal destek, yakınlık ve paylaşılan başa çıkma stratejileri gibi bireylerin duygularını düzenlemelerine yardımcı olabilecek bir dizi kaynak sağlamasıdır. (26).

Medeni durum bakımından psikolojik iyi oluş puanları incelendiğinde, evli bireylerin bekar bireylere göre daha yüksek psikolojik iyi oluş puanları bildirdiği bulgusu, medeni durum ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiye dair mevcut literatürle tutarlıdır (27). Bu bulgular evli bireylerin mutluluk, yaşam memnuniyeti ve ruh sağlığı gibi çeşitli göstergelerde bekarlara kıyasla daha iyi psikolojik iyi oluşa sahip olma eğiliminde olduğunu göstermektedir (28).

Medeni durum ve psikolojik iyi olma hali arasındaki bağlantı için bir dizi olası açıklama vardır. Olasılıklardan biri, evliliğin bireylere sosyal destek, yakınlık ve ortak hedefler gibi psikolojik iyi oluşlarını sürdürmelerine yardımcı olabilecek bir dizi kaynak sağlamasıdır (29). Bir diğer olasılık ise evliliğin bireylerin hayata daha olumlu bir bakış açısı geliştirmelerine yardımcı olarak onları stresin olumsuz etkilerinden koruyabilmesidir (30).

Çalışma durumu bakımından incelendiğinde, çalışan katılımcıların psikolojik iyi oluş düzeyleri çalışmayanlara göre daha yüksek, çalışmayan katılımcıların ise duygu düzenleme güçlükleri puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Çalışmayan bireylerin duygu düzenleme güçlükleri ölçümlerinde daha yüksek puanlar bildirdiği bulgusu, istihdam ve duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişkiye dair mevcut literatürle tutarlıdır (31). Öte yandan bu araştırmada elde edilen diğer bir sonuç da gelir düzeyi azaldıkça duygu düzenleme güçlükleri puanlarının arttığı şeklindedir. Daha önce yapılan araştırmalarda da, işsizliğin duygu düzenleme açısından artan kaygı, depresyon ve ruminasyon gibi bir dizi olumsuz sonuca yol açabilen stresli bir yaşam olayı olabileceğini öne sürmektedir (32). Bu olumsuz sonuçlar da daha yüksek düzeyde duygu düzenleme zorluklarına yol açabilir.

İlişkisel bulgular incelendiğinde, Katılımcıların yaşı azaldıkça duygu düzenleme güçlüğü puanlarının anlamlı düzeyde artış gösterdiği bulunmuştur. Sigaraya başlama yaşı azaldıkça duygu düzenleme güçlüğü dürtü alt boyutu puanlarının anlamlı düzeyde artış gösterdiği bulunmuştur. Psikolojik iyi oluş ile duygu düzenleme güçlüğü arasında negatif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Duygu düzenleme güçlüğü toplam puanı psikolojik iyi oluş puanlarını negatif yönlü ve anlamlı düzeyde yordamaktadır. Oluşturulan model varyansı %14 oranında açıklamaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının psikolojik iyi oluş puanlarını yordayıcılığına ilişkin bulgulara göre, duygu düzenleme stratejileri geliştirmede güçlük puanlarının psikolojik iyi oluş puanlarını negatif yönlü ve anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur.

Sigara içenler arasında duygu düzenleme güçlükleri ile psikolojik iyi oluş arasındaki negatif ilişki literatürde iyi bir şekilde ortaya konmuştur (33). Bu ilişki muhtemelen duygu düzenleme güçlüklerinin artan stres, kaygı ve depresyon gibi bir dizi olumsuz sonuca yol açabilmesinden kaynaklanmaktadır (34). Bu olumsuz sonuçlar da psiko-

lojik iyi oluş üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir.

Sigara kullananlar arasında duygu düzenleme güçlükleri ile psikolojik iyi olma hali arasındaki negatif ilişki, tiryakilerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olacak müdahalelerin geliştirilmesi açısından önemli çıkarımlara sahiptir. Duygu düzenleme becerilerini geliştirmeye odaklanan müdahaleler, sigara içenlerin sıkıntılarını sağlıklı bir şekilde yönetmelerine yardımcı olabileceğinden, sigara içenlerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olmada özellikle etkili olabilir (35).

Duygu düzenlemedeki güçlükler, algılanan COVID-19 riski ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkiye kısmen aracılık etmiştir (36). Benzer şekilde, başka bir çalışmada duygu düzenlemedeki daha büyük zorlukların sosyal ağ sitelerinin (SNS) sorunlu kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (36). İşlevsel olmayan duygusal düzenlemenin de Facebook gibi sosyal medya uygulamalarının problemli kullanımıyla ilişkili olduğu ve bu kullanımı öngördüğü bulunmuştur (36). Genel olarak, bu bulgular nikotin bağımlılığı ile duygu düzenleme zorlukları arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Duygularını düzenlemekte zorlanan bireyler, duygusal zorluklarıyla başa çıkmanın bir yolu olarak nikotin bağımlılığı geliştirmeye karşı daha savunmasız olabilirler. Benzer şekilde, duygu düzenlemedeki zorluklar internet bağımlılığı ve sosyal medya bağımlılığı gibi diğer bağımlılık türleriyle de ilişkilendirilmiştir. Bu bulgular, bağımlılığın önlenmesi ve tedavisinde duygu düzenleme güçlüklerinin ele alınmasının önemini vurgulamaktadır.

SONUÇ

Araştırmada elde edilen bulgulara göre,

- Araştırmaya sigara kullanan 212 kişi katılmıştır. (86 erkek ve 126 kadın)
- Katılımcıların %47.2'si 0-10 adet sigara tükettiğini belirtmiştir.
- Sigara kullanımında etkili olan ve en sık belirtilen faktör %77.4 oranında arkadaş çevresi olarak belirtilmiştir.
- Katılımcıların %50.5'i en az bir kez sigarayı bırakmayı denemiştir.
- Sigara kullanma sebebi olarak en sık verilen yanıt %59.9 oranında keyif verdiği için olmuştur.
- Araştırma değişkenlerinden duygu düzenleme güçlüğü kadın katılımcılarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Diğer değişken olan psikolojik iyi oluş düzeyi cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir.
- Evli katılımcıların psikolojik iyi oluş puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Bekar katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü puan-

ları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

- Eğitim düzeyine göre psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme gücüğü puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- Gelir düzeyi düşük olan katılımcıların duygu düzenleme gücüğü puanları orta ve yüksek gelir düzeyindeki katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışan katılımcıların psikolojik iyi oluş puanları çalışmayanlara göre daha yüksek; çalışmayan katılımcılarda ise duygu düzenleme gücüğü puanları çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.
- Psikolojik rahatsızlık tanısı almış kişilerin duygu düzenleme gücüğü puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.
- Ailesinde sigara kullanan kişi ya da kişilerin olduğunu belirten katılımcıların duygu düzenleme gücüğü puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.
- Sigara içme sebebinin okul ortamı olduğunu belirten katılımcıların duygu düzenleme gücüğü puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.
- Sigarayı bırakma deneyimi bakımından psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme gücüğü puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- Gün içinde içilen sigara sayısı değişkeni bakımından psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme gücüğü puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- Alışkanlık sebebiyle sigara kullanımı değişkenine göre psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme gücüğü puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- Keyif vermesi sebebiyle sigara kullanımı değişkenine göre psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme gücüğü puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- Sıkıntı giderdiği için sigara kullanımı değişkenine göre psikolojik iyi oluş ve duygu düzenleme gücüğü puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- Psikolojik olarak rahatlatması sebebiyle sigara kullanımı değişkenine göre psikolojik iyi oluş puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Psikolojik olarak rahatlatması sebebiyle sigara kullandığını belirten katılımcıların duygu düzenleme gücüğü puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların yaşı azaldıkça duygu düzenleme gücüğü puanlarının anlamlı düzeyde artış gösterdiği bulunmuştur.
- Sigaraya başlama yaşı azaldıkça duygu düzenleme gücüğü dürtü alt boyutu puanlarının anlamlı düzeyde artış gösterdiği bulunmuştur.

- Psikolojik iyi oluş ile duygu düzenleme gücüğü arasında negatif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı ilişki saptanmıştır.
- Duygu düzenleme gücüğü toplam puanı psikolojik iyi oluş puanlarını negatif yönlü ve anlamlı düzeyde yordamaktadır. Oluşturulan model varyansı %14 oranında açıklamaktadır.
- Duygu düzenleme gücüğü alt boyutlarının psikolojik iyi oluş puanlarını yordayıcılığına ilişkin bulgulara göre, duygu düzenleme stratejileri geliştirmede güçlük puanlarının psikolojik iyi oluş puanlarını negatif yönlü ve anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Oluşturulan model varyansın %16'sını açıklamaktadır.

KAYNAKLAR

1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2021: Addressing new and emerging products. World Health Organization.
2. Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2019). Türkiye Sağlık Araştırması, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661> adresinden erişildi.
3. Yavuz, M. (2020). Nikotin Bağımlılığından Psikolojik Dayanıklılık ve Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Rolü. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
4. Üneri Ö, Tural Ü, Çakın Memik N. Sizofreni ve Sigara İçimi: Biyolojik Bağlantı Nerede? Türk Psikiyatri Dergisi, 2006; 55-64.
5. Goodman, J. (2005). *Tabacco In History : The Cultures Of Dependency*. New York: Routledge.
6. Ayan, B. E. (2019). Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ile Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkide Bilişsel Çarpıtmalar ve Duygu Düzenleme Gücüğü'nün Aracı Rolü. Yüksek Lisans Tezi İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
7. Gross, J.J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
8. Leahy, R.L., Tirsch, D. ve Napolitano, L.A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
9. Demir V. Gündoğan N. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının Üniversite Öğrencilerinin Duygu Düzenleme Güçlüklerini Azaltmadaki Etkisi. Ege Eğitim Dergisi, 2018; 19 (1), 46-66.
10. Baysan Arabacı L, Ayakdaş Dağlı D, Taş G. Madde

- Kullanım Bozukluklarında Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları. *Bağımlılık Dergisi*. 2018; 19(1): 10-16.
11. Yıldırım, Z. E., Sütcü, S. T., Kuruluş, Ö., Değirmenci, M., ve Altıntoprak, E. (2017). Bağımlılık şiddetinin yordayıcıları olarak duygu düzenleme güçlüğü ve üstbiliş. *Düşünen Adam*, 30(Ek Sayı 1).
 12. Altınel, Ş. (2018). Kadınlarda Yeme Bozuklukları Belirtilerinin Algılanan Ebeveynlik Biçimi, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Psikolojik İyi Oluş Ve Yeme Tutumları İle İlişkileri Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
 13. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 1998; 2, 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
 14. Söner O, Yılmaz O. Lise Öğrencilerinin Sosyal Medya Bağımlılığı ve Psikolojik İyi Oluş Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2018; 7(13), 59-73.
 15. Dodge R, Daly AP, Huyton J, Sanders LD. The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2012; 2(3), 222–235.
 16. Huta V, Ryan RM. Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies*, 2010; 11(6), 735–762. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-009-9171-4>.
 17. Keyes CLM, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality & Social Psychology*, 2002; 82, 6, 1007-1023.
 18. Yiğit İ, Guzey Yiğit M. (2019). Psychometric Properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*, 38, 1503-1511.
 19. Telef BB. Psikolojik iyi oluş ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi [Hacettepe University Journal of Education]*, 2013;28(3), 374-384.
 20. Tabachnick, B. & Fidell L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics*, Sixth Edition. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
 21. Gross JJ, John OP. Individual differences in emotion regulation: A review of the literature and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 2003; 23(3), 351-379.
 22. Nolen-Hoeksema S, Aldao A. Gender differences in emotion regulation: Socialization and biological perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2015; 11, 459-484.
 23. Brody, L. R., & Hall, J. A. (2000). Gender and emotion: Stereotypes and variability. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed., pp. 335-363). *New York, NY: Guilford Press*.
 24. Hariri AR, Brown SM, Williamson DE, Flory JD, Uddin Z. Sex differences in amygdala response to masked emotional faces. *Biological Psychiatry*, 2004;55(1), 54-61.
 25. Coan, J. A., & Gottman, J. M. (2007). Marriage, stress, and health: How understanding your spouse can improve your own well-being. *New York, NY: Guilford Press*.
 26. Whisman MA, Uebelacker LA. Marital status and emotion regulation: A review and synthesis. *Journal of Family Psychology*, 2009;23(1), 119–130.
 27. Repetti RL, Robles TF, Reynolds S. Social support and cardiovascular reactivity: A review of the evidence. *Psychological Bulletin*, 2002; 128(5), 813–839.
 28. Carr D. Marital status and psychological well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 2005;67(5), 1244–1261.
 29. Luo Y, Zhang W. The association between marital status and psychological well-being among middle-aged and older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 2019; 23(1), 13–22.
 30. Uchino BN. Social support and physical health: A review of physiological processes. *Health Psychology*, 2004;23(4), 377–387.
 31. Fredrickson BL, Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 2002;13(2), 172–175.
 32. Binder KS, Alloy LB. The role of employment in emotion regulation and psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 2009,2(2), 128-132.
 33. De Fruyt F, Van de Wiele C, Mervielde I. Emotion regulation in unemployment: Effects of personality and coping. *Personality and Individual Differences*, 2006;40(8), 1469-1482.
 34. Schmidt NB, Zvolensky MJ, Maner JK, Stewart SH. Emotion dysregulation and smoking among treatment-seeking smokers. *Journal of Abnormal Psychology*, 2014;123(2), 355-364.
 35. Gross JJ. Emotion regulation: Past, present, and future. *Current Directions in Psychological Science*, 2015;24(6), 351-356.
 36. D'Angelo E, Zvolensky MJ, Schmidt NB. Emotion Regulation Difficulties and Social Control Correlates of Smoking among Pregnant Women Trying to

Quit. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2019;33(1), 123-133.

37. Wu L, Winkler M, Wieser M, Andreatta M, Li Y, Emmelkamp P. Emotion Regulation In Heavy Smokers: Experiential, Expressive and Physiological Consequences Of Cognitive Reappraisal. *Front. Psychol.*, 2015; (6). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01555>

ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI İLE İLGİLİ İNANIŞLAR ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE UYARLAMASI, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Tuğba Yılmaz¹, Zühal Albayrak², Tijen Acar³

¹ Aydınçık Baydığın Aile Sağlığı Merkezi, Yozgat, Türkiye • Orcid: 0000-0002-5752-1574

² Keçiören Şehit Yasın Süer Aile Sağlığı Merkezi, Ankara, Türkiye • Orcid: 0000-0001-7433-1169

³ Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kars, Türkiye • Orcid: 0000-0002-3200-8926

Yazışma Adresi/Correspondence: Zühal Albayrak

Keçiören Şehit Yasın Süer Aile Sağlığı Merkezi, Ankara, Türkiye

e-posta: albayrak250@gmail.com

DOI: 10.32739/car.2024.8.1.226

Üçüncü El Sigara Dumanı ile İlgili İnanışlar Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması, Geçerlilik Ve Güvenirlilik Çalışması

The Turkish Adaptation, Validity And Reliability Study Of The Beliefs About Thirdhand Smoke Scale

ÖZET

Amaç: Üçüncü el sigara dumanı, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmanın amacı Haardörfer ve arkadaşlarının geliştirdiği “Beliefs About ThirdHand Smoke” ölçeğini Türkçeye uyarlamak, geçerlilik ve güvenirliliğini incelemektir.

Yöntem: Metodolojik çalışma, 01.05-29.6.2021’de Ankara’da yürütüldü. Öncelikle “Beliefs About Third Hand Smoke” ölçeğinin Türkçe versiyonu “Üçüncü El Sigara Dumanı ile İlgili İnanışlar Ölçeği” elde edildi, geçerlilik ve güvenirlilik analizleri uygulandı: Kapsam geçerliğinde uzman görüşüne başvuruldu; yapısal geçerlikte doğrulayıcı faktör analizi; iç tutarlılık ve sınıf içi korelasyon uygulandı. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran, Türkçe bilen, iletişim kurabilen, sigara kullanan veya sigara kullanan en az bir kişiyle yaşayan, gönüllü 256 erişkinine “sosyodemografik özellikler formu” ve “Beliefs About ThirdHand Smoke” ölçeğinin Türkçe versiyonu “Üçüncü El Sigara Dumanı ile İlgili İnanışlar Ölçeği” yüz yüze uygulandı. Veri analizinde IBM SPSS 24,0 ve AMOS 21 kullanıldı.

Bulgular: “Beliefs About ThirdHand Smoke” ölçeğinin Türkçe uyarlaması “Üçüncü El Sigara Dumanı ile İlgili İnanışlar Ölçeği”, 9 madde, 2 faktörlüdür. “Üçüncü El Sigara Dumanı ile İlgili İnanışlar Ölçeği”nin tüm maddelerinin kapsam geçerlik indeksi $\geq 0,80$; uzmanlar arasında uyum bulunmaktadır. Cronbach alfa değerleri genel/faktörler sırasıyla 0,910/0,849,0,835; ölçek yüksek, faktörler kabul edilebilir düzeyde güvenilirdir. Madde toplam korelasyonu 0,580-0,794; her madde kabul edilebilir derecede ayırt edicidir, ölçekte kalmalıdır. Sınıf içi korelasyonda, maddeler arası korelasyon matrisi r değerleri 0,376 -0,771’dir; maddeler orta düzeyde ilişkili, iç tutarlıdır. Doğrulayıcı faktör analizinde, uyum indeksleri CMIN/df=3,1, RMSEA=0,091, RMR=0,054, GFI=0,946, AGFI=0,889, NFI=0,953 ve CFI=0,967’dir; ölçeğin veriye iyi uyumu ve iki faktörlü yapısı doğrulanmıştır.

Sonuç: Haardörfer ve arkadaşlarının 2017’de geliştirdiği “Beliefs About ThirdHand Smoke” ölçeğinin Türkçe uyarlaması “Üçüncü El Sigara Dumanı ile İlgili İnanışlar Ölçeği”, güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracıdır.

“Üçüncü El Sigara Dumanı ile İlgili İnanışlar Ölçeği”, çalışma ve eğitimlerde uygulanabilir, üçüncü el sigara dumanı farkındalığını artırabilir, tütünle mücadeleye yön verebilir.

Anahtar Kelimeler: sigara, çevresel tütün dumanı kirliliği, inançlar, geçerlilik ve güvenirlilik

ABSTRACT

Objective: Thirdhand smoke is an important public health problem. The aim of this study is to adapt the “Beliefs About ThirdHand Smoke” scale developed by Haardorfer et al to Turkish, to examine its validity and reliability.

Method: This methodological study was conducted in Ankara between 01.05-29.6.2021. Turkish version of the original scale “Beliefs About ThirdHand Smoke Scale” was obtained firstly. For the scale validity and reliability analyzes were performed: For content validity expert views were received, for construct validity confirmatory factor analysis; for reliability internal consistency, intra-class correlation were performed. Voluntary 256 adults who applied to polyclinics of Keçiören Training and Research Hospital, spoke Turkish, communicated, smoked or living at least one person who smoked, “socyodemographic features form” and Turkish version of the original scale “Beliefs About Third Hand Smoke Scale” was applied face to face. The data analysis used IBM SPSS 24.0 and AMOS 21.

Results: Turkish adaptation of the original scale “Beliefs About Third Hand Smoke Scale” is 9 items, 2 factors. The content validity index for all items Turkish version of the original scale “Beliefs About Thirdhand Smoke Scale” is ≥ 0.80 ; there is inter-expert fit. Cronbach’s alpha values overall/factors are 0.910/0.849, 0.835 respectively; scale is high reliable, factors are acceptably reliable. Item-total correlation is 0.580-0.794; each item is acceptably distinctive, should remain at scale. Intra-class correlation, inter-items correlation matrix r values are 0.376-0.771; items are related intermediately, internally consistent. Confirmatory factor analysis goodness-of-fit values, CMIN/df=3,1, RMSEA=0,091, RMR=0,054, GFI=0,946, AGFI=0,889, NFI=0,953, CFI=0,967; two-factor structure of the scale well-fitting to the data was confirmed.

Conclusion: Turkish adaptation of the original scale developed by Haardorfer et al in 2017 “Beliefs About Thirdhand Smoke Scale” is a reliable and valid measurement tool.

Turkish version of the original scale “Beliefs About Thirdhand Smoke Scale” can applied in studies and trainings, increase awareness of the thirdhand smoke and guide the fight against tobacco.

Keywords: smoke, environmental tobacco smoke pollution, beliefs, validity and reliability

GİRİŞ

Üçüncü el sigara dumanı (ÜESD), Winickoff ve arkadaşları tarafından 2009'da tanımlanmıştır (1-3). ÜESD; tütün ürünü kullanıldıktan sonra yüzeylerde ya da toz içinde kalan rezidüel tütün kirleticilerinin ortama tekrar gaz fazında salınması, oksidanlar ve diğer çevresel bileşiklerle reaksiyona girerek ikincil kirleticiler oluşturmasıdır (4). ÜESD, nikotin, 3-etenilpiridin (3-EP), fenol, kresoller, naftalin, formaldehit ve tütüne özgü nitrozaminler (TSNA) içerir (5).

Sağlık için bir tehdit olan ÜESD, sigara içme ve tütün ürünü kullanımı sonucunda ortaya çıkan ikinci el sigara dumanından (İESD) oluşmaktadır ve daha toksik olabilir (6,7-10). İESD ortam havalandırılarak uzaklaştırılırken ÜESD zararlı partikülleri kapalı ortamlarda günlerce veya aylarca tezgahlarda, zeminlerde, halılarda, perdelerde, giysilerde, kumaşlarda ve diğer yüzeylerde kalabilir (11-14). Nikotin kalıntılarını halı ve duvardan uzaklaştırmak mümkün olmayıp (5,7), pasif maruziyet sigara içildikten sonra da devam etmektedir (4).

ÜESD bileşenlerinden oksidasyonla oluşan 4-(metilnitrozamino)-1-(3-pridil)-1-butan (NNK) ve n 4-(metilnitrozamino)-1-(3-pridil)-1-butanol (NNAL) akciğer için kanserojendir (5). Düşük oranda buharlaştıkları için insan vücudunda ve iç ortamlarda uzun süre kalabilir, yutulabilir, solunum yoluyla alınabilir veya cilt yoluyla vücuda girebilir (11).

Çalışmalarda ÜESD maruziyetinin, insan hücrelerinde DNA hasarını artırarak kanser gelişebileceği (15,16), anne karnında bebekte astım gelişimi ve alevlenmelerini artırdığı, evde çocuklarda öksürüğü artırdığı belirtilmiştir (17,18). Bebekler ve çocuklar, kontamine yüzeylere dokunma ve oynamayla fazla temas ettiğinden ÜESD'ye erişkinlerden daha çok maruz kalırlar (2,11). Ramirez ve arkadaşları, ÜESD maruziyeti ev ortamında erken yaşlarda olursa kanser riskinin daha fazla arttığını göstermişlerdir (16). Bebekler ve çocuklar için olgunlaşmamış bağışıklık ve solunum sistemleri nedeniyle potansiyel bir tehlikedir (7,19). Çalışmalarda ÜESD maruziyetinde hem hayvanlarda hem de insanlarda sitotoksitesite artışı ve hücre fonksiyonlarının bozulduğu, hayvan ve insan hücrelerinde mitokondrilerin stres ve gen ekspresyonunu değiştirdiği bulunmuştur (19,20). ÜESD maruziyetinde kişiler daha aktif ve hareketli gözlemlenmiştir. Çocuklarda bilişsel fonksiyonlarda bozulma ile ÜESD maruziyeti arasında bir ilişki bulunduğu ve bazı sigara dumanı partiküllerinin nörotoksik olduğu düşünülmüştür (21).

Balkonda veya dışarıda sigara içenlerin bebeklerinin idrar kotinin seviyesi hiç içmeyenlerin bebeklerinin idrar kotinin seviyesinden yüksek saptanmıştır. Dışarıda sigara içmenin ÜESD'den yeterince korumadığını düşündürmüştür (22,23).

Daha önce sigara içilmiş olan evlerde yaşayan sigara iç-

meyenler de ÜESD partiküllerine maruz kalabilmektedir. Sigara içilen evlerde haftalar geçtikten sonra bile ortamdaki nikotin düzeyleri hiç sigara içilmeyen evlerden fazla bulunmuştur. Bu ortamlarda yaşayan kişilerin idrar kotinin düzeyleri ve parmak nikotin seviyeleriyle evlerde ölçülen nikotin düzeylerinin ilişkili olduğu görülmüştür (4,11).

Dünyada tütün kullanımı artan önemli bir halk sağlığı problemi. Ülkemizde tütünle mücadele düzenlemeleri, insanları kapalı ve açık alanlarda ikinci el sigara dumanından korumada etkindir. Bireysel alanlarda özellikle evlerde ve arabalarda sigara kullanımı halen ciddi oranda devam etmektedir ve bu durum evlerde tütün ürünlerini kullanımını yasaklayacak herhangi bir düzenlemenin olmayışı nedeniyle sigara içmeyen bireyler için risklidir.

Çalışmalarda insanların ÜESD ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları, inanç ve tutumlarının gelişmemiş olduğu saptanmıştır (5). ÜESD'nin sağlığa etkileri ile ilgili henüz yeterli sayıda çalışma yapılmamıştır. Bu çalışmada, ÜESD'nin sağlığa zararları hakkında farkındalığı artırma ve konuyla ilgili çalışmalarda kullanılabilmesi için, Haardörfer ve arkadaşlarının 2017'de geliştirdiği "Beliefs About ThirdHand Smoke (BATHS)" ölçeğini Türkçe'ye uyarlamak, geçerli ve güvenilir Türk kültürüne uygun ÜESD inanışlarını değerlendiren bir ölçüm aracı elde etmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu metodolojik çalışma, gerekli izinler ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun 13.04.2021-15/2275 tarih-sayılı onayı sonrası 01.05-29.06.2021'de Ankara'da yürütülmüştür. Araştırmaya Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran, sigara kullanan veya sigara kullanan en az bir kişiyle yaşayan, Türkçe bilen, iletişim kurabilen, gönüllü 256 erişkin alınmıştır.

İlk olarak BATHS ölçeği Türkçe'ye uyarlanmıştır. Araştırmada tanıtıcı bilgiler veri formu (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma, gelir, sigara içme ve yaşanan evde sigara içilme durumlarını sorgulayan açık ve kapalı uçlu 10 soru) ve "Beliefs About ThirdHand Smoke" ölçeğinin Türkçe versiyonu "Üçüncü El Sigara Dumanı ile İlgili İnanışlar Ölçeğini (ÜES-DİÖ)" (5'li Likert; "1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5- Kesinlikle katılıyorum" şeklinde puanlanmış 9 soru) içeren veri toplama araçları, yazılı ve sözlü onam sonrası yüz yüze uygulanmıştır.

G.power 3.1 ile güç analizinde her faktör için eşit yük oluşturacak şekilde ve cinsiyete göre tabakalandırıldığında etki büyüklüğü (d=0.5) %5 hata payı ve %80 güç için her cinsiyetten en az 120 katılımcı gerektiği saptanmıştır.

İstatistiksel analizlerde IBM SPSS 24.0, AMOS 21 kullanılmıştır. Türkçe uyarlamada kapsam geçerliği için Davis yöntemiyle 5 uzmandan görüş alınarak kapsam geçerlik

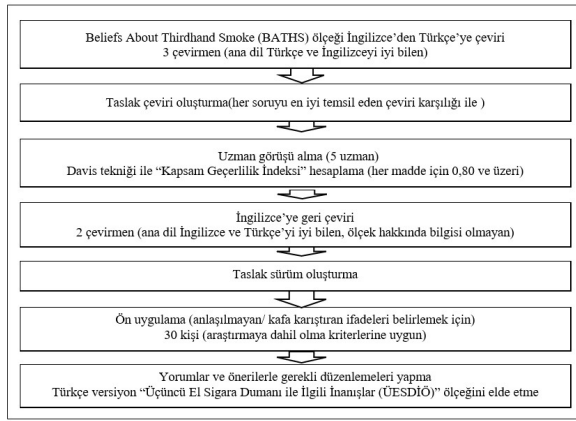
indeksi (KGİ) hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenirlik analizi için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ile birlikte sınıf içi korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Yapı geçerliliğinde doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

ORJİNAL ÖLÇEK VE TÜRKÇE UYARLAMASI

Haardörfer ve arkadaşlarının 2017’de geliştirdiği BATHS ölçeği, ÜESD hakkında inanışları ölçmektedir. Ölçek, ÜESD partiküllerinin çevredeki kalıcılığı (5 soru) ve ÜESD’nin sağlığa etkileri (4 soru) şeklinde 2 alt boyutludur. Ölçek genel Cronbach alfa değeri 0,91 ve her iki alt boyut için Cronbach alfa değeri 0,88’dir. Ölçek 5’li Likert şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek skoru 9-45 arasında olabilir. Puanla ÜESD’nin çevre ve sağlığa etkilerine inanma doğru yönde artmaktadır (6).

Orijinal ölçeğin Türkçe uyarlama aşamaları Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Orijinal Ölçeğin Türkçe Uyarlama Aşamaları

BULGULAR

Çalışmamıza yaş ortalaması 39 olan, eşit sayıda kadın erkek 256 kişi katılmıştır. Katılımcıların çoğu 25-39 yaş aralığında %46,5 (119), evli %68,8 (176), üniversite mezunu %34 (87), çalışan %61,7 (158), geliri giderine eşit %41,8 (107), sigara içen %69,5 (178) bireylerdir. Yaşadıkları evde katılımcıların %44,1 (113)’i sigara içildiğini, %35,6 (95)’sı sigara içilmediğini, %20,3 (52)’ü bazen içildiğini belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	Kategoriler	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yaş	18-24	24	9,38
	25-39	119	46,48**
	40-64	108	42,19
	65 ve üstü	5	1,95*
Cinsiyet	Kadın	128	50,00
	Erkek	128	50,00
Medeni Durum	Evli	176	68,75**
	Bekar	80	31,25
Eğitim Durumu	Okul Bitirmemiş	10	3,91*
	İlkokul	55	21,48
	Ortaokul	27	10,55
	Lise	77	30,08
	Üniversite	87	33,98**
Çalışma Durumu	Çalışıyor	158	61,72**
	Çalışmıyor	98	38,28
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	69	26,95
	Gelir gidere eşit	107	41,80**
	Gelir giderden az	80	31,25
Sigara İçme Durumu	Sigara İçen	178	69,53**
	İçmeyen	78	30,47
Yaşanılan Evde Sigara İçme Durumu	Evde sigara içilmez	91	35,55
	Evde sigara içilmesine bazen izin verilir	52	20,31
	Evde sigara içilir	113	44,14**

İç tutarlılık analizinde ölçek genel Cronbach alfa değeri 0,910, iki faktörün Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,849 ve 0,835 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

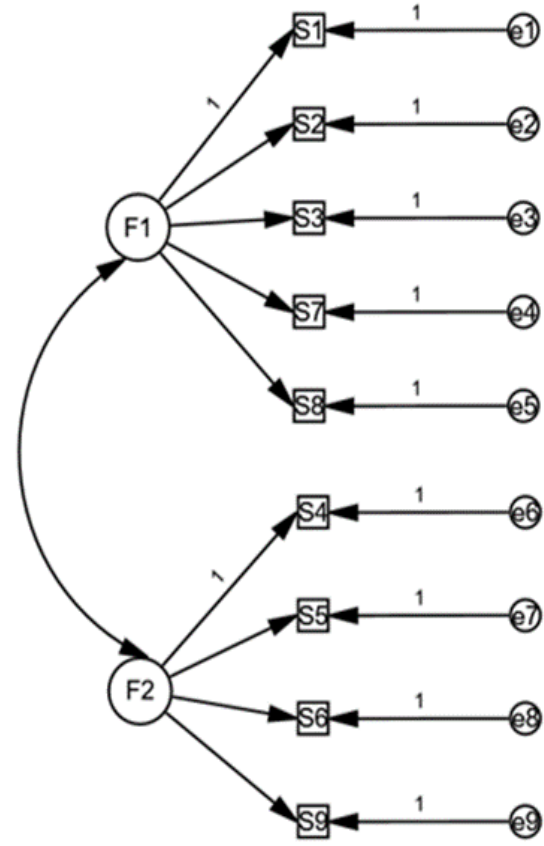
Düzeltilmiş madde korelasyon katsayıları 0,580-0,794; madde silindiğinde Cronbach alfa değerlerinin %5'ten fazla artmayışı istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 2).

Tablo 2. Madde Ortalama, Standart Sapma ve Madde Toplam İstatistikleri

No	Ortalama (Ort)	Standart sapma (s.s.)	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyon	Çoklu Korelasyon Katsayılarının Kareleri	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa Katsayısı
S1	4,25	1,051	0,69	0,659	0,901
S2	4,06	1,096	0,689	0,677	0,900
S3	3,78	1,077	0,767	0,634	0,894
S4	3,70	1,077	0,794	0,695	0,892
S5	3,36	1,142	0,717	0,649	0,898
S6	4,09	0,978	0,702	0,572	0,899
S7	3,63	1,040	0,631	0,533	0,903
S8	3,36	1,046	0,657	0,577	0,902
S9	3,67	1,037	0,580	0,349	0,907

Korelasyon matrisinde maddelerin r değerleri en düşük 0,376 (S1 ile S8 arası) ve en yüksek 0,771 (S1 ile S2 arası) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

DFA'da ÜESDİÖ'nün sağlık (F1) ve çevre alt ölçekleri (F2) olmak üzere iki faktörden oluştuğu saptanmıştır (Şekil 2).



Şekil 2. Üçüncü El Sigara Dumanı ile İlgili İnanışlar Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

Regresyon ağırlıkları, sağlık alt ölçek maddeleri için S1=1, S2=1,033, S3=1,245, S7=0,9430, S8=0,995; çevre alt ölçekleri için S4=1, S5=1,013, S6=0,809, S9=0,667 olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Yol katsayısı en yüksek S4 (0,868) sorusuna; en düşük S9 (0,601) sorusuna ait olup istatistiksel olarak anlamlıdır.

DFA'da model için çoklu uyum indeksleri, ki-kare/serbestlik derecesi (CMIN/df)=3,1, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)=0,091, Root Mean Square Residual(RMR)=0,054, Goodness of Fit Index (GFI)=0,946, Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)=0,889, Normed Fit Index (NFI)=0,953 ve Comparative Fit Index (CFI)=0,967 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Son hâli 9 madde ve 2 faktörlü olan ÜESDİÖ'nün faktör ve maddeleri: 1. ÜESD'nin sağlığa etkileri ile ilgili soruların numaraları (1, 2, 3, 7, 8), 2. ÜESD partiküllerinin çevredeki kalıcılığı ile ilgili soruların numaraları (4, 5, 6, 9) şeklindedir (Bkz. Ek 1).

TARTIŞMA

Bu çalışma kültürler arası bir ölçek uyarlama çalışmasıdır, Haardörfer ve arkadaşlarının geliştirdiği BATHS ölçeğinin Türkçe uyarlaması ÜESDİÖ geçerli ve güvenilir

bulunmuştur.

Kısmen görünür olan İESD sonucunda ortaya çıkan olumsuz sağlık sonuçları kapsamlı araştırmalarla incelenmiştir. Kamu hizmeti duyuruları, sigarayı bırakma programları ve pasif etkilenimi azaltmayı amaçlayan diğer projelerle İESD'e maruziyetin zararlı sağlık sonuçlarına neden olduğu, toplumda yerleşmiş bir sağlık inancıdır (24). İESD hakkındaki bilgi ve inanışların sigarayı bırakma ve azaltmada önemli etkisini gösteren çalışmalar var iken ÜESD konusundaki bilgi ve inanışların sigarayla ilgili önleyici davranışları nasıl etkilediğini inceleyen çalışmalar azdır. Gözle görülemeyen ÜESD'nin zararları hakkında çalışmalar yapılması ve kişilerin ÜESD konusunda bilgilendirilmesi ve farkındalığın artırılması gerekmektedir. Drehmer ÜESD'nin zararlarıyla ilgili inanışların evlerde ve arabalarda sigara içme yaşağının daha sıkı bir şekilde uygulanmasının artan sayıda bırakma girişimi ile ilişkili olduğunu bulmuştur; bu durum ÜESD eğitiminin sigarayla mücadele kapsamındaki müdahalelere dahil edilmesine yönelik kanıtları desteklemektedir (25).

Bu çalışmaya orijinal ölçek çalışmasına benzer şekilde sigara kullanan veya sigara kullanan en az bir kişiyle yaşayanlar alınmıştır (6). Katılımcıların %69,5'u (178) sigara içtiğini belirtmiştir. Araştırma örnekleminde sigara içme oranı Türkiye ortalaması olan %31,6'dan oldukça fazladır (26). Yaşadıkları evde sigara içilmediğini belirtenlerin oranı sadece %35,6'dır (95). Orijinal çalışmada katılımcıların %60,3'ünün sigara içtiği, evde sigara içilmeyenlerin oranının ise %50,1 olduğu belirtilmiştir (6). Çalışmamızda ve orijinal çalışmada, sigara içme ve evde sigara içirme oranları yüksektir. Türkiye'de yetişkinlerin evde tütün dumanına maruziyet oranı olan %26,7'den oldukça fazladır (26). Bu bilgilerden, ÜESD hakkında bilginin örnekleme ve temsil ettiği toplumda eksik olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmada çeviri aşamasından geçerlilik ve güvenilirlik aşamalarına kadar tüm basamaklar güncel uyarlama kılavuz önerilerine uygun olarak yürütülmüştür (27,28). Örneklem sayısı, madde sayısının 10 katının üzerinde olup gerekli en yüksek kriterlere göre hesaplanmıştır (29). Ayrıca ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilirliğinde iç tutarlılık ve sınıf içi korelasyon, geçerliliğinde kapsam geçerliği, kültürel uyarlama çalışmalarında önerilen DFA'nın da yapılmış olması çalışmamızın üstünlüklerindedir. Kapsam geçerliği incelemesinde: Orijinal ölçeğin Türkçe uyarlama aşamasında 5 uzmanın ÜESDİÖ maddelerini Davis tekniğine göre puanlamasında tüm maddelerin kapsam geçerlik indeksi değerleri 0,8'den büyüktür; uzmanlar arasında uyum olduğuna karar verilmiştir (30,31). Yapı geçerliği incelemesinde: 1- DFA ile ölçeğin veriye iyi uyumu ve orijinal ölçeğin iki faktörlü yapısı Türk halkı için doğrulanmıştır. ÜESD ölçeğinin sağlık ve çevre faktörlerinin maddelerinde yol katsayılarına göre model uyumlu; modele en çok S4'ün, en az S9'un katkısı olduğu saptanmıştır (32,33). 2- DFA ile çoklu uyum indeksleri: -Ölçeğin CMIN değeri, orijinal ölçeğin CMIN değeri 66'yla

benzer (6); ayrıca CMIN/df değeriyle birlikte kabul edilebilir sınırlarda değerlendirilmiştir. -Ölçeğin RMR değeri, orijinal ölçeğin RMR değeri 0,061 ile benzer ve kabul edilebilir sınırlarda bulunmuştur (6). RMSEA değeri, orijinal ölçekle (6) benzer; her ikisi de 0,10'den küçük, model kabul edilebilir uyumlu saptanmıştır (32,33). Ölçeğin GFI değeri 0,90'nın üzerinde, AGFI değeri 0,85-0,89 arasında, CFI değeri 0,95 üzerinde, NFI değeri 0,95'ten büyük model kabul edilebilir derecede uyumlu değerlendirilmiştir (32,33). İç tutarlılık analizinde: 1. Genel güvenilirlik Cronbach alfa değeri 0,9'dan büyük, ÜESDİÖ yüksek derecede güvenilir değerlendirilmiştir. Alt boyutların Cronbach alfa değerleri 0,8'den büyük, boyutlar ayrı ayrı kabul edilebilir derecede güvenilir saptanmış olup alt boyutlarla ayrı ayrı değerlendirme yapılabileceğini düşündürmektedir (27,33). Şanghay'da yapılan BATHS ölçeğinin uyarlama çalışmasında genel Cronbach alfa değeri benzer şekilde 0,90 ile yüksek derecede güvenilir; alt boyutların Cronbach alfa değerlerinin benzer şekilde 0,8'den büyük, kabul edilebilir derecede güvenilir ve alt boyutların ayrı ayrı değerlendirme yapmaya uygun olduğu saptanmıştır (27,34). 2. Madde toplam korelasyon değerleri pozitif ve 0,3'ün üzerindedir; tüm maddeler ayırt edici, uygun ve ölçek güvenilir değerlendirilmiştir (31). 3. Ölçekten madde çıkartıldığında Cronbach alfa katsayısı %5'den fazla artmaması her maddenin ölçme aracı kalması gerektiğini göstermiştir (29,35). 4. Ölçek maddelerine verilen yanıtların birbirleriyle tutarlılığını inceleyen korelasyon matrisi r değerleri orta düzeyde ilişkiyi, maddeler arası iç tutarlılığın iyi olduğunu göstermiştir (31).

Tüm bu analizlerle, ÜESDİÖ'nün araştırmacıların Türk halkında ÜESD inanışlarını değerlendirebileceği güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır. Kişilerin ÜESD konusunda bilgilendirilmesi ve farkındalığın artırılması için herkese uygulanabilir olan ÜESDİÖ'nün, toplumu ÜESD'nin sağlığa zararlarından korumak için yapılacak araştırmalara yardım edebileceği düşünülmektedir. ÜESDİÖ, ÜESD'yle ilgili toplum eğitimlerinde eğitimden önce ve sonra uygulanarak eğitim etkinliği değerlendirilebilir. ÜESDİÖ ile toplum taramaları yapılabilir, ÜESD farkındalığı artırılabilir ve bilgi eksiklikleri tamamlanabilir. ÜESD'nin sağlığa zararlı etkisini azaltmaya katkısı bilimsel çalışmalarla takip edilebilir. ÜESD'nin zararlı olduğu inancının yayılmasına ve dumanlı hava sahası kapsamının genişletilmesine katkı sağlayabilir.

SONUÇ

Sonuç olarak, bu çalışmayla Haardörfer ve arkadaşlarının 2017 yılında geliştirmiş oldukları BATHS ölçeğinin Türkçe uyarlaması ÜESDİÖ'nün güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır. ÜESDİÖ, iç tutarlılık, sınıf içi korelasyon analizleriyle güvenilir, kapsam geçerlik indeksi ve DFA ile geçerli bulunmuştur. ÜESDİÖ, çalışma ve eğitimlerde uygulanabilir, ÜESD farkındalığını artırabilir ve tütünle mücadele önlemlerine yön verebilir.

TEŞEKKÜR

Ölçeğin çevirisinde katkılarından dolayı Cemal Onur NOYAN, Zeynep ŞENGEZER, İdil BİLGİN ve Yasemin ERGÜL'e; ayrıca uzman görüşü aşamasında önerileriyle katkıda bulunan Süleyman GÖRPELİOĞLU, Didem SUNAY, İrfan ŞENCAN, Şeref Kerem ÇORBACIOĞLU ve Özlem SÖNMEZ'e teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Drehmer JE, Walters BH, Nabi-Burza E, Wini-ckoff JP. guidance for the clinicalmanagement of thirdhand smoke exposure in the child health care setting. *Journal of clinical outcomes management: JCOM*. 2017;24(12):551-9.
2. Winickoff JP, Friebely J, Tanski SE, Sherrod c, Matt gE, Hovell MF, et al. Beliefs about the health effects of "thirdhand" smoke and home smoking bans. *Pediatrics*. 2009;123(1):e74-9. doi: 10.1542/peds.2008-2184.
3. Makadia LD, Roper PJ, Andrews JO, Tingen MS. Tobacco Use and Smoke Exposure in Children: New Trends, Harm, and Strategies to Improve Health Outcomes. *Current allergy and asthma reports*. 2017; 17:1-15.
4. Matt GE, Quintana PJE, Zakarian JM, HohE, Hovell MF, Mahabee-Gittens M et al. When smokers quit: exposure to nicotine and carcinogens persists from thirdhand smoke pollution. *Tobacco control*. 2017;26(5):548-556.
5. Acuff L, Fristoe K, Hamblen J, Smith M, Chen J. Third-Hand Smoke: Old Smoke, New Concerns. *Journal of Community Health*. 2016 ;41(3):680-7.
6. Haardörfer R, Berg CJ, Escoffery C, Bundy LT, Hovell M, Kegler MC. Development of a scale assessing Beliefs about ThirdHand Smoke (BATHS). *Tobacco Induced Diseases*. 2017;15(4):2-8.
7. Şanver TM, Şengelen M. Tütün dumanından pasif etkilenim ve üçüncü el duman etkileniminde güncel veriler; çevresel riskler açısından tehditler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2022;31(özel sayı);10-3.
8. Thomas JL, Hecht SS, Luo X, Ming X, Ahluwalia JS, Carmella SG. Thirdhand tobacco smoke: A tobacco-specific lung carcinogen on surfaces in smokers' homes. *Nicotine and Tobacco Research*. 2014;16(1):26-32.
9. Kim CH, Lee YCA, Hung RJ, McNallan SR, Cote ML, Lim WY, et al. Exposure to secondhand tobacco smoke and lung cancer by histological type: A pooled analysis of the International Lung Cancer Consortium (ILCCO). *International journal of cancer*. 2014;135(8): 1918-1930.
10. Sheng L, Tu JW, Tian JH, Chen HJ, Pan CL, Zhou RZ. A meta-analysis of the relationship between environmental tobacco smoke and lung cancer risk of nonsmoker in China. *Medicine*. 2018;97(28), e11389.
11. Jayes L, Haslam P. SmokeHaz: Systematic Reviews and Meta-analyses of the Effects of Smoking on Respiratory Health. *Chest*. 2016;150(1):164-79.
12. Canbakan S. Tütün mü? Sağlık mı? Tütünün İnsan Vücuduna Zararlı Etkileri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2016;4(1):44-55.
13. Karakılıç Z, Okşak N. Pasif Sigara İçimine Maruz Kalan Pnömonili Çocuklarda Antioksidan Enzim Aktiviteleri, Kapiller Kan Oksijen Saturasyonu ve Laktik Asit Değerleri. *Genel Tıp Dergisi*. 2018;1(28):1-5.
14. Bahl V, Jacob P, Havel C, Schick SF, Talbot P. Thirdhand cigarette smoke: Factors affecting exposure and remediation. *PLoS ONE*. 2014;9(10). e108258.
15. NH Department of Health and Human Services, Division of Public Health Services, Asthma Control Program. Children with Asthma and Tobacco Smoke. 2014 Aug;
16. Ramírez N, Vallecillos L, Lewis AC, Borrull F, Marcé RM, Hamilton JF. Comparative study of comprehensive gas chromatography-nitrogen chemiluminescence detection and gas chromatography-ion trap-tandem mass spectrometry for determining nicotine and carcinogen organic nitrogen compounds in thirdhand tobacco smoke. *Journal of Chromatography A*. 2015;1426.
17. Chen JJ., Ho SY, Wang MP, Lam TH. Reactions to thirdhand smoke are associated with openness to smoking in young never smoking children. *Journal of community health*. 2016;41: 461-467.
18. Matt G, Penelope Q, Fortmann A, Joy Z, Galaviz V, Chatfield D, et al. Thirdhand smoke and exposure in California hotels: Non-smoking rooms fail to protect non-smoking hotel guests from tobacco smoke exposure. *Tobacco Control*. 2014;23(3).
19. Bahl V, Weng NJH, Schick SF, Sleiman M, Whitehead J, Ibarra A, et al. Cytotoxicity of Thirdhand Smoke and Identification of Acrolein as a Volatile Thirdhand Smoke Chemical That Inhibits Cell Proliferation. *Toxicological Sciences*. 2016;150(1).
20. Martins-Green M, Adhami N, Frankos M, Valdez M, Goodwin B, Lyubovitsky J, et al. Cigarette smoke toxins deposited on surfaces: Implications for human health. *PLoS ONE*. 2014;9(1).

21. Vondrova D, Kapsdorfer D, Argalaso L, Hirosova K, Samohyl M, Sevcikova L. The impact of selected environmental, behavioral and psychosocial factors on schoolchildren's somatic and mental health. *Reviews on Environmental Health*. 2017;32(1-2).
22. Northrup TF, Matt GE, Hovell MF, Khan AM, Stotts AL. Thirdhand smoke in the homes of medically fragile children: assessing the impact of indoor smoking levels and smoking bans. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;18(5):1290-1298.
23. Secondhand Smoke and Smoke-free Homes (2015). <http://www.epa.gov/indoor-air-quality-iaq/secondhand-tobacco-smoke-and-smoke-free-homes>
24. Samet JM. (2014). Secondhand smoke exposure: Effects in adults. Barnes PJ, Melin JA, ed. Up to date. <https://www.uptodate.com/contents/secondhand-smoke-exposure-effects-in-adults>
25. Drehmer JE, Ossip DJ, Nabi-Burza E, Rigotti NA, Hipple B, Woo H, et al. Thirdhand smoke beliefs of parents. *Pediatrics*. 2014;133(4).
26. GATS (Global Adult Tobacco Survey) Fact Sheet, Turkey. (2016). file:///C:/Users/User/Downloads/GATS_Turkey_2016_FactSheet.pdf
27. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2014; 13(40), 39-49.
28. World Health Organization (WHO). (2017). Process of translation and adaptation of instruments. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/.
29. Tavşancıl, E. (2002). Tutumların ölçülmesi ve spss ile veri analizi. Ankara:Nobel Yayınları.
30. Bartram D, Berberoglu G, Grégoire J, Hambleton R, Muniz J, van de Vijver F. ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition). *International Journal of Testing*. 2018;18(2):101-134.
31. Özdamar, K. (2016). Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi IBM, SPSS, IBM SPSS, AMOS ve MINITAB Uygulamalı. Eskişehir: Nisan Kitabevi.
32. Yaşlıoğlu MM. Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*. 2017; 46 (Special Issue/Özel Sayı 2017): 74-85.
33. Kılıç S. Cronbach'ın alfa güvenilirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders*. 2016; 6(1): 47-48.
34. Xie Z, Chen M, Fu Z, He Y, Tian Y, Zhang X, et al. Thirdhand smoke beliefs and behaviors among families of primary school children in Shanghai. *Tobacco*

Induced Diseases. 2021;19(February):10 .

35. Büyüköztürk Ş. (2005). *Veri Analizi El Kitabı*(1-182), 5. Baskı,. Ankara: Pegem yayınları.

EK 1. ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI İLE İLGİLİ İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ(ÜESDİÖ)

Açıklama: Aşağıda üçüncü el sigara dumanı ile ilgili inanışlar hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifade için katılım durumunuzu “kesinlikle katılmıyorum/ katılmıyorum/ kararsızım/katılıyorum/kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden birini (X) ile işaretleyerek belirtiniz.

No	Kesinlikle katılmıyorum- dan kesinlikle katılıyo- ruma doğru derecelendi- recek olursanız aşağıdaki ifadelere katılım durumu- nuz ne olur?	1.Kesinlikle katılmıyorum	2.Katılmıyorum	3.Kararsızım	4.Katılıyorum	5.Kesinlikle katılıyorum
1	İnsanların dün sigara içtiği bir odada bugün hava solunmak bebeklerin ve çocukların sağlığına zarar verebilir.					
2	İnsanların dün sigara içtiği bir odada bugün hava solunmak yetişkinlerin sağlığına zarar verebilir					
3	İnsanların dün sigara içtiği odada bulunan parçacıklar kansere neden olabilir.					
4	Duman parçacıkları bir odada günlerce kalabilir.					
5	Duman parçacıkları bir odada haftalarca kalabilir.					
6	Duman parçacıkları mobilya ve duvarlara emilir.					
7	Sigara içtikten sonra cilt, saç ve giysilerdeki duman parçacıkları dokunma yoluyla başkalarına geçebilir.					
8	Sigara dumanının çıktığı yüzeylere dokunduktan sonra partiküller deri yoluyla vücuda girebilir.					
9	Pencereleri açmak veya klima kullanmak bir odadaki tüm duman parçacıklarını ortadan kaldırmaz.					
<p>Not: Ölçekten 9-45 arası puan alınabilir. Ölçek, tersten puanlanan soru içermektedir. Üçüncü el sigara dumanı inanışlarıyla ölçek skorları doğru orantılıdır.</p>						

Tanımlama

Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisi alkol/madde ve davranışsal bağımlılıklar ile tedavileri konusunda günceli yakalamakla ilgilenen klinisyenler ve sağlık profesyonelleri için açık erişimli ve hakemli bir dergidir. Dergi orjinal makaleler, gözden geçirmeler, uzman görüşleri ve söyleşilere ev sahipliği ederek bağımlılık ve ilişkili bozuklukların tüm yönlerine ilişkin güncel bilgi sağlamaktadır. Güncel Bağımlılık Dergisi yayınlama ücreti talep etmemekte ve yılda dört kez yayınlanmaktadır.

Sunulan yazılar hızla değerlendirilerek 30 gün içerisinde ilk sonuca ulaşır. Kabul edilen yazılar 45 gün içerisinde online ilk olarak yayınlanır ve kabulden 3-6 ay sonra basılı şekilde yayınlanır. Dergi makale gönderme, değerlendirme ve izleme süreçlerinde online sistem kullanmaktadır. Yazıların değerlendirme süreci derginin danışma kurulu üyeleri tarafından yapılır; bir yazının yayınlanabilmesi için en az iki bağımsız değerlendirmecinin onayını takiben editörün onayı gerekmektedir.

Genel İlkeler ve Yayın Politikası

Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisinin kapsamı madde ilişkili bağımlılıklar ve davranışsal bağımlılıklar üzerine genetik, nörobiyolojik, klinik ve psikolojik araştırmaları içeren bağımlılık pratiğindeki gelişmelerdir. Dergi madde ile ilişkili bozukluklar ve davranışsal bağımlılıklar üzerine orjinal araştırma, gözden geçirme ve uzman görüşü gibi tam makale ve vaka sunumları, mektuplar ve öneriler gibi kısa söyleşi sunumlarını kabul eder.

Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisi, uluslararası araştırma ve yayın etiği standartlarına uymaktadır. Bu bildirge Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) ve International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) adlı kuruluşların dergi editörleri için geliştirdikleri öneri ve kılavuzlar temel

alınarak hazırlanmıştır ve COPE tarafından yayınlanan temel prensip klavuzlarını tavsiye eder. WAME <http://www.wame.org/policies-and-resources> ve ICMJE <http://www.icmje.org/recommendations/browse/about-the-recommendations/>

Daha önce yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere başka bir dergide halen değerlendirilmedi olmayan ve her bir yazar tarafından onaylanan makaleler Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisinde değerlendirilmek üzere kabul edilir. Yazıların daha önce yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere başka dergiye gönderilmemiş olması gerekir. Yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların yayın hakları 'Telif Hakkı Devir Formu'yla dergiye devredilir. Yayımlanan yazılar için herhangi bir karşılık ödenmez, bir ücret alınmaz.

Editör ve dil editörleri dil, imla ve kaynakların Index Medicus'ta geçtiği gibi yazılmasında ve ilgili konularda tam yetkilidir. Eğer makalede daha önce yayınlanmış alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır. Gerekli izinlerin alınıp alınmadığından yazar(lar) sorumludur.

Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisine yayınlanmak üzere gönderildikten sonra yazarlardan hiçbirinin ismi, tüm yazarların yazılı izni olmadan yazar listesinden silinemez ve yeni bir isim yazar olarak eklenemez ve yazar sırası değiştirilemez. Yayına kabul edilmeyen makale, resim ve fotoğraflar yazarlara geri gönderilmez. Dergimiz, yayın etiğinin kötüye kullanımı ya da ihlali ile ilgili olası durumlarda COPE tarafından geliştirilen Yayın Etiği Akış Şemalarını temel alır. Bu konudaki ayrıntılı bilgi için lütfen şu adrese başvurunuz: <http://publicationethics.org/resources/flowcharts>

Yazarlık ve yazar sorumlulukları konusundaki ICMJE yönergeleri için şu adrese başvurunuz: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/>

Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisi açık erişimli bir dergidir. Bu nedenle bilimsel literatürün internet aracılığıyla finansal, yasal ve teknik bariyerler olmaksızın, erişilebilir, okunabilir, kaydedilebilir, kopyalanabilir, yazdırılabilir, taranabilir, dizinlenebilir, tam metne bağlantı verilebilir, yazılıma veri olarak aktarılabilir ve her türlü yasal amaç için kullanılabilir biçimde kamuya ücretsiz açık olması anlamına gelmektedir. Bu tanım Budapeşte Açık Erişim İnisyatifi bildirisi ile uyumludur.

Dil

Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisi yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

Yazım kuralları

Yazılar A4 boyutlarında her kenarda 2.5 cm. kenar boşluğu bırakılarak, çift satır aralıklı yazılmalı ve e-posta ile gönderilmelidir. Araştırmalarda ve özgün yazılarda kelime sayı sınırlaması yoktur. Kelime sayısı olgu sunumunda 1250, editöre mektup, kitap ve tez tanıtımında ise 500 sözcüğü geçmemelidir.

Makalelerde aşağıdaki sıra takip edilmelidir ve her bölüm yeni bir sayfa ile başlamalıdır: 1) başlık sayfası, 2) özet, 3) metin, 4) teşekkür / 5) kaynaklar ve 6) tablo ve/veya şekiller. Tüm sayfalar sırayla numaralandırılmalıdır.

Başlık

Başlık sayfasında, yazarların adları, akademik unvanları ve yazılacak yazarın tam adres, telefon ve faks numaraları ile e-mail adresi mutlaka bulunmalıdır.

Özet ve Anahtar Sözcükler

Özetler bir makalenin birçok elektronik veri tabanında yer alan en belirgin kısmı olduğundan, yazarlar özetin makalenin içeriğini doğru olarak yansıttığından emin olmalıdır. Özet çalışmanın temeliyle ilgili bilgi vermeli ve çalışmanın amacını, temel prosedürleri, ana bulguları ve temel çıkarımları içermelidir. Çalışmanın ya da gözlemlerin yeni ve önemli yönleri belirtilmelidir.

Araştırma yazılarında Türkçe ve İngilizce özetler en az 400 ve en fazla 500 kelime arasında olmalı ve aşağıdaki gibi yapılandırılmalıdır. Yazı içeriği olarak sırasıyla; Amaç/ Objective; Yöntem(ler)/ Method(s); Bulgular/ Results; Sonuç(lar)/Conclusion(s) kısımlarından oluşturulmalıdır. Başlıklarıyla Türkçe ve İngilizce özetler derleme ve olgu sunumlarında 100-200 sözcük arasında yazılıp Index Medicus'a göre 3-8 anahtar sözcük eklenmelidir.

Giriş

Giriş bölümünde konunun önemi, tarihçe ve bugüne kadar yapılmış çalışmalar, hipotez ve çalışmanın amacından söz edilmelidir. Hem ana hem de ikincil amaçlar açıkça belirtilmelidir. Sadece gerçekten ilişkili kaynaklar gösterilmeli ve çalışmaya ait veri ya da sonuçlardan söz edilmemelidir.

Yöntem

Yöntem bölümünde, veri kaynakları, hastalar ya da çalışmaya katılanlar, ölçekler, görüşme/ değerlendirmeler ve temel ölçümler, yapılan işlemler ve istatistiksel yöntemler yer almalıdır. Yöntem bölümü, sadece çalışmanın planı ya da protokolü yazılırken bilinen bilgileri içermelidir; çalışma sırasında elde edilen tüm bilgiler bulgular kısmında verilmelidir.

Bulgular

Ana bulgular istatistiksel verilerle desteklenmiş olarak eksiksiz verilmeli ve bu bulgular uygun tablo, grafik ve şekillerle görsel olarak da belirtilmelidir. Bulgular yazıda, tablolarda ve şekillerde mantıklı bir sırayla önce en önemli sonuçlar olacak şekilde verilmelidir.

Tartışma

Tartışma bölümünde, o çalışmadan elde edilen verileri yazın taramasında elde edilen verileri destekleyen ve desteklemeyen yönleri ile irdelenmeli benzer ve farklılıkları varsa açıklanmalıdır. Çalışmanın önemli yanları ve bunlardan çıkan sonuçları vurgulanmalıdır. Gerektiğinde yeni hipotezler ortaya konmalı, ancak bunların yeni hipotezler olduğu belirtilmelidir. Giriş ya da sonuçlar kısmında verilen bilgi ve veriler tekrarlanmamalıdır.

Tablo, Grafik ve Şekiller

Tablo ve şekiller ayrı sayfaya konmalı, yazıdaki yeri belirtilmelidir. Yazı içindeki grafik, şekil ve tablolar numaralandırılmalıdır.

Teşekkür

Yazının sonunda kaynaklardan önce yer verilir. Bu bölümde kişisel, teknik ve materyal yardımı gibi nedenlerle yapılacak teşekkür ifadeleri yer alır.

Kaynaklar

Kaynaklar yazının sonunda 'Kaynaklar' başlığı altında bildirilmelidir. Kaynaklar metindeki geçiş sırasına göre numaralandırılıp dizilmelidir. Tüm kaynaklar metinde belirtilmelidir. Metin içinde ise parantez içinde belirtilmelidir. Yazar sayısı altıdan azsa tümü, altıdan çoksa, ilk altısı belirtilerek 've ark.' ifadesi kullanılmalıdır.

Tek tip kurallar esas olarak Amerikan Ulusal Tıp Kütüphanesi (National Library of Medicine, NLM) tarafından uyarlanmış olan bir ANSI standart stilini kabul etmiştir. Özetler, kişisel görüşmeler, yayımlanmamış yazılar kaynak olarak gösterilmemelidir. Dergi isimleri Index Medicus'taki şekilleriyle kısaltılmalıdır.

Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur. Kaynaklar aşağıdaki örneklerdeki gibi gösterilmelidir.

1. MedLine'da yer alan ve kısaltması MedLine'a göre yapılan dergi makalesi için;

Nurmedov S, Metin B, Ekmen S, Noyan O, Yılmaz O, Darcin A, Dilbaz N. Thalamic and Cerebellar Gray Matter Volume Reduction in Synthetic Cannabinoids Users. Eur Addict Res. 2015;21(6):315-20.

2. MedLine'da yer almayan ve kısaltması olmayan dergi makalesi için;

Güz H, Önder ME. Alkol bağımlılığının farmakolojik sürdürüm tedavisi. 3P (Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji) Dergisi, 1996; 4 (Ek Sayı 2): E37-E43.

3. Baskıdaki makale için;

Littlewhite HB, Donald JA. Pulmonary blood flow regulation in an aquatic snake. Science 2002 (in press).

4. Bildiri – Yayımlanmış;

Yazar, A. (Yayın Yılı). Bildiri Adı. A. Editör (Ed.). Kitap Adı (sayfa numaraları). Yayın Yeri: Yayınevi.

5. Bildiri – Yayımlanmamış;

Konuşmacı,(Ay yyyy). Bildiri Adı [Bildiri]. Toplantı Adı, Toplantı Yeri.

6. Poster;

Yazar, A. (Ay yyyy). Posterin Adı [Poster]. Toplantı Adı, Toplantı Yeri.

7. Kitap bölümü için örnek;

Yazar, A. (Yayın Yılı). Yayın adı. A. Editör (Haz./Ed.). Kitap adı (Yayının sayfa numaraları). Yayın yeri: Yayınevi.

8. Kitap çevirisi için;

Yazar, A. (Yayın Yılı). Kitap adı (A. Soyadı, Çev.). Yayın yeri: Yayınevi. (Kaynak yapının yayın yılı).

9. Tez;

Yazar, A. (Yayın Yılı). Tez Adı. Yüksek lisans/Doktora/ Sanatta yeterlik tezi, Üniversite Adı, Yer.

Makalenin Gönderilmesi:

Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisine yazı gönderimi, web sitesi www.currentaddiction.org

<http://my.ejmanager.com/car/> üzerinden yapılmakta olup hakem süreçlerinin takibi de bu yolla yapılabilmektedir.

Yazışma Adresi:

Prof. Dr. Nesrin Dilbaz

Elektronik posta adresi: car@uskudar.edu.tr

Tel & Faks: 02166330633

Adres: Saray Mah. Ahmet Tevfik İleri Sok. No:18 34768

Ümraniye/İstanbul/Türkiye