

**T.C.**  
**İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**Setenay DÖNMEZ**

**ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARINDA**  
**İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE ÖZ-ŞEFKAT**  
**İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**DANIŞMAN**  
Dr. Öğretim Üyesi Özlem MESTÇİOĞLU

**İSTANBUL, Ocak 2022**

**T.C.**

**İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ  
EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**Setenay DÖNMEZ**

**172005240**

**ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARINDA  
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE ÖZ-ŞEFKAT  
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğretim Üyesi Özlem MESTÇİOĞLU**

**İSTANBUL, Ocak 2022**

**T.C.**

**İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**Setenay Dönmez**

**172005240**

**ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARINDA  
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE ÖZ-ŞEFKAT  
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Tezin enstitüye teslim edildiği tarih:**

**Tezin savunulduğu tarih: 18.01.2022**

**Tez danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Özlem Mestçioğlu  
(İstanbul Okan Üniversitesi)**

**Diğer Jüri Üyeleri : Dr. Öğretim Üyesi Pınar Arslantürk  
(İstanbul Okan Üniversitesi)**

**Prof.Dr. Zümra Atalay  
(MEF Üniversitesi)**

**İSTANBUL, Ocak 2022**

# TEŞEKKÜR

Yaptığım bu araştırma özellikle AA(Adsız Alkolikler) ve NA(Adsız Narkotikler) gibi bağımlılık alanında önemli bir yeri olan oluşumlar ile ilgili farketmiş yazın eksikliğini gidermeye katkıda bulunacağıma inanıyorum. AA ve NA grupları birbirlerine yardım etmek için düzenli toplanan gruplardır. Kendileriyle yürüttüğüm çalışmada, kendi ilkeleri gereği adsızlıklarını koruyarak kendilerine onları görünür kılacak hiçbir kişisel bilgi sorulmamıştır. Birebir görüşmeler ile ulaştırdığım ölçekleri dürüstlük ve açıkfikirlilik ilkelerine dayanarak beni reddetmeden doldurdıkları için kendilerine çok teşekkür ediyorum.

Ayrıca öğrenim hayatım ve tez sürecimdeki ilgili tavrı, anlayışı ve tüm yardımları için sevgili Özlem Mestçioğlu hocama, her zaman bana yol göstermiş ve kılavuzluk etmiş değerli Zümra Atalay hocama, bütün hayatımda olduğu gibi tez sürecimde de beni yalnız bırakmayan ve desteklerini esirgemeyen ağabeyim Aytek ve kardeşim Zeynep başta olmak üzere sevgili aileme teşekkürü bir borç bilirim.

Ocak 2022

Setenay Dönmez

# İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
ÖNSÖZ .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	v
KISALTMALAR.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	vii
<b>BÖLÜM 1 GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
1.1 Giriş .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	5
<b>BÖLÜM 2 KURAMSAL ÇERÇEVE.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. MADDE VE BAĞIMLILIK .....</b>	<b>5</b>
2.1.1. Alkol ve Madde Kullanımın Etiyolojisi .....	6
2.1.2. DSM-5'te Madde Kullanımı ile İlişkili ve Bağımlılık Bozuklukları .....	12
2.1.3. Türkiye'de Alkol ve Madde Kullanımı .....	13
<b>2.2. DAMGALANMA .....</b>	<b>14</b>
2.2.1. Kamusal Damgalanma .....	15
2.2.2. İçselleştirilmiş Damgalanma .....	15
2.2.3. Madde Bağımlılarında İçselleştirilmiş Damgalanma .....	21
2.2.4. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Madde Bağımlılığı İlgili Literatür .....	22
<b>2.3. ÖZ-ŞEFKAT .....</b>	<b>26</b>
2.3.1. Öz-Şefkat, İçselleştirilmiş Damgalanma ve Madde Bağımlılığı İlişkili Literatür .....	27
<b>BÖLÜM 3 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ .....</b>	<b>30</b>

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ .....	30
3.1.1. Evren, örneklem yöntemi ve sayısı .....	30
3.2. Verilerin elde edilmiş yöntemi .....	31
3.2.1. Öz-Anlayış Ölçeği (ÖZAN) Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) .....	31
3.2.2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) .....	32
3.2.3. Sosyodemografik Veri Bilgi Formu .....	32
3.3. Verilerin Analizi .....	32
<b>BÖLÜM 4 BULGULAR .....</b>	<b>34</b>
<b>BÖLÜM 5 TARTIŞMA .....</b>	<b>55</b>
<b>BÖLÜM 6 SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>68</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>70</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>82</b>
EK A Gönüllü Bilgilendirme Formu .....	82
EK B Sosyodemografik Veri Formu .....	83
EK C Öz-Anlayış Ölçeği .....	85
EK D Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği .....	87

## ÖZET

### ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE ÖZ-ŞEFKAT İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Türkiye’de madde kullanımı ilişkili ve bağımlılık bozuklukları görülme oranı genel nüfus için ortalama % 2.7 iken psikiyatri hastalarında ortalama % 4.5 oranında görülmüştür. Kamusal damgalanma, belirli bir niteliğe veya özelliğe sahip olan bireylerin toplum tarafından etiketlenmesi ve kalıplaştırılmış nitelik ve stereotiplere sahip olmaları sebebiyle değersizleştirildiği bir sosyal kategoridir. İçselleştirilmiş damgalanması olan bireyler, damgalanmış oldukları özellik ve niteliklerle bağlantılı olumsuz kalıp yargılara onay vererek, olumsuz kalıp yargıları kendilerine uygularlar. Madde kullanım bozuklukları genellikle damgalayıcı bir durum olarak kabul edilen ve ruhsal hastalık kapsamında en fazla damgalananlar arasındadır. Öz-şefkat, kronik stresörlerle başa çıkmada uyarlanabilir bir duygu düzenleme stratejisidir. Bu çalışmada ise, Adsız Alkolikler ve Adsız Narkotikler toplantılarına katılan, alkol ve madde kullanımına ilişkin bozuklukları olan bireylerin öz-şefkat seviyeleri ile içselleştirilmiş damgalanmaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Tanımlayıcı, ilişkisel tarama modeli kullanılarak gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmadır. 162’si kadın 108’i erkek, toplam 270 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada, bireylerin öz-şefkat seviyelerinin arttıkça, içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin azaldığı, AA ve NA toplantılarına katılım ve ayık kalma süreleri arttıkça içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin azaldığı ve öz-şefkat seviyelerinin arttığı, hem madde hem de alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma seviyeleri anlamlı olarak farklılaşmaz iken, yalnızca alkol kullanım bozukluğuna sahip olanların daha yüksek öz-şefkat seviyesine sahip olduğu bulgusu elde edilmiştir. İçselleştirilmiş damgalanma seviyesi ve öz-şefkat seviyesi, cinsiyet, SUD’u olan birinci dereceden akrabaya sahip olma, medeni durum değişkenlerine göre farklılaşmaz iken, eğitim düzeyi ve AA ve NA toplantılarına katılım süresi değişkenleri üzerinden farklılaşmıştır. Eğitim düzeyi ve AA ile NA

toplantılarına katılım süreleri arttıkça içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin azaldığı bulgusu elde edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Alkol ve madde bağımlıları, içselleştirilmiş damgalanma, öz şefkat

**Tarih:** Ocak, 2022

## **ABSTRACT**

### **INVESTIGATION OF INTERNALIZED STIGMA AND SELF-COMPASSION IN ALCOHOL AND SUBSTANCE ADDICTS**

The prevalence of substance use-related and addictive disorders in Turkey was 2.7% on average for the general population, while it was 4.5% on average in psychiatric patients. Public stigma is a social category in which individuals with a certain quality or characteristic are devalued because they are labeled by society and have stereotyped qualities and stereotypes. Individuals with internalized stigma apply negative stereotypes to themselves by approving negative stereotypes associated with the traits and qualities they are stigmatized with. Substance use disorders are among those that are generally accepted as a stigmatizing condition and are among the most stigmatized within the scope of mental illness. Self-compassion is an adaptive emotion regulation strategy for coping with chronic stressors. In this study, the relationship between the levels of selfcompassion and internalized stigmatization of individuals with alcohol and substance use disorders attending Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous meetings was investigated. It is a cross-sectional study using a descriptive, relational survey model. In the study, which was carried out with a total of 270 participants, 162 of whom were women and 108 men, it was found that as the individuals' self-compassion levels increase, their internalized

stigma levels decrease, as their participation in AA and NA meetings and their staying sober increase, their internalized stigma levels decrease and selfcompassion levels increase. While the level of internalized stigma and self-compassion did not differ according to the variables of gender, having a first-degree relative with SUD, and marital status, did not differ according to the variables of education level and attendance time to AA and NA meetings. It was found that the level of internalized stigma decreased as the education level and the duration of participation in AA and NA meetings increased.

**Keywords:** Substance and alcohol use disorders, self-compassion, internalized stigma

**Date:** January, 2022



## KISALTMALAR

<b>AA</b>	: Adsız Alkolikler
<b>DSM-5</b>	: Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı Beşinci Baskı
<b>NA</b>	: Adsız Narkotikler
<b>NSUDH</b>	: Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Araştırması
<b>ÖZAN</b>	: Öz-Anlayış Ölçeği
<b>RHİDÖ</b>	: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği
<b>SUD</b>	: Madde kullanım bozuklukları
<b>TUBİM</b>	: Türkiye Uyuşturucu ve Bağımlılığı İzleme Merkezi
<b>TUİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü

## TABLO LİSTESİ

**SAYFA NO**

<b>Tablo 2.1.</b> Madde ve Alkol Kullanımına İlişkin Risk Faktörlerinin Özeti .....	7
<b>Tablo 2.2.</b> DSM-5'te Madde kullanım bozuklukları tanı ölçütleri.....	12
<b>Tablo 4.1</b> Normallik Test Sonuçları .....	34
<b>Tablo 4.2</b> Katılımcılara Ait Sosyo-Demografik Bilgilerin Dağılımı .....	35
<b>Tablo 4.3</b> Katılımcıların Alkol/Madde Kullanımlarına İlişkin Dağılımları .....	37
<b>Tablo 4.4.</b> Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik .....	38
<b>Tablo 4.5</b> Katılımcıların Öz Şefkat ve İçselleştirilmiş Damgalanma ölçeklerinden aldıkları puanların betimsel analizi .....	38
<b>Tablo 4.6</b> Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki Korelasyonel İlişki .....	39
<b>Tablo 4.7</b> Kullanılan Maddeye Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Seviyesindeki Farklılık .....	40
<b>Tablo 4.8</b> Kullanılan Maddeye Göre Öz-Şefkat Seviyesindeki Farklılık .....	41
<b>Tablo 4.9</b> Cinsiyete Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Seviyesindeki Farklılık .....	42
<b>Tablo 4.10</b> Eğitim Seviyesine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Seviyesindeki Farklılık .....	43
<b>Tablo 4.11</b> Medeni Hale Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Seviyesindeki Farklılık ...	44
<b>Tablo 4.12</b> Birince Derece Akrabalarda SUD'lu Birey Olup Olmamasına Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Seviyesindeki Farklılık .....	45
<b>Tablo 4.13</b> AA ve NA Toplantılarına Katılım Süresine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Seviyesindeki Farklılık .....	48
<b>Tablo 4.14</b> Ayık Kalma Süresine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Seviyesindeki Farklılık .....	50
<b>Tablo 4.15</b> Cinsiyete Göre Öz-Şefkat Seviyesindeki Farklılık .....	52
<b>Tablo 4. 16.</b> Eğitim Seviyesine Göre Öz Şefkat Seviyesindeki Farklılık .....	52
<b>Tablo 4.17</b> Medeni Hale Göre Öz Şefkat Seviyesindeki Farklılık .....	52
<b>Tablo 4.18</b> Birince Derece Akrabalarda SUD'lu Birey Olup Olmamasına Göre Öz	

Şefkat Seviyesindeki Farklılık ..... 53

**Tablo 4.19** AA ve NA Toplantılarına Katılım Süresine Göre Öz-Şefkat Seviyesindeki Farklılık ..... 53

**Tablo 4.20** Ayık Kalma Süresine Göre Öz-Şefkat Seviyesindeki Farklılık..... 54



# BÖLÜM 1 GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1 GİRİŞ

Madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluğu (SUD), Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı Beşinci Baskı'da (DSM-5) tanınan dokuz sınıftan birine giren herhangi bir maddenin kullanımıyla ilişkili patolojik davranışların varlığı olarak tanımlanmıştır (APA, 2013). Bu davranışlar, kullanım üzerinde bozulmuş kontrolü (örneğin, maddeyi amaçlanandan daha sık veya daha yüksek miktarda kullanmak), bozulmuş sosyal davranışı (örneğin, rol sorumluluklarını yerine getirmeme ve kullanımdan kaynaklanan kişilerarası sorunlara rağmen kullanmaya devam etmeyi) ve riskli kullanım uygulamaları (örneğin, fiziksel olarak tehlikeli bir ortamda kullanım veya kullanımın ciddi fiziksel veya psikolojik etkilerine rağmen) oluşturur (Black ve Grant, 2014). Tolerans ve yoksunluk gibi farmakolojik etkiler de çoğu maddede teşhis için kriterlerdir (APA, 2013). SUD'nin ciddiyeti, bireyin bu kriterlerden kaç tanesini gösterdiğine göre derecelendirilir. Bu nedenle, bir SUD teşhisi konan her birey her bir kriteri karşılamayacaktır, ancak her birey, kullanımının bir sonucu olarak bazı olumsuz sonuçlar yaşamış olacaktır. 2014 Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Araştırması'nın (NSUDH) sonuçlarına göre, alkol ve yasadışı madde kullanım yaygınlıkları Amerika Birleşik Devletleri nüfusunda sırasıyla % 23,9 ve % 10,2 olarak hesaplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2010) tarafından yayınlanan SUD-Türkiye profil bilgilerine göre, 2004 yılında 12 aylık süre içerisinde 15 yaş ve üzeri kadınlarda alkolü kötüye kullanım bozukluğu tanısı görülme sıklığı % 0.65 iken erkekler için %1.77 olarak hesaplanmıştır. Uyuşturucu madde kullanım bozukluğu tanısının ise 15 yaş ve üzeri kadınlar için %0.01, erkekler için ise % 0.03 olarak hesaplanmıştır. TÜBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Bağımlılığı İzleme Merkezi) ve Sağlık bakanlığı verilerine göre ise 2017 yılında, SUD görülme sıklığı ortalama %2.7 olarak hesaplanmıştır. Genel psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda SUD görülme sıklığı araştırılmıştır. Araştırma bulguları göre, 734 genel psikiyatri hastasının 33'ünde (%4.5) SUD görülmüştür (Erensoy et al.).

Yukarıda belirtilen sonuçlara ek olarak, maddeleri kötüye kullananlar genellikle madde kullanımının damgalanmasıyla ilgili sosyal sonuçlara maruz kalırlar. Damgalama, bir

toplumdaki bireylerin topluca bir alt gruba uyguladıkları stereo-tiplene olarak tanımlanabilir (Goffman, 2009). Bir toplum, stereo-tiplerle ilişkili olumsuz çağrışımların alt grubun tüm üyeleri için geçerli olduğuna inandığında, genellikle ayrımcılık ortaya çıkar. Bu nedenle, istihdam, ilişkiler, sağlık ve sağlık hizmetleri gibi yaşamın tüm alanlarındaki başarı, damgalanmadan olumsuz etkilenebilir. SUD olan kişilere yönelik içselleştirilmiş damgalanma, dünya çapında birçok toplumda yaygındır. Bir Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çalışması, 18 farklı sağlık durumu arasında, uyuşturucu bağımlılığının ankete katılan 14 ülkeden 12'sinde içselleştirilmiş damgalanma birinci veya ikinci sırada olduğunu ve alkolizmin 13 ülkede ikinci ve yedinci sıralama arasında yer aldığını göstermiştir (Üstün et al., 2001). İçselleştirilmiş damgalanma kavramı, damgalanmanın neden olduğu içsel psikolojik zararın hem akademik hem de akıl sağlığına ilişkin açıklamalarının merkezinde yer almaktadır (Ritsher et al., 2003). İçselleştirilmiş damgalanma, kişinin kendisine olumsuz klişeler uygulayarak tetiklediği değersizleştirme, utanç, gizlilik ve geri çekilme yaşadığını belirtmişlerdir.

Alkol, düşük dozlarda kullanımı ile kaygıyı azaltan bir inhibitör olarak etki eden, ancak aşırı dozlarda ölümle sonuçlanan bir maddedir (Statistics, 2006). Batı toplumlarında hastaneye yatışların ve uyuşturucuya bağlı ölümlerin en büyük ikinci nedenidir (Health ve Welfare, 2004). Alkol kullanımından alkol bağımlılığına doğru devam eden ilerleme bazı kişilerde farkedilebilmektedir (Sartor et al., 2007). Alkol kullanım bozuklukları (kötüye kullanım / bağımlılık) ayrıca depresyon, anksiyete ve bilişsel problemler gibi engellerle ilişkilendirilmiştir (Samokhvalov et al., 2010).

Araştırmalar alkol kötüye kullanımının anksiyete ve depresyon gibi psikolojik değişkenlerle ilişkili olduğunu bulmuştur (Suh et al., 2008). Depresyon ve anksiyetenin alkol ile aralarında yüksek komorbidite insidansını açıklamaya çalışan birkaç nedensel açıklama yapılmıştır. Bunlardan biri, anksiyete veya depresyonun, alkolün patolojik kullanımını teşvik etmesidir (Kushner et al., 2000). Alkol ve madde bağımlılığı sıkıntılı psikolojik durumların etkilerini yatıştırmak ve değiştirmek için kullanılmaktadır (Suh et al., 2008).

Diğer araştırmalar, stresli yaşam olayları yaşamının, tüketilen alkol miktarını ve sıklığını ve alkol bağımlılığının başlangıcını önemli ölçüde yordadığını bulmuştur ki bu, stresin önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Dawson et al., 2005; Lloyd ve Turner,

2008). Bir başka çalışmada, alkolizmin, anksiyete ve depresif bozuklukların gelişimini teşvik ettiği ve ilişkili olduğu semptomların alkol yoksunluğunun bir parçası olduğu öne sürülmüştür (George et al., 1990). Bir diğer çalışmada ise, düşük benlik saygısının ayrıca maddeyi kötüye kullanımı (Baumeister, 1993) ve alkol bağımlılığı (Chaudhury et al., 2010) için yüksek risk oluşturduğu ve genellikle depresyon, anksiyete ve uyumsuzluk gibi olumsuz duygularla ilişkili olduğu bulunmuştur. Tersine, DeSimone ve diğ. (1994), alkol kullanımının depresyon ile pozitif olarak ilişkili olduğunu ve önceki araştırmaların aksine, yüksek benlik saygısının öğrencilerde daha fazla alkol kullanımıyla ilişkili olduğunu bulmuştur. Bunu destekleyen Corbin ve diğ. (1996) alkol kullanım sorunları olan kişilerin, kullanmayanlara göre daha yüksek öz saygıya sahip olduklarını bulmuşlardır.

Pek çok çalışma öz saygıyı açıklamak için bir teoriyi tanımlama, ölçme ve geliştirmede zorluklar bulduğundan (Crocker ve Park, 2004) farklı bir psikolojik yapı önerilmiştir; bu yapı öz şefkattir (Neff, 2003). Öz şefkat, çok arzu edilen belirli bir özellik nedeniyle değil, bir kişi oldukları için şefkat hissetmeyi içerir. Moeller ve Crocker (2009), uyuşturucu ve alkol alanında öz-şefkatle ilgili mevcut birkaç çalışmadan birinde, 258 lisans üniversite öğrencisi ile öz-imge hedeflerini ve hedefleri ile ilişkili yüksek öz-şefkat seviyelerinin kullanılan ağır epizodik alkol ve alkolle ilgili problemler üzerindeki etkilerini test etmiştir. Çalışmanın sonuçlarında, öz-imge hedeflerinin alkolle ilgili problemlerle ilişkili olduğunu, ancak yüksek öz-şefkatle ilgili hedeflerin alkolle ilgili problemlerle ilişkili olmadığı bulunmuştur (Moeller ve Crocker, 2009). Kamu tarafından finanse edilen, uyuşturucu ve alkolü bırakma hizmetine giren bireylerle yapılan küçük bir anket çalışmasında, sorunlu alkol kullanımı olanlar düşük öz-şefkat seviyeleri ile ilişkilendirilmiştir (Brooks et al., 2012). Üniversiteli kadınlarda alkol problemi olasılığının, düşük öz-şefkat seviyeleri ve çocuklukta duygusal istismar aracılığı ile artmış olduğu bulunmuştur (Miron et al., 2014). Öz-şefkatin SUD'u geliştirmek için bir risk faktörü olan duygu düzenlemesini yordadığı bulunmuştur (Weiss et al., 2015).

Anksiyete ve depresyon gibi SUD'u geliştiren diğer risk faktörlerinin de öz-şefkat ile negatif korelasyon gösterdiği çalışmalar yapılmıştır (Green et al., 2012; Neff et al., 2007).

Kişinin toplumdaki saygınlığını ve değerini düşürerek ötekileştiren damgalanma her türlü mental hastalıklar ve madde bağımlılıklarında kişinin tanı ve tedavisini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Smith ve Book, 2008). İçselleştirilmiş damgalanma ise,

toplumun kişiye atfettiği olumsuz yargıları kabullenmesine, kendini değersizlik ve utanç duygularına mahkum etmesine, kendini gizlemesine ve sosyal olarak geri çekilme yaşamasına sebep olur (Corrigan et al., 2006). SUD'lu bireyler en fazla damgalanan bozukluklar arasındadır. Alkol ve madde bağımlılığı ile içselleştirilmiş damgalanmayı ele alan çalışmalar literatürde oldukça sınırlıdır. Tedavi arayan SUD hastalarının, sağlık çalışanları tarafından SUD'u bir hastalıktan ziyade bir ahlaksızlık veya davranışsal bir sorun olarak damgalaması, kişilerin tedavi hizmetlerine olan erişimlerine engel oluşturmaktadır (Akdağ et al., 2018). SUD'lu kişilerin, içselleştirilmiş damgalanmaya sahip olmalarının, tedavi motivasyonlarının ve hizmet alacakları tedavi süreçlerinin olumsuz etkilenmesinin yanında, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıklarla da ilişkili olduğu gösterilmiştir (Akdağ et al., 2018). Literatürde belirtildiği gibi, içselleştirilmiş damgalanma, daha düşük seviyelerde benlik saygısı ve öz-yeterlik oluşturabilir ve iyileşme beklentilerini kötüleştirebilir (Hasson-Ohayon et al., 2011). Özşefkatin ise içselleştirilmiş damgalanma ve SUD'lu kişilerle olan ilişkisini anlamaya yönelik yapılan sınırlı çalışma sonuçları, içselleştirilmiş damgalanmanın ve SUD'un düşük öz-şefkat ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Smith ve Book, 2008; Weiss et al., 2006).

Literatürde SUD'lu bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın düşük öz-şefkat ile olan ilişkisini gösteren çalışmaların bulunmaması, ayrı ayrı SUD-öz şefkat ve SUDiçselleştirilmiş damgalanma ilişkisini gösteren sınırlı çalışmaların varlığı, SUD'lu kişilerde içselleştirilmiş damgalanmanın öz-şefkat ile olan ilişkisindeki açıklayıcı lığının anlaşılmasında eksiklik doğurmaktadır. Bu sebeple, bu araştırma çalışması, ulusal ve uluslararası literatürdeki eksiklerin giderilmesi ve yapacak olduğu katkı ile önem taşımaktadır. Ek olarak, bu çalışma çıktıları çerçevesinde, öz-şefkat temelli terapötik müdahaleler aracılığıyla SUD'lu bireylerin duygularını düzenleyebilme becerileri kazandırılabilir, içselleştirilmiş damgalanmanın sebep olduğu olumsuz duygular ve sosyal izolasyonun etkileri tersine çevrilip çevrilmediğine yönelik ileri araştırmalar yapılabilir.

## 1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırma, alkol ve madde bağımlısı bireylerin iŐselleŐtirilmiŐ damgalanma seviyelerin 6z-Şefkat seviyeleri ile olan ilişkisini incelemeyi amaŐlamıŐtır. Bu amaÇ doğrultusuna aŐaęıdaki hipotezler sınanmıŐtır.

H1. SUD'lu bireylerin iŐselleŐtirilmiŐ damgalanma ile 6z-Şefkat seviyeleri arasında negatif y6nl6 bir ilişki vardır.

H2. Hem alkol hem madde kullanan bireylerin, yalnızca alkol kullanan bireylere kıyasla 6z-Şefkat seviyesi d6Őuktur.

H3. Hem alkol hem madde kullanan bireylerin, yalnızca alkol kullanan bireylere kıyasla iŐselleŐtirilmiŐ damgalanma seviyesi y6ksektir.

H4. SUD'lu bireylerin iŐselleŐtirilmiŐ damgalanma seviyeleri, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, birinci derece akrabalarda SUD'lu birey olup olmaması, AA ve NA toplantılarına katılım s6resi ve ayık olma s6resine g6re farklılaşmaktadır.

H5. SUD'lu 6z-Şefkat seviyeleri, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, birince derece akrabalarda SUD'lu birey olup olmaması, AA ve NA toplantılarına katılım s6resi ve ayık olma s6resine g6re farklılaşmaktadır.

## BÖLÜM 2 KURAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1. MADDE VE BAĞIMLILIK

Madde kullanımı ile ilişkili ve madde kullanım bozukluklarında “Madde” kavramı, bağımlılık, sağlık ve sosyal sorunlara neden olma potansiyeli olan herhangi bir psikoaktif bileşik olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu maddeler yasal olabilir (örneğin, alkol ve tütün); yasa dışı olabilir (örneğin, eroin ve kokain); veya hidrokodon veya oksikodon gibi tıbbi amaçlar için kullanılan reçeteli maddeler olabilir (ör. Oxycontin, Vicodin ve Lortab). Bu maddeler, farmakolojik ve davranışsal etkilerine göre yedi sınıfa ayrılmaktadırlar (Sağlık Bakanlığı, 2011). Nikotin, sigaralar, buharlı sigaralar, purolar, çiğneme tütünleri ve enfiye maddelerini içermektedir. Alkol, her tür bira, şarap ve damıtılmış likörler dahil olmak üzere ikinci sınıftır. Kannabinoidleri, kenevir, haşhaş, haşhaş yağı ve yenilebilir kannabinoidler oluşturmaktadır. Opioidler, eroin, metadon, buprenorfin, Oksikodon, Vicodin ve Lortab maddelerini içerir. Depresanlar sınıfında, benzodiazepinler (örneğin, Valium, Librium ve Xanax) ve Barbituratlar (örneğin, Seconal) yer almaktadır. Uyarıcılarda, kokain, amfetamin, metamfetamin, metilfenidat (örneğin, Ritalin) ve atomoksetin (örneğin, Stratera) maddeleri bulunmaktadır. Halüsinojenler ise, LSD, meskalin ve MDMA (örneğin Ecstasy) maddelerini içerir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bağımlılık, fiziksel bağımlılığı içerebilen bir semptomlar toplamı olarak tanımlanır, ancak tanım, kullanım üzerindeki kontrolün kaybedildiğini, kullanım nedeniyle sorunların şiddetlendiğini ve olumsuz sonuçlara rağmen kullanımın devam ettiğini gösteren diğer davranışsal semptomları da içermesi sebebiyle psikolojik bir boyutu da içermektedir. Bağımlılık, maddeyi arama, kötüye kullanım ve beyindeki uzun süreli kimyasal değişikliklerle karakterize, kronik, nükseden bir hastalıktır (Carroll et al., 2006). Yakın tarihli Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabında, 5. baskısında (DSM-5) "Madde Kullanımı ve Bağımlılık Bozuklukları" olarak revize edilmiştir ve “Bağımlılık Bozuklukları” adı altında yeni bir kategori eklenmiştir (Apa, 2013).

## 2.1.1. Alkol ve Madde Kullanımının Etiyolojisi

Alkol ve diğer uyuşturucu kullanımı ve kötüye kullanımının altında yatan nedenler çok çeşitlidir ve iyi anlaşılmamıştır. Alkol ve diğer uyuşturucu kullanımının başlangıcının potansiyel belirleyicileri olarak yüzlerce değişken incelenmiştir. Çoğu alkol ve diğer madde kullanımına başlama, aynı zamanda madde kullanan arkadaşlar veya akranlarla gerçekleşirken, ebeveyn ve toplum etkenli de gelişebilmektedir. Alkol ve madde bağımlılığın sebepleri arasında, araştırılan bireysel ve sosyal etkiler dört kategoride sınıflandırılabilir: (1) kültürel/toplumsal çevre, (2) yakın çevre, (3) okul, akranlar ve aile gibi kişilerarası güçler ve (4) genetik, kişilik ve tutumlar dahil olmak üzere bireysel faktörler. Bu alanların her biri içindeki faktörler veya güçler nedeniyle bir birey “risk altında” olarak kabul edilebilir. Bu olası etkilerin her birine önemli ölçüde teorik ve ampirik dikkat verilmiştir. Hawkins ve diğerleri (1992), gençlerin alkol ve diğer uyuşturucu kullanımına ilişkin olası risk faktörlerini gözden geçirerek ve yukarıda listelenen 4 genel alanı yansıtan 20 potansiyel neden belirlemiştir ve Tablo.1’de listelenmiştir (Hawkins et al., 1992).

**Tablo 2.3.** Madde ve Alkol Kullanımına İlişkin Risk Faktörlerinin Özeti

Etki Alanı	Risk Faktörleri
Kültür ve Toplum	Uyuşturucu kullanımına elverişli yasalar Uyuşturucu kullanımına elverişli sosyal normlar Uyuşturucu mevcudiyeti Aşırı ekonomik yoksunluklar
Kişilerarası	Aile kullanımı Uyuşturucu kullanımına karşı olumlu aile tutumları Zayıf/tutarsız aile yönetimi uygulamaları Aile çatışması ve bozulması Akran reddi Uyuşturucu kullanan akranlarla ilişki

Psikodavranışsal	Erken dönem/ kalıcı problem davranışlar Akademik başarısızlık Okula düşük bağlılık Yabancılaşma İsyankarlık Uyuşturucu kullanımına olumlu tutum Erken başlangıçlı uyuşturucu kullanımı
Biyogenetik	Uyuşturucu kullanımına kalıtsal yatkınlık Uyuşturucu etkilerine karşı psikofizyolojik kırılabilirlik

Kültürel/toplumsal faktörler arasında uyuşturucu kullanımına elverişli yasa ve normlar, uyuşturucuların bulunabilirliği, aşırı ekonomik yoksunluk ve mahalle düzensizliği sayılabilir. Kişilerarası faktörler arasında aile alkol ve uyuşturucu kullanım davranış ve tutumları, zayıf ve tutarsız aile yönetimi uygulamaları, aile çatışması, ilköğretim sınıflarında akran reddi ve uyuşturucu kullanan akranlarla ilişki yer alır. Psikodavranışsal etkiler, erken ve kalıcı sorunlu davranışlar, akademik başarısızlık, okula düşük derecede bağlılık, yabancılaşma ve isyankarlık, uyuşturucu kullanımına uygun tutumlar ve erken uyuşturucu kullanımına başlamayı içerir (Hawkins et al., 1992). Biyogenetik faktörler arasında, uyuşturucu kullanımına karşı savunmasızlığın olası kalıtsallığı ve uyuşturucuların etkilerine karşı psikofizyolojik bir yatkınlık yer alır (Hawkins et al., 1992).

Genetik etkiler, madde kullanım bozuklukları riskinin yaklaşık % 50'sini açıklar. Opioidler, kokain, esrar veya alkol içeren bir madde kullanım bozukluğu yaşayan genetik olarak yakın akrabaları (ebeveynler veya yetişkin kardeşler) olan bireylerin kendilerinin de bir madde kullanım bozukluğu geliştirme riski 8 kata kadar daha yüksektir (Merikangas et al., 1998). Alkol kullanım bozukluğu olan bir ebeveyne sahip olmak, alkol kullanım bozukluğu öyküsü olmayan ebeveynler tarafından yetiştirilse bile, alkolle ilgili sorun geliştirme riskini yaklaşık 4 kat artırmaktadır (Russell, 1990). Genetik çalışmalar, genetiğin madde kullanım bozukluklarının hem ortaya çıkması hem de bunlara direnç açısından önemli olduğunu gösteren bir tablo çizmektedir. Bununla birlikte, genetik tek başına bir kişinin kaderini belirlemez: Genetik yapı, bir madde kullanım bozukluğunun ortaya çıkıp çıkmadığını belirlemek için çevre ve kişinin yaşam boyu deneyimleriyle

etkileşime girer. Onlarca yıllık araştırmalardan ortaya çıkan bir başka gerçek de, tüm farklı madde türleri için geçerli olan tek bir spesifik “bağımlılık geni” olmamasıdır.

SUD’lu bireylerde, genetiğin oynadığı rolü anlamamıza dört genel araştırma hattı katkıda bulunmaktadır aile soyağacı, ikiz, evlat edinme ve genom çalışmaları.

Aile soyağacı çalışmalarında, erken genetik etki araştırması, belirli bir fenotipin bir ailenin birçok neslinde ortaya çıktığı modellerin izini sürmeye dayanmaktadır. Bu ailevi örüntüler, bir soy şeması oluşturulduğunda belirgin hale gelmektedir (değerlendirmede bazen bir aile “genogramı” kullanılır; bkz (Hartman, 1995). Gözlemlenen soy ağacı kalıpları, genellikle araştırmacıların, alkolizmin gelişiminin genetik bir bileşene sahip olduğunu, genetikten etkilendiği hipotezini destekler. İlişkide genetik olarak ne kadar yakın akraba olursa, etki o kadar büyük olur. Örneğin, alkol kullanım bozukluklarında ebeveynlerin etkisi, teyzelerin / amcaların etkisinden daha güçlüdür.

Alkolizmin genetik bir temeli olduğu teorisini destekleyen kanıtların bir başka kaynağı da ikiz çalışmalarından gelmektedir. Tek yumurta ve çift yumurta olmak üzere iki tür ikiz vardır. Tek yumurta ikizleri aynı tek yumurta / sperm çiftinden doğarlar, bu nedenle aynı genomu paylaşırlar. Öte yandan, çift yumurta ikizleri iki farklı yumurta / sperm eşleşmesinden kaynaklanırlar, bu nedenle herhangi bir kardeş çift gibi rastgele miktarda genetik kodlamayı paylaşırlar. Tek yumurta ikizleri için fenotipik sonuç, çift yumurta ikizlerinin sonucundan iki kat daha fazla benzer olduğunda, bu özelliğin SUD’un yüksek derecede genetik kontrol altında olduğu kabul edilmektedir (Begun et al., 2020). Tek yumurta ikizlerinde, Alkol kullanım bozukluğu (AUD) üzerindeki genetik etkinin kanıtı ne kadar güçlü olsa da yalnızca genetik faktör tarafından kontrol edildiğini gösterecek kardeşler arasında uyumsuzluklar mevcuttur.

Evlat edinme çalışmaları, alkol kullanım bozuklukları üzerindeki genetik etkiyi destekleyen kanıt temelindeki üçüncü bir yönü temsil etmektedir. Bu çalışmalar, AUD yaşayan biyolojik ebeveynleri tarafından yetiştirilen çocukların fenotipik sonuçlarının, evlat edinilen (biyolojik ebeveyni AUD olan) ve AUD olmayan ebeveynler tarafından yetiştirilen çocuklarla karşılaştırılmasına dayanmaktadır. Kanıtlar, biyolojik babası AUD yaşayan çocukların evlat edinen bir ailede (AUD olmayan) büyümesinde aileni koruyuculuk oranının yaklaşık% 50-60 oranında olduğunu göstermekte ve AUD geliştirmenin genetik kanıtını ve katkısını desteklemektedir (Tawa et al., 2016).

Davranış bilimlerinde, gelecekteki davranışın en iyi tahmin edicisinin geçmiş davranış olduğu sıklıkla belirtilir. Alkol ve diğer uyuşturucu kullanım davranışlarının incelenmesi bu kuralın istisnası değildir. Herhangi bir birey için, mevcut kullanımın en güçlü yordayıcısı geçmiş kullanımdır. Diğer potansiyel öngörücüler, alkol ve diğer uyuşturucu kötüye kullanımının başlangıcını veya ilerlemesini tahmin etmede nispeten daha önemlidir. Bununla birlikte, soru, belirli bir bireyin gelecekte uyuşturucu kullanma veya maddeyi kötüye kullanma olasılığının olup olmadığıysa, bireyin uyuşturucu kullanımı ve maddeyi kötüye kullanım geçmişi, bize alkol ve diğer uyuşturucularla ilgili diğer değişkenlerin artan katkılarından ziyade gelecekteki beklentiler hakkında daha fazla bilgi verecektir.

Alkol ve diğer uyuşturucu kullanımına başlama riski, çoğu uyuşturucu için orta ve geç ergenlik döneminde zirveye ulaşır ve daha sonra azalır (Kandel, D. B. ve Logan, 1984). Tütün, genellikle erken ergenlik döneminde, en fazla kullanımı görülen dönemdir. Alkol, marihuana ve diğer uyuşturuculara başlama olasılığının artması tipik olarak ergenliğin ortalarında ortaya çıkar. İlginç bir şekilde, kokainle deneme yapmak için en tehlikeli yaş yaklaşık yirmili yaşların ortaları genç yetişkinliktir. Bununla birlikte, kokain yerine, gençler için daha erişilebilir ve çekici olabilen ucuz ve içilebilir kokain formunda uyuşturucular tercih edilebilmektedir.

Bazı alkol ve maddeyi suiistimal eden bağımlılıkların genetik bir bileşeni var gibi görünmektedir (Cadoret, 1992; Merikangas et al., 1992; Vaillant ve Milofsky, 1982). Ancak başlama nedenleri olarak çevresel, sosyal ve psikolojik faktörleri ile daha fazla ilgilenilmiştir. Biyogenetik etkiler kişisel nitelikler ve çevresel koşullar tarafından şekillendirilip değiştirildiğinden, ikinci faktörlere dikkat etmenin daha uygun olduğu belirtilmiştir (Marlatt et al., 1988). Önemli bir soru, alkolizm veya diğer maddeleri kötüye kullanımın genetik bir etkisi varsa, tam olarak kalıtsal olan mekanizmanın ne olduğudur. Araştırma kanıtları, özellikle hayvan modellerine dayalı olmamakla birlikte, en az iki mekanizma önermektedir (Bardo ve Risner, 1985). Alkol ve diğer maddelerin kötüye kullanımı için genetik risk altında olanlar, ilacın hedonik etkilerine karşı biyolojik bir savunmasızlığı miras alabilirler, bu nedenle onlar için uyuşturucu etkileri diğerlerinden daha çekicidir. Ayrıca, çekilme etkilerini risk altında olmayanlar kadar şiddetli deneyimleyebilirler (yani, daha az akşamdan kalma olasılığı yaşamak gibi).

Bazıları, alkol ve diğer uyuşturucu maddelere karışmanın, yasal uyuşturuculardan yasadışı maddelere doğru sabit bir sırayla ilerlediğini öne sürmüşlerdir (Kandel ve Faust, 1975). Bir bireyin uyuşturucu kullanma kariyeri bira, şarap veya sigara ile başlayabilir, sert liköre, ardından esrara ve ardından amfetamin, kokain ve eroin gibi diğer yasadışı uyuşturuculara geçebilir. Bir aşamadaki katılımın mutlaka bir sonraki aşamada katılımı sağlamadığı, aksine önceki aşamaya önceden dahil olmadan bir sonraki aşamada katılımın olası olmadığı öne sürülmüştür. Çeşitli kesitsel ve boylamsal çalışmalarda elde edilen sonuçlar, genel olarak bazı varyasyonlarla bu öneriyi doğrulamıştır (Hays ve Spickard, 1987; Mills ve Noyes, 1984; Newcomb et al., 1986). Örneğin problemlili alkol içmenin ilerleme potansiyelinin, genel alkol kullanımına göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Donovan et al., 1983).

Alkol ve diğer uyuşturucuların belirli bireyler için bulunabilirliğini ve çekiciliğini belirleyen sosyal faktörler, bu ilerleme için önemlidir ve sentetik maddeler gibi yüksek derecede bağımlılık yapan ilaçlar, uyuşturucu bağımlılığına ilerleme sırasını değiştirebilir. Bu nedenle, sentetik maddelerin şiddetli bağımlılık potansiyeli ve geniş ve ucuz bulunabilirliği, daha az bağımlılık yapan diğer yasadışı uyuşturuculardan ve hatta yasal uyuşturuculardan daha erken kullanılmasına yol açabilir. Bununla birlikte, şu anda bu kavramı test etmek için çok az veri bulunmaktadır. Erişilebilirlik, kaygı azaltmak adına kullanım, akran grupları normları ve fizyolojik savunmasızlık gibi etkilerin bu evreyi yönlendirildiği düşünülmekte fakat bu faktörlerin tüm aşamaları için aynı olmayabilir. Örneğin, akran grubu normları başlangıç için etkili olabilir, fakat aşamanın ilerlemesinde bireysel psikopatoloji daha fazla rol oynayabilir.

Bazı araştırmalar, insanların alkol ve diğer uyuşturucuları kullanmaya başlama nedenlerinin, kullanmaya devam etme veya kullanımını artırma nedenlerinden farklı olduğunu, yani başlamayı etkileyen faktörlerin, daha ciddi kullanıma ilerlemeyi etkileyenlerden farklı olduğunu ileri sürmektedir. Birçok araştırmacı, biyolojik ve psikolojik süreçlerin maddeyi kullanım ile ilişkisinin güçlü olduğunu önerse de, başlamanın genellikle sosyal ve akran etkilerine güçlü bir şekilde bağlı olduğunu göstermiştir (Carman, 1979; Stacy et al., 1991). Alkol kullanım nedenlerinin kötüye kullanım nedenlerinden farklı olduğunu kesin olarak ortaya koymak için henüz çok az olsa da, bu hipotezle tutarlı kanıtlar bulunmaktadır (Glantz ve Pickens, 1992).

Alkol ve diğer uyuşturucu kullanımının benzersiz tahmin edicilerini oluşturmak için birincil mekanizma, yapısal eşitlik modelleme yöntemlerini kullanarak diğer sapkın davranış ve tutumları istatistiksel olarak kontrol eden boylamsal gerçekleştirilen çalışmalar ışığında açıklanmıştır (Stacy et al., 1991). Bu çalışmalar, akran etkilerinin (kullanımı modellemek, uyuşturucu sağlamak ve kullanımı teşvik etmek gibi) en tutarlı ve en güçlü belirleyiciler olduğunu göstermektedir. Alkol ve diğer uyuşturucu katılımını birden fazla belirlenmiş olarak görmek, bir kişinin maruz kaldığı ve kullanımı teşvik eden risk faktörlerinin ne kadar fazlaysa, o kişinin alkol ve diğer uyuşturucuları kullanma veya kötüye kullanma olasılığının o kadar yüksek olduğunu gösterir. Daha fazla sayıda risk faktörüne maruz kalma, yalnızca kullanımın güvenilir bir korelasyonu olmakla kalmaz, aynı zamanda zaman içinde alkol ve diğer uyuşturucu kullanımındaki artışı da etkiler ve birlikte artmasında risk oluşturan değişkenler için gerçek bir neden oluştururlar (Stacy et al., 1991).

Koruyucu faktörler, alkol ve diğer uyuşturucu kullanımına ilişkin risk faktörlerinin aksine, uyuşturucu kullanımı ve kötüye kullanım olasılığını ve düzeyini azaltır. Koruyucu faktörler, uyuşturucu kullanımını sınırlayan veya azaltan psikososyal etkilere (Newcomb ve Felix-Ortiz, 1992). Örneğin, koruyucu faktörlerin, risk faktörleri ile uyuşturucu kullanımı ve kötüye kullanımı arasındaki ilişkiyi tamponladığı veya hafiflettiği gösterilmiştir (Brook et al., 1992).

## **2.1.2. DSM-5'te Madde Kullanımı ile İlişkili ve Bağımlılık**

### **Bozuklukları**

Alkol veya madde kullanıcıları, çeşitli olumsuz etkilere sahip çeşitli kullanım modelleri gösterebilir. Madde kullanımı, bir ilacın veya yasadışı maddenin reçetesiz, meşru bir ihtiyaç duyulmadan veya tıbbi gözetim olmaksızın kullanılmasını ifade eder. Madde suiistimali veya kötüye kullanımı, tekrarlanan veya aşırı madde/ilaç ilaç kullanımını ifade eder. Sorunlu kullanım, yasal bir maddenin cinsiyet ve yaşa bağlı değişkenlere göre normalden daha büyük miktarlarda kullanılması anlamına gelir (örneğin, yetişkin bir erkek için haftada 14 içkinin ötesinde, yetişkin bir kadın için haftada 7 içki) (Babor et al., 2001).

Bağımlılık, fiziksel bağımlılığı içerebilen bir semptomlar toplamı olarak tanımlanır, ancak tanım, kullanım üzerindeki kontrolün kaybedildiğini, kullanım nedeniyle sorunların şiddetlendiğini ve olumsuz sonuçlara rağmen kullanımın devam ettiğini gösteren diğer davranışsal semptomları da içermesi sebebiyle psikolojik bir boyutu da içermektedir. Bağımlılık, maddeyi arama, kötüye kullanım ve beyindeki uzun süreli kimyasal değişikliklerle karakterize, kronik, nükseden bir hastalıktır (Carroll et al., 2006). Yakın tarihli Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabında, 5. baskısında (DSM-5) "Madde Kullanımı ve Bağımlılık Bozuklukları" olarak revize edilmiştir ve "Bağımlılık Bozuklukları" adı altında yeni bir kategori eklenmiştir (APA, 2013).

Tablo.2’de DSM-5’in madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluğu (SUD) tanı ölçütleri verilmiştir. SUD tanısı şiddetine göre ayrıca sınıflandırılmaktadır. İki ila üç semptomun varlığı: hafif; dört ila beş semptomun varlığı: orta; altı veya daha fazla semptomun varlığı: şiddetli olarak derecelendirilir.

**Tablo 2.4. DSM-5’te Madde kullanım bozuklukları tanı ölçütleri**

12 aylık bir süre içinde aşağıdakilerden en az ikisinin ortaya çıkmasıyla kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya veya sıkıntıya yol açan sorunlu bir madde kullanımı bozukluğunun ölçütleri.	
1	Maddeyi kullanmak için aşırma veya güçlü bir istek veya dürtüye sahip olmak
2	Madde kullanımını azaltmak veya kontrol altına almak için ısrarlı bir istek veya başarısız çabaların olması
3	Madde, planlanan kullanım miktarından daha büyük miktarlarda veya daha uzun bir süre boyunca alınması
4	Tekrar eden madde kullanımı ile birlikte işte, okulda veya evde başlıca yükümlülüklerini yerine getirememesi
5	Kişinin günlük vaktinin büyük bölümünü maddeyi elde etmek, maddeyi kullanmak veya onun etkilerinden kurtulmak için gerekli faaliyetlere harcaması
6	Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın sürekli ve yineleyici madde kullanımı

7	Maddenin bırakılması durumunda yaşanan çekilme aşağıdakilerden biri ile kendini gösterir: a) madde için karakteristik yoksunluk sendromu veya b) madde yoksunluk semptomlarını hafifletmek veya önlemek için madde veya yakından ilişkili bir madde alınımı
8	Maddenin neden olduğu veya alevlendirdiği, kalıcı veya yineleyici bir fiziksel veya psikolojik sorun olduğu bilinmesine rağmen madde kullanımına devam edilmesi
9	Fiziksel olarak tehlikeli olduğu durumlarda tekrarlayan kullanım
10	Madde kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki veya rekreasyonel faaliyetlerden vazgeçilir veya azaltılır

### 2.1.3. Türkiye’de Alkol ve Madde Kullanımı

Türkiye’de SUD prevalans çalışmaları esas olarak yapılandırılmış tanı araçları kullanılmadan genç nüfusta yapılan yüz yüze anketlerden oluşmaktadır (Ögel et al., 2004). Farklı örnekleme yöntemlerini ve ölçüm kriterlerini kullanmak, genel popülasyonda SUD eğilimleri hakkında yanlış verilerle kafa karıştırıcı yanlış sonuçlar elde edilebilir. Türkiye’de sınırlı sayıda araştırma, gençlerde SUD yaygınlığının gelişmiş ülkelerdeki düzeylere ulaşmadığını, ancak küçümsenmemesi gereken olası artışları uyardığını ortaya koymuştur. Dünya Sağlık Örgütü (Who, 2010) tarafından yayınlanan SUD-Türkiye profil bilgilerine göre, 2004 yılında 12 aylık süre içerisinde 15 yaş ve üzeri kadınlarda alkolü kötüye kullanım bozukluğu tanısı görülme sıklığı % 0.65 iken erkekler için %1.77 olarak hesaplanmıştır. Uyuşturucu madde kullanım bozukluğu tanısının ise 15 yaş ve üzeri kadınlar için %0. 01, erkekler için ise % 0.03 olarak hesaplanmıştır. TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Bağımlılığı İzleme Merkezi) ve Sağlık bakanlığı verilerine göre ise 2017 yılında, SUD görülme sıklığı ortalama %2.7 olarak hesaplanmıştır. Erensoy ve arkadaşları (2020) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, genel psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda SUD görülme sıklığı araştırılmıştır. Araştırma bulguları göre, 734 genel psikiyatri hastasının 33’ünde (%4.5) SUD görülmüştür.

## 2.2. DAMGALANMA

Goffman'ın (1963) tanımladığı gibi, damgalamanın temeli, bir "atıf ve stereotip" arasındaki ilişkidir; burada atıf veya "işaret", bir kişinin damgalanmış bir kategori veya gruba aitliği hakkında diğerlerini bilgilendirir. Damgalanmış bir niteliğe veya özelliğe sahip olan bireyler, toplum tarafından etiketlenen, kalıplaşmış niteliklere ve stereotiplere sahip olmaları nedeniyle değersizleştirilen bir sosyal kategoriye aittir (Crocker ve Major, 1989). Damgalanmanın, etiketleme, stereotipleme, ayrılık, statü kaybı ve ayrımcılık unsurları, bunlara izin veren bir güç durumunda bir arada ortaya çıktığında var olabilmektedir. Bu nedenle damgalama, yalnızca diğer gruplar tarafından değil, aynı zamanda bir bütün olarak toplum tarafından da değersizleştirilen bir sosyal kimlik yaratan öznel genellemeler, etiketler ve stereotiplere dayanmaktadır (Major ve O'brien, 2005). Gerçekten de damgalama, bir kişinin itibarsız, utanç verici ve bütünden daha az hissetmesine yol açabilecek, toplumun istenmeyen gördüğü bir nitelik veya karakteristik olarak tanımlanır (Goffman, 1963). Damgalanmış bir grubun üyesi olarak, damgalanmış bireyler sapkın olarak kabul edilir, önyargı için hedef olabilir, ayrımcılıkla karşılaşabilir ve olumsuz ekonomik ve kişilerarası sonuçlar yaşayabilir (Goffman, 1963).

### 2.2.1. Kamusal Damgalanma

Kamusal damgalanma, damgalamanın bileşenlerinden bir tanesidir. Kamusal damgalama, başkaları tarafından damgalananların değersizleştirilmesidir ve üç bileşenden oluşur: stereotipler, önyargı ve ayrımcılık (Corrigan ve Watson, 2002). Belirli bir kültürde çoğu insan, damgalanmış grupların üyelerine takılan etiketler ve atıfların farkındadır; ancak, tüm insanlar bu stereotipleri onaylamaz (Devine, 1989). Önyargı, bir kişinin damgalanmış bir grupla ilişkili stereotipleri onayladığı, bu stereotipleri kendi tutum ve inançlarına uyguladığı ve ardından hedef damgalanmış bireylerin olumsuz stereotiple uyumlu bir şekilde yargıladığı damgalamanın duygusal sonucudur (Devine, 1989).

Ayrımcılık, önyargının bir sonucu olabilir, ancak önyargı her zaman ayrımcılığa yol açmaz. Araştırmalar, damgalanmış bir niteliğe sahip olanların, yalnızca damgalanmış bir gruba aidiyetlerine bağlı olarak farklı ve eşit olmayan bir şekilde muamele görebilecekleri şekilde ayrımcılığa maruz kaldıklarını göstermektedir (Allport et al., 1954). Böylece,

kamusal damgalama, hedef grupla ilişkili damgalanmış inançlara dayalı olarak bir kişi veya bir grup insana karşı önyargıyla tepki gösterdiğinde ve ayrımcılık yaptığında ortaya çıkar (Corrigan et al., 2006).

### **2.2.2. İçselleştirilmiş Damgalanma**

Damgalanmanın zararlı etkileri, yalnızca önyargı ve ayrımcılıkla doğrudan deneyimlerin değil, aynı zamanda damgalanmış kişinin içselleştirilmiş algıları, tutumları ve duyguları yoluyla da ortaya çıkar. İçselleştirilmiş damgalama veya kendinidamgalama olarak adlandırılan bu ikinci tip damgalama, kişinin damgalamayı içselleştirme yöntemi veya kamusal damgalamanın damgalanmış bir kişinin benlik kavramının bir parçası haline geldiği dönüşüm süreci olarak tanımlanmıştır (Corrigan et al., 2006).

İçselleştirilmiş damgalama, stereotipleri, önyargıları ve ayrımcılığı içerir; ancak bu bileşenlerin her biri kendine uygulanır (Corrigan et al., 2006). Damgalanmış bireyler, damgalanmış bir gruba üyelikleriyle bağlantılı olumsuz kalıp yargıların farkında olabilirler, ancak olumsuz kalıp yargıların yalnızca farkındalığı, bireyin kamusal damgalamayı içselleştireceği anlamına gelmez (Crocker ve Major, 1989). Kamusal damgalamanın içselleştirilmesi için, damgalanmış bireyler sahip oldukları damgalanmış özellik veya niteliklerle bağlantılı olumsuz kalıp yargıların farkına varır, bu kalıp yargılara katılır ve olumsuz kalıp yargıları kendilerine uygularlar (Corrigan, P. W. et al., 2006). İçselleştirilmiş damgalama, kamusal damgalamaya göre daha paradoksal bir stres etkenidir (Pachankis et al., 2015). Damgalanmanın içselleştirildiğinde en zararlı olduğu öne sürülmüştür ve kanıtlanmıştır (Ritsher ve Phelan, 2004).

Kendilerine olumsuz atıflar uygulandıktan sonra, damgalanmış bireyler, toplumun olumsuz inançlarını kendi benlik kavramlarına dahil etmeye başlayabilir ve benlik saygısı ve öz-yeterlikteki azalmalar yoluyla gösterilen olumsuz duygusal tepkiler (örneğin, kendine önyargı) yaşayabilirler. Son olarak, olumsuz duygusal tepkiler ya da öz önyargı, öz-yeterlik ve özsaygı düşüşlerinin mesleki ya da barınma fırsatlarını takip edememe ile ilişkili olduğu gibi öz-ayrımcılığa ya da davranışsal tepkilere yol açabilir (Corrigan ve Watson, 2002; Link, 1987). Ruhsal bozukluk, bir kişinin düşünce, ruh hali ve/veya davranışlarında sıkıntı ve günlük işlevsellikteki bozulmalarla ilişkilendirilen bozulmalarla karakterize tıbbi bir durumu ifade eder (Facts, 2014). Ruhsal bozukluğu olan

insanların hem kamusal hem de içselleştirilmiş damgalanmaya sahip olması beklenir (Klik, 2015). Araştırmalar, toplumun ruh sağlığı hakkında birçok yanlış kaniya sahip olduğunu ileri sürmektedir (Brockington et al., 1993). 2.000'den fazla İngiliz ve Amerikan vatandaşını değerlendiren bir ankette, katılımcılar, ruhsal bozukluğu olan kişilerin korkulduğunu ve dışlandığını, sorumsuz olduğunu ve karar vermede yardıma ihtiyaç duyduğunu ve çocuksu olduğunu ve bakılmaya ihtiyaç duyduğunu bildirmişlerdir (Brockington et al., 1993). Bu kavram yanlışları genellikle ruh hastalığı hakkındaki damgalayıcı tutumlara tekabül eder ve sosyal dışlanma gibi ayrımcılığa yol açabilir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 1444 yetişkinden oluşan bir örnekleme, 1996 Genel Sosyal Anketi'ni (GSS) tamamlayanların yarısından biraz fazlası, ruhsal hastalığı olan biri ile sosyal olarak etkileşime girme, birlikte çalışma veya bir aile üyesini evlendirme konusunda isteksiz olduklarını bildirmişlerdir (Martin, J. et al., 2000). Bu kişisel bildirim verileri olmasına rağmen, bu tür zararlı tutumların etkisi, ruh hastalığı olan insanlar için bir gerçek deneyimler olarak yaşantılanmaktadır. Araştırmalar, ruh hastalığı olan kişilerin iyi bir iş (örneğin, Link, 1987) ve/veya güvenli barınma (Segal, Baumohl ve Moyles, 1980) bulma olasılıklarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Damgalayıcı tutumları yaygın olarak destekleyen bir toplumda, ruhsal hastalığı olan kişiler, toplumun değersizleştirmesini içselleştirebilir ve ruhsal sağlık durumlarından dolayı kendilerini daha az gibi hissedebilirler (Corrigan, 2004; Corrigan ve Watson, 2002). Ruhsal hastalık damgasının içselleştirilmesi, umutsuzluk duygusuna ve özsaygı ve öz yeterlik azalması gibi diğer olumsuz öz değerlendirmelere yol açabilir (Corrigan, 2004; Corrigan ve Watson, 2002). Buna karşılık, umutsuzluk ve olumsuz değerlendirmeler, sağlık hizmeti veren kurumlardan yardım istemek gibi kendi kendine faydalı davranışlarda sınırlı katılıma yol açabilir (Yanos et al. 2008). Bu nedenle, damgalamayı yüksek oranda içselleştiren bireyler, ruhsal ve fiziksel sağlık sorunlarına karşı hassastırlar (Chaudoir et al., 2013; Corrigan, 2002).

İçselleştirilmiş damgalama, sosyal etki ve temasla ilişkili olarak gelişen bir yapıdır (Crocker ve Quinn, 2000; Major ve O'Brien, 2005). Araştırmalar, benlik kavramının “yansıtılmış değerlendirmeler” veya “görünen cam benlik” yoluyla geliştiğini, böylece insanların sosyal temas ve etkileşimler yoluyla başkalarının onları nasıl gördüğünü ve değerlendirdiğini fark ettiğini ileri sürmektedir (Crocker ve Major, 1989).

Tekrarlanan sosyal deneyimlerden sonra, bir kişi başkalarının görüşlerini kendi benlik fikrine dahil etmeye başlayabilir ve başkaları tarafından nasıl görüldüğüne bağlı olarak benlik (yani benlik kavramı) hakkında fikir ve inançlar geliştirebilir (Crocker). & Binbaşı, 1989). Damgalanmış bireyler, genel halk tarafından değersizleştirilen bir özelliğe veya niteliğe sahip olduklarından, kişinin benlik kavramını geliştirmek için diğerlerinin tepkilerini izlemek ve değerlendirmek sorunlu olabilir. Örneğin, damgalanmış bireyler sosyal etkileşimler yoluyla halkın değersizleştiğinin farkına varırlar ve bu etkileşimlerin bir sonucu olarak devalüasyonu kendi benlik kavramlarına dahil etmeye başlarlar ve bu da nihayetinde düşük benlik saygısı gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir (Corrigan, 2004). Bu amaçla, araştırmalar, yalnızca kamusal damgalamanın varlığının farkında olmanın, damgalanmış bireylerin, halkın değersizleştirmesini kendilerine uygulamalarına, olumsuz kalıp yargılara dayanarak reddedilmeyi beklemelerine ve sahip oldukları damgalanmış özellikler nedeniyle olduklarından daha az olduklarına inanmalarına yol açabileceğini göstermiştir (Tangney ve Dearing, 2002; Corrigan ve Watson, 2002).

Hatzenbuehler (2009), kamusal damgalanmanın cinsel azınlıklar arasında ruh sağlığını nasıl olumsuz etkileyebileceğini açıklamak için kavramsal bir model geliştirmiştir. Kamusal damgalanmanın, cinsel azınlıkları psikopatoloji riski altına sokan, artan uyumsuz bilişsel, duygusal ve sosyal süreçlerle ilişkili olduğu varsayılmaktadır. Bilişsel olarak, kamusal damgalamaya kronik olarak maruz kalmak, düşük benlik saygısı ve umutsuzluğa yol açabilir (Abramson ve diğerleri 1989), bu da cinsel azınlıkların ruh sağlığı sorunlarına karşı savunmasızlığını artırıyor. Duygusal olarak, kamusal damgalama, cinsel azınlıklar arasında utanç, depresyon, kaygı, öfke gibi tiksindirici duygu durumlarına yol açabilir (Huebner ve diğerleri 2005; Newcomb ve Mustanski 2010; Skinta ve diğerleri 2014).

“Ana duygu” olarak adlandırılan utanç, kişinin duygulanımı, motivasyonları, bilişleri ve davranışları dahil olmak üzere birçok türde deneyimi olumsuz etkileyebilir (Goldberg, 1991). Utanç, öz-bilinçli bir duygu olarak tanımlanır çünkü karmaşık öz ile ilgili bağlamlarda öz-yansıtma ve öz değerlendirmeyi içerir (Tangney et al., 2007). Ahlaki ihlaller ve/veya sosyal norm ihlalleri ile uğraşırken, kişi kendini değerlendirmek ve yargılamak için iç gözlem kullanıldığında utanç yaşayabilir (Lewis, 1971; Tangney ve Dearing, 2002). Utanç yaşarken bir kişi, başkalarının kendi eksikliklerini nasıl

algılayacağını hayal eder ve değersizleştirilmiş benliği başkalarına maruz kalırsa reddedilmeyi ve onaylanmamayı bekler (Lewis, 1971).

Benliğin olumsuz değerlendirilmesi ve onaylanmaması ve ayrıca başkalarına maruz kalma hayalleri, kişinin utanç duymasına, kendini aşağı, değersiz, güçsüz ve yetersiz hissetmesine neden olabilir (Lewis, 1971; Tangney ve Dearing, 2002). Utanç yaşayan kişi, değersizleştirilmiş benliğinin başkalarına maruz kalmasına yol açabilecek sosyal durumlardan kendisini uzaklaştırarak başkalarından uzaklaşabilir (Lewis, 1971).

Utanç deneyimi, kişinin ahlaki bir ilkeyi ihlal ettiğinin veya kabul edilebilir bulunduğu standartları, kuralları, normları ve hedefleri karşılamadığının farkına vardığı kendini tanıma gibi karmaşık bilişsel süreçlere bağlıdır (Lewis, 1971; Tangney ve Dearing, 2002). İhlal gerçekleşikten sonra, kişinin mi yoksa başka birinin mi bu davranışta sorumlu olduğunu nitelendirme süreci geçirir (Lewis, 1971). Benlik sorumluyorsa, birey, ihlalin bütünü, öz benliği mi yansıttığını yoksa ihlalin belirli bir davranışın sonucu mu olduğunu belirlemelidir. Kişi kendisinin hatalı olduğunu belirlerse ve değerlendirme genel olarak benliğe yansiyorsa utanç yaşayabilir (Lewis, 1971). Utanç, uyumsuz davranışları caydırarak uyum sağlayıcı işlevlere hizmet edebilse de, utanç yaşamak, kişinin kendini kusurlu, değersiz ve çaresiz hissettiği ve başarısızlığın onarılamaz olduğu konusunda acı veren bir öz farkındalıktır (Kaufman, 1985)

Genellikle “utanç” ve “suçluluk” birbirinin yerine kullanılır çünkü ikisi de bilinçli duygulardır; ancak, utanç ve suçluluk arasındaki ayırım, değerlendirmenin nesnesi veya hedefidir. Utancı yaşarken, olumsuz değerlendirme benliği çevreler (örneğin, "Ruh hastalığım beni ruh hastalığı olmayanlara göre daha az insan yaptığı için utanç duyuyorum."), oysa suçlulukta, olumsuz değerlendirme davranış veya ihlaldir (örneğin, "Davranışım mantıksız olduğu için suçluluk duyuyorum.") (Tangney ve Dearing, 2002). Bu nedenle, ruh hastalığına göre utanç sorundur, çünkü ruh hastalığı teşhisi konması düzeltilebilir değildir, oysa bir kişi suçluluk yaşıyorsa, suçluluk duygusu yaşamasına neden olan davranıştan kaçınabilir. Örneğin, bir akıl hastalığı teşhisi konan kişiler arasında, utanç eğilimi içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkilendirildiler, öyle ki, yüksek düzeyde utanç eğilimi bildiren bireyler, damgalanmayla ilgili kalıp yargıların daha fazla farkındaydılar, bu kalıp yargıları daha kolay kabul ettiler ve onayladılar ve daha düşük benlik saygı gösterdiler. Ek olarak, yabancılaşma hissettikleri, sosyal olarak geri çekilme

olasılığı daha yüksek ve daha fazla ayrımcılığa maruz kaldıkları gösterilmiştir (HassonOhayon et al, 2012; Rusch et al., 2006).

Utancı duyma eğilimine ek olarak, utançtan kaçınma, içselleştirilmiş damgalamayı etkileyebilecek bir risk faktörüdür. Göreceli olarak az sayıda çalışma, içselleştirilmiş ruh hastalığı damgalanmasıyla ilgili olduğu için utançtan kaçınmayı incelemiştir (Schoenleber ve Berenbaum, 2010, 2012). Bu araştırma, utanç eğiliminin (kişilik bozukluklarının semptomolojisi üzerindeki) etkisinin, utançtan kaçınma düzeyine bağlı olduğunu, öyle ki yüksek düzeyde utanç duyma eğiliminin, yüksek düzeyde utançtan kaçınmada daha fazla semptomla ilişkili olduğunu öne sürüyor. Ruh hastalığı semptomlarına ek olarak, utanç duyma eğilimi ile utançtan kaçınma arasındaki etkileşimin, ruh hastalığı damgasının içselleştirilmesini etkileyebileceğini öne sürülmektedir (Klik, 2015).

İçgörü eksikliği, ruh hastalığı olarak içselleştirilmiş damgalanmanın risk faktörlerinden bir diğeri olarak tanımlanmıştır (Klik, 2015). Ruh hastalığı ile ilgili olarak, içgörü, kişinin ruhsal bozukluğunun farkındalığı, bir ruh hastalığına sahip olmanın sonuçlarının bilgisi ve tedavi ihtiyacının farkındalığı olarak tanımlanır (Amador et al.,1991). İçgörü, en kapsamlı, çeşitli bileşenleri (örneğin, geçmişe dönük ve mevcut içgörü) ve fenomeni (örneğin, psikolojik savunma mekanizması veya bilişsel eksiklikler) içeren çok yönlü bir yapı olarak anlaşılır (Amador et al.,1991); ancak temel düzeyde içgörü, kişinin benlik algısı ile topluluğun benlik algısı arasındaki fark olarak tanımlanmaktadır (Amador et al.,1991).

Ruh hastalığı teşhisi konan kişilerde içgörünün içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olduğunu ve bu ilişkinin paradoksal olduğunu öne sürmektedir (Adewuya et al.,2011). Ruhsal hastalığına ilişkin içgörü kazandıkça, hastalığın daha çok farkına varacağına, sonuçları ve teşhisiyle ilişkili tedaviden daha çok yararlanabileceği öne sürülmektedir (Klik, 2015).

Öz-şefkat, içselleştirilmiş damgalanmanın koruyucu faktörlerinden biri olup, kişinin kendi ıstırabından kaçınmak yerine kucaklamayı ve durumunu iyileştirmek ve ıstırabını hafifletmek için motive olmayı içeren, kendine karşı olumlu ve sağlıklı bir tutuma sahip olması olarak kavramsallaştırılır (Neff, 2003a; Neff, 2003b). Öz-şefkatli bir kişi, kendi

deneyiminin insan olmanın ve bir bütün olarak insan deneyiminin bir parçası olduğunu akılda tutarak, yargılayıcı olmayan bir yaklaşım benimseyerek acı ve eksikliklerini ele alır (Neff, 2003a; Neff, 2003b). Öz-şefkat, mutluluk, iyimserlik ve olumlu etki ile pozitif olarak ilişkilidir (Neff et al., 2007). Ayrıca, öz-şefkat kaygıya karşı tampon olabilir ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin artmasına neden olabilir (Neff et al.,2007).

Kendini onaylama, kamusal ve içselleştirilmiş damgalama ve bununla ilişkili olumsuz sonuçlar üzerindeki etkileri tamponlayabilmenin bir yolu olarak öne sürülmüştür. Kendini onaylama teorisine göre (Steele 1988), insanlar benlik bütünlüğünü korumak için motive olurlar; bireylerin kendi bütünlükleri tehdit edildiğinde bir savunma tepkisi ortaya çıkacaktır. İçsel kendini onaylama, kendisi ile koşulsuz ilişkiler ve temel kişisel değerler gibi benliğin değerli içsel yönlerine odaklanarak bireyleri ego tehditlerine karşı aşılı olarak savunma tepkisini azaltmaya yardımcı olabilir (Arndt et al.,2002).

Deneyisel çalışmalar, damgalanması olan katılımcıların kişisel bütünlükleri onaylandığında, egoyu tehdit eden bir durumu (örneğin, sosyal olarak stres yaratan bir göreve katılmak, değerlendirici bir sosyal etkileşim geribildirim almak gibi) daha az stresli olarak algıladıklarını ve daha az sosyal reddedilme düşünceleri bildirdiklerini göstermektedir (Schimmel et al.,2044).

Sosyal destek önemli bir başa çıkma kaynağıdır (Sherbourne ve Stewart 1991); duygusal destek ise özellikle damgalanmayla başa çıkma bağlamında önemli olabilir (Takada et al., 2014). Sosyal-bilişsel işleme teorisine göre (Lepore 2001), olumlu sosyal etkileşimler, bireyleri stres etkenleriyle ilgili endişelerini ifade etmeye teşvik eder, bu da stresli olayları bilişsel ve duygusal olarak işlemelerini kolaylaştırır ve daha iyi sonuçlara yol açar. Yeterli sosyal destek, bireyleri kamusal damgalanmanın olumsuz etkisinden koruyabilir. Gerçekten de, sosyal destek ile içselleştirilmiş damgalama arasındaki olumsuz ilişki, hem kesitsel hem de boylamsal verilerde kanıtlanmıştır (Galvan et al.,2008). Bir çalışma, sosyal desteğin, HIV ile yaşayan insanlar arasında beklenen damgalanmanın stres üzerindeki etkisini tamponlayabildiğini göstermiştir (Earnshaw et al.,2015). İçselleştirilmiş damgalanmanın SUD'lu bireylerde etkisinin anlaşılması önemlidir çünkü SUD'lu bireylerin tedavi olabilmeleri ile aralarında bir bariyer oluşturmaktadır (Hammarlund et al., 2018).

### 2.2.3. Madde Bağımlılarında İçselleştirilmiş Damgalanma

Madde kullanım bozuklukları (SUD) genellikle damgalayıcı bir durum olarak kabul edilmiştir (Mattoo et al., 2015). Damgalanma, belirli sosyal grupların değersizleştirildiği, reddedildiği ve sosyal olarak itibarsız bir sağlık durumu temelinde dışlandıği sosyokültürel bir süreç olarak tanımlanabilir (Weiss et al., 2006).

SUD'lu olan insanlara karşı damgalama, dünya çapında birçok toplumda yaygındır. Bir WHO araştırması, 18 farklı ruhsal hastalık kapsamında yaptığı araştırmada, ankete katılan 14 ülkeden 12'sinde madde bağımlılığının en çok damgalanan birinci veya ikinci sırada olduğunu ve alkolizmin 13 ülkede ikinci ile yedinci arasında yer aldığını bulmuştur (Room et al., 2001).

Damgalanma, ruh sağlığı karşısında bir problem olarak kabul edilirken, bağımlılığı olan kişilere yönelik damgalama daha karmaşıktır ve SUD'leri olan kişiler durumları için daha sık damgalanmaktadır (Schomerus et al., 2011). Algılanan kamusal damgalanma içselleştirildiğinde (yani, içselleştirilmiş damgalama), benlik saygısında ve öz yeterlikte azalma ile sonuçlanabilir (Luoma et al., 2010; Luoma et al., 2007). Bu duygular, bireyin bağımlılıktan kurtulma şansına zarar verebilirler.

Madde kullanımıyla ilişkili damgalanmanın tedaviye erişimin önündeki potansiyel engellerden biri olduğu gösterilmiştir (Fortney et al., 2004). SUD'lu olan hastalar tedavi ararken bile zaman zaman tedaviyi sağlayanlar tarafından ayrımcılığa maruz kalmaktadır (Rao et al., 2009). SUD'u olan hastalar tedavi aramaya caydırılırsa, SUD'un olumsuz sonuçlarının devam etmesi muhtemeldir.

Madde kullanıcıları, sosyal ve ekonomik sorunlarla ilişkilendirilme, maddelerin temini için yasa dışı faaliyetlerde bulunma, HIV gibi diğer damgalayıcı sağlık koşullarının bir arada bulunması, potansiyel olarak riskli davranışlarda bulunma ve toplumu madde kullanım bozukluğuna yöneltme gibi çeşitli nedenlerle damgalanma yaşayabilirler (Rao et al., 2009; Ronzani et al., 2009). Madde kullanıcıları arasında damgalanma, düşük içmeyi reddetme etkisi ve yüksek yapısal ayrımcılıkla karşı karşıya kalma olasılığı ile ilişkilendirilmiştir (Schomerus et al., 2011). SUD'lu bireyler kadar, aileleri de damgalanmaktadır (Mattoo et al., 2015)

Depresyon ve benlik saygısı kaybı, ruh sağlığı bozukluğu olan bir kişi için damgalanmanın en üzücü sonuçları arasındadır (Lysaker et al., 2007; Ritsher ve Phelan, 2004). Alkol bağımlılarında depresyon, büyük ölçüde bu kişilerde hastaneye yatışa yol açan içki atakları ile ilişkilidir ve depresyon, tekrarlayan alkol bağımlılığının en güçlü aracısı olarak hizmet etmektedir (Dongier, 2005; Lysaker et al., 2007).

## **2.2.4. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Madde Bağımlılığı İlgili**

### **Literatür**

İçselleştirilmiş damgalanma tanısı olan bireylerin, değersiz ve utanç verici hissettikleri belirlenmiştir (Corrigan ve Watson, 2002). İçselleştirilmiş damgalanmanın, düşük benlik saygısı ve öz yeterlilik ilişkili olduğu gösterilmiştir (Corrigan et al., 2006). Ek olarak, içselleştirilmiş damgalama ruhsal bozukluğuna sahip bireylerde moral bozukluğu seviyesinin yüksek olduğu (Cavelti et al., 2012; Corrigan. et al., 2011) daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları (Kondrat ve Early, 2011), daha az tedaviye uyum sağladıkları (Fung et al., 2008) ve daha az sosyal destek aldıkları (Brohan et al., 2010) gösterilmiştir.

Sosyal ve klinik psikoloji literatüründe, utanç ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiyi araştıran araştırmalar bunu birkaç farklı şekilde yapar: içselleştirilmiş damgalamanın bir bileşeni olarak (yani içselleştirilmiş utanç), içselleştirilmiş damgalanmanın bir yordayıcısı olarak yani, utanç eğilimi) veya içselleştirilmiş damgalanmanın bir sonucu olarak (yani, duygusal bir tepki olarak utanç) (HassonOhayon, 2012). Araştırmalar içselleştirilmiş damgalanması olan bireylerde artan depresif belirtiler, daha fazla deneyimsel kaçınma, daha düşük yaşam kalitesi ve gizlilikle başa çıkmada artışın utançla ilişkili olduğunu gösteriyor (Luoma et al., 2007). Bu kişilerde, utanç duyduğunu bildirenlerin damgalayıcı inançları reddetme olasılıkları, benlik saygısı ve yaşam kalitesi daha düşüktür (Rüsch et al., 2006).

Utanç ister içselleştirilmiş utanç, ister utanç eğilimi veya damgalamaya karşı duygusal bir tepki olarak kavramsallaştırılsın, utanç damgalanmanın temel bir bileşenidir ve utanç deneyimi damgalananların yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilir (Scheff, 2000). Bu nedenle, muhtemelen "utanç, kişinin kendi kimliği duygusuna dönüşebilir (örneğin,

kusurlu, başarısız, sevilmeyen olarak)" ve damgalanmış bir bireyin, utanç duygusu yaşamayanlara göre damgalamayı daha kolay içselleştirmesine yol açar (Lewis, 1998).

Yüksek içgörüsü ve içselleştirilmiş damgalaması olanların, kendini damgalayan inançları onaylamadığını bildiren yüksek içgörüye sahip olanlara kıyasla benlik saygısı, umut ve yaşam kalitesinin daha düşük seviyede olduğu gösterilmiştir (Lysaker et al., 2007). Öte yandan, düşük içgörü ve içselleştirilmiş damgalanma bildiren bireylerin, yüksek içgörü düzeyine sahip olan ve kendini damgalayıcı inançları onayladığını bildirenlere göre daha yüksek özsaygı ve umut düzeylerine sahip oldukları görülmüştür. Bu araştırma, içgörü ve içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz sonuçları (örneğin, benlik saygısında azalma, umutsuzluk ve düşük yaşam kalitesi) tahmin etmek için etkileşime girdiğine dair bulguların, içgörü ve içselleştirilmiş damgalamanın etkileşime girdiği ve olumsuz sonuçlar ürettiği varsayımını doğrulamak için yeterli olmadığı öne sürülmüştür (Yanos et al., 2008).

Araştırmalar, içselleştirilmiş damgalamanın, kamusal damgalamanın olumsuz duygudurum belirtileri (örn. depresyon, kaygı, psikolojik sıkıntı) ve sosyal sonuçlar (örn. kişisel özerklik, sosyal kaygı, cinsel sorunlar) üzerindeki etkisine aracılık ettiğini bulmuştur (Kim ve Yi, 2014; Pachankis ve Bränström, 2018).

En son meta-analizler ve sistematik incelemeler, içselleştirilmiş damgalamanın, iyi oluşun birçok boyutu üzerinde önemli olumsuz etkileri olduğunu göstermektedir (Boyd et al., 2014; Livingston ve Boyd, 2010). Bilişsel olarak, içselleştirilmiş damgalama, düşük benlik saygısı, öz yeterlilik ve yeterlilik duygusu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Boyd et al., 2014; Livingston ve Boyd, 2010). Duygusal olarak içselleştirilmiş damgalamanın ise, daha düşük yaşam doyumu, daha düşük yaşam kalitesi, daha fazla depresif ve anksiyete belirtileri ile ilişkili bulunmuştur (Ali et al., 2012; Papadopoulos ve Brennan, 2015). Sosyal olarak, içselleştirilmiş damgalama ise, daha zayıf sosyal uyum, daha zayıf ilişki fonksiyonu, daha yüksek düzeyde yalnızlık ve daha az sosyal destek ile ilişkili bulunmuştur (Doyle ve Molix, 2015; Livingston ve Boyd, 2010). Fiziksel olarak, içselleştirilmiş damgalamanın ise daha kötü fiziksel sağlık, daha yüksek derecelerde semptom şiddeti, daha kötü tedaviye uyum, daha düşük yardım arama niyeti ve sağlıklı davranışları uygulama konusunda daha az motivasyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Livingston ve Boyd, 2010; Logie ve Gadalla, 2009).

Damgalanma aynı zamanda kötü tedavi sonuçları ve ruh sağlığı hizmetlerine ve diğer desteklere erişimde daha düşük verimle ilişkilidir (Corrigan, P., 2004; Mosanya et al., 2014).SUD'lu kişilerin düşük yaşam kalitesine ve önemli düzeyde engelliliğe sahip oldukları gösterilmiştir (De Maeyer et al., 2011). İçselleştirilmiş damgalama, özellikle ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini etkilemektedir (Yen et al., 2009). SUD'lu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma nadiren tek başına araştırılmıştır.

SUD'lu kişilere yönelik olumsuz tutumların sağlık profesyonelleri arasında yaygın olduğunu ve daha kötü sağlık hizmeti sunumuna katkıda bulunabileceği gösterilmiştir (Van Boekel et al., 2013). Damgalanmanın metamfetamin tedavisine erişimde en yaygın olarak belirtilen engeller arasında olduğunu bulduğunu gösteren bir diğer çalışma da bu sonucu desteklemektedir (Cumming et al., 2016) Bir diğer çalışma ise, SUD'lu psikososyal tedavi arayanların önemli bir azınlığının sonucunun eskisinden daha kötü olduğunu ve damgalanmanın bu bozulmayı öngören müdahaleyle ilgili birkaç değişkenden biri olduğunu göstermişlerdir (Moos, 2005).

Hindistan alt kıtasındaki benzersiz kültürel nitelikler göz önüne alındığında, bu ortamda madde kullanımına bağlı damgalanmanın yönlerini anlamaya dair ihtiyaç sebebiyle, Hindistan'da bir bağımlılık tedavi merkezinde tedavi arayan madde kullanıcıları arasında içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendiren ve içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendiren bir çalışma gerçekleştirilmiştir (Sarkar et al., 2019).

Mattoo ve ark.. SUD hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada, alkole bağımlı hastaların opioid bağımlı hastalardan daha yüksek bir damgalanma bildirdiklerini öne sürmüşlerdir (Mattoo et al., 2015).

Eroin veya diğer sentetik/yarı sentetik opioid kullanıcıları ile karşılaştırıldığında, Afeem/Bhukki gibi doğal opioid kullanıcılarında daha düşük içselleştirilmiş damgalanma bildirilmiştir (Gupta et al., 2019).

Madde kullanımıyla ilgili daha yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama, daha düşük eğitim düzeyine sahip ırksal/etnik azınlıklarda bulunmuştur (Da Silveira et al., 2018).

Madde kullanımına ilişkin içselleştirilmiş damgalamanın işsiz kişilerde de daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Brown et al., 2015; Da Silveira et al., 2018). Araştırmalar, madde

kullanımına yönelik içselleştirilmiş damgalamada cinsiyet farklılıklarına ilişkin sonuçlar karışıktır çünkü bazı çalışmalar hiçbir farklılık göstermemektedir (Brown et al., 2015; Da Silveira et al., 2018). Bununla birlikte, alkol kullanımı nedeniyle tedavi gören kişiler arasında, kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde madde kullanımına yönelik içselleştirilmiş damgalama düzeylerine sahip oldukları bulunmuştur (Da Silveira et al., 2018).

Madde kullanımıyla ilgili içselleştirilmiş damgalama ile ilişkili olduğu tespit edilen çeşitli davranışsal, psikolojik ve sosyal problemler vardır. Daha az algılanan sosyal destek, daha şiddetli depresyon, daha düşük benlik saygısı ve daha sık ve şiddetli madde kullanımın, madde kullanımına yönelik içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Birtel et al., 2017; Brown et al., 2015; Lyu et al., 2017).

### **2.3. ÖZ-ŞEFKAT**

Şefkat, öğrenilip geliştirilebilen ve içinde farkındalık, duyarlılık, empati, cömertlik, paylaşım gibi öğelerde barındıran bir erdemdir (Atalay, 2019). Yalnızca birinden diğerine yöneltilen değil, aynı zamanda bireyin kendine yönelttiği öz şefkati de içerir.

Neff'e (2003b) göre öz-şefkat, kişinin ıstırabından etkilenmesi ve ıstırabı dindirme arzusuna sahip olması ve kendini iyilikle iyileştirmesidir. Öz-şefkatli bireyler acılarına açıktır; olumsuz deneyimlerinden kaçınmaları veya onlardan kopmaları daha az olasıdır. Öz-şefkat, kişisel yetersizlikler ve başarısızlıkların yanı sıra acı veren yaşam durumları karşısında özellikle önemlidir (Neff ve Tirch, 2013). Kişinin acısını, yetersizliklerini ve başarısızlıklarını yargılayıcı olmayan bir şekilde anlamasını sağlar ve ayrıca bireylerin acı deneyimlerini normalleştirmelerine, onu daha büyük insan deneyiminin bir parçası olarak görmelerine ve olumsuz deneyimlerine yaklaşmak için daha dengeli bir bakış açısı edinmelerine olanak tanır.

Öz şefkatin, gerçekçi olmayan bir kişisel görüş içermediği için, sıklıkla dalgalanan benlik saygısının aksine istikrarlı olması gerektiği öne sürülmüştür (Kernis et al., 1993).

Öz şefkat, benlik saygısından daha istikrarlı olduğundan ve sosyal arzudan daha az etkilendiğinden, bu alandaki artışların benlik saygısı alanındaki artışlardan daha güvenilir olduğu düşünülmüştür (Neff, 2003). Öz şefkat, kibar olmayı ve kendine karşı anlayışlı olmayı, acı ve başarısızlıkların insanlık arasında kaçınılmaz ortak deneyimler olduğunun farkında olmayı ve kişinin kendi duygularının farkında olmayı içerir (Neff, , 2007). Kendine şefkatli bir yaklaşımın sağlık ve iyi oluşu geliştirdiği düşünülmektedir (Gilbert ve Irons, 2009; Kelly, 2003; Neff, 2003). Öz-şefkat özelliğinin uyarlanabilir işlevselliği teşvik ettiğini ve duygusal sıkıntıya yönelik bir tampon sağladığını öne sürmüştür. Neff (2003a) ayrıca öz şefkatin psikolojik sağlıkla ilişkili olan depresyon, anksiyete, ruminasyon, düşünce bastırma, özeleştirme ve nevroitik mükemmeliyetçilik ile güçlü bir şekilde ters ilişkili olduğunu bildirmiştir. Artan öz-şefkatin depresyon, anksiyete, düşünce bastırma, ruminasyon ve özeleştiride azalmaya neden olduğunu bulmuşlardır (Neff, 2007).

Neff (2003a, b), öz-şefkatin üç ana bileşeni olduğunu öne sürmektedir: öz-yargıya karşı öz-nezaket, izolasyona karşı ortak insanlık hissiyatı ve aşırı özdeşleşmeye karşı farkındalık. Öz-nezaket, sert bir şekilde yargılamaktan veya kendini eleştirmekten çok kendine iyi davranmaktır. Ortak insanlık hissiyatı, kişinin deneyimlerini daha geniş insan deneyiminin bir parçası olarak görmek ve onları izole veya ayırıcı olarak görmemektir. Farkındalık, bilinçli bir farkındalık yönünü içeren belirli bir şekilde dikkat etmektir (Kabat-Zinn, 1994). Neff (2003a, b) farkındalığı, olumsuz duygulara dengeli bir yaklaşım benimsemek ve abartmadan duyguları bastırmamak olarak tanımlar.

Araştırmalar, öz-şefkatin daha yüksek düzeyde olumlu duygulanım, mutluluk, iyimserlik ve yaşam doyumu ile daha düşük düzeyde olumsuz duygulanım, depresif ve kaygı belirtileri ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Neely et al., 2009; Neff ve Tirsch, 2013; Neff, 2003; Neff et al., 2007). Tutarlı bir şekilde, meta-analizler öz-şefkatin daha iyi bilişsel iyi oluş, daha iyi psikolojik iyi oluş ve daha az psikopatoloji ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuştur (Macbeth ve Gumley, 2012; Zessin et al., 2015).

Diğer araştırmalar ayrıca öz-şefkatin daha iyi genel sağlık (Allen et al., 2012; RaqueBogdan et al., 2011) ve daha az fiziksel semptom (Hall et al., 2013) ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

### 2.3.1. Öz-Şefkat, İçselleştirilmiş Damgalanma ve Madde Bağımlılığı İlişkili Literatür

Deneyisel çalışmalar ayrıca, yüksek düzeyde öz şefkate sahip bireylerin, kendilerini sosyal olarak utanç verici ve utanç verici olan varsayımsal durumlarda (örneğin, sahnede performans sergilerken replikleri unutmak) ya da önceki başarısızlık, reddedilme veya kendilerini kötü hissetmelerine neden olan deneyimi hayal etmeleri istendiğinde yenilgiye uğramış hissetmelerinin daha az olası olduğunu ortaya koymaktadır (Leary et al., 2007).

Son zamanlarda yapılan meta-analizlere göre öz-şefkat, daha düşük depresyon, daha düşük kaygı ve strese dayanıklılık gibi daha olumlu psikolojik sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (Macbeth ve Gumley, 2012)

Öz-şefkat, iyileştirilmiş psikolojik iyilik hali ile ilişkilendirilmiş olsa da, sınırlı sayıda çalışma, bir ruh hastalığı teşhisi konan kişilerde öz-şefkatin rolünü incelemiştir. Majör depresif bozukluğu (MDB) olan bireyler arasında, öz-şefkat eğitimi verildikten sonra, özellikle yüksek düzeyde depresif semptomlardan muzdarip olanlar arasında duyguları düzenlemek için bir strateji olarak kullanıldığı gözlemlenmiştir (Diedrich et al., 2014; Krieger et al., 2013).

Sosyal kaygı bozukluğu olanlar arasında, daha az öz-şefkat, diğerlerinden daha fazla olumsuz değerlendirme korkusu ilişkilendirilmiştir . Bu artan kanıtlar, öz-şefkatin bir ruh hastalığı teşhisi konanların yaşamlarını etkileyebileceğini gösteriyor, ancak daha fazla araştırmanın yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Werner et al., 2012).

Öz-şefkat, kronik stresörlerle başa çıkmada uyarlanabilir bir duygu düzenleme stratejisidir. Mevcut araştırmalar, öz-şefkatin, kronik fiziksel veya zihinsel hastalıkları olan kişiler, kronik hastalıkları olan kişilerin bakıcıları ve ruh sağlığı uzmanları arasında duyguları düzenlemeye yardımcı olduğunu göstermektedir (Finlay-Jones et al., 2015).

Literatürde öz-şefkat ve içselleştirilmiş damgalama ilişkisine yönelik çalışmalar, SUD'lu bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve öz-şefkat ilişkisini inceleyen çalışmalara kıyasla nispeten daha fazla olsa da, çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, özşefkatin damgalanmaya karşı koruyucu rolü literatürde kanıtlanmıştır. Kesitsel çalışmalar, öz-şefkatin içselleştirilmiş damgalamave bir gruba atfedilen damgalama (yani, o gruba bağlı kişilere uygulanan içselleştirilmiş damgalama) ile olumsuz ilişkili olduğunu

göstermektedir (Heath et al., 2018; Hilbert et al., 2015; Wasylkiw ve Clairo, 2018). İçselleştirilmiş damgalanması olan bireylerin ek olarak kendini eleştirme, kendini suçlama ve utanç gibi yapılar da belirlenmiştir (Petrocchi et al., 2020; Wong, C. C. et al., 2016). Farkındalık arttıkça, içselleştirilmiş damgalamanın azaldığı gösterilmiştir (Boomgarden, 2021).

Öz-şefkat ile SUD görülme riski arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu gösteren çalışma ile öz-şefkati artırmanın, madde kullanım bozukluğunu önleme ve tedavi müdahalelerine faydalı bir katkı olabileceği öne sürülmüştür (Phelps et al., 2018).

Farkındalık, öz-şefkatin bileşenlerinden birisidir (Neff, K. D. ve Dahm, 2015). Düşük farkındalığın, ruh sağlığı semptomları ve madde kullanımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Shorey et al., 2015). Bu çalışma, daha düşük farkındalık düzeylerinin, madde kullanım bozuklukları ve diğer komorbid bozuklukların gelişimi için bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir. Bu sonuçlar, yüksek düzeyde sürekli bilinçli farkındalığın koruyucu faktörlerini gösteren diğer çalışmalarda da yansıtılmaktadır.

Farkındalığın, kişinin kendisiyle ilgili stereotiplerden kaynaklanan içselleştirilmiş damgalama oluşumunu sınırlandırabileceği gösterilmiştir (Barr et al., 2019).

## **BÖLÜM 3 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

### **3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ**

Tanımlayıcı, ilişkisel tarama modeli kullanılarak geliştirilmiş bir kesitsel çalışmadır. Araştırmacı, Türkiye’deki Adsız Alkolikler ve Adsız Narkotikler gruplarına form ve ölçeklerin hazırlanmış online katılım linkleri ulaştırarak şartlar elverirse bire bir kişilere ulaşılarak gruptaki gönüllü katılımcılardan form ve ölçekleri doldurması istemiştir.

#### **3.1.1. EVREN, ÖRNEKLEM YÖNTEMİ VE SAYISI**

Araştırma, alkol ve madde bağımlısı bireylerin içselleştirilmiş damgalanma seviyelerin öz-şefkat seviyeleri ile olan ilişkisini anlamaya yöneliktir. Evreni en iyi temsil edeceğini için, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak örneklem seçilmiştir. Bu çerçevede araştırma, örnekleme oluşturacak alkol ve madde bağımlıları Türkiye Adsız Alkolikler (AA) ve Adsız Narkotikler (NA) gruplarından amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Elde edilen verilerin genellemek isteneceği çalışma evreni, Türkiye’deki alkol ve madde bağımlılarıdır. Türkiye’de SUD görülme sıklığı WHO (2010) tarafından %2,46, ve TUBİM (2017) raporlarında % 2,7 olarak raporlanmıştır. Ortalama SUD görülme sıklığı bu iki çalışma üzerinden 2,58 olarak hesaplanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIİK) tarafından 2019 yılı 15-64 yaş arası nüfus, adrese kayıtlı sistem üzerinden 56 milyon 379 bin 87 olarak hesaplanmaktadır. Bu durumda, %2,58 SUD prevalansı yaklaşık 1 milyon 522 bin 235 kişilik evren popülasyonunu oluşturmaktadır. Araştırmanın %95 güvenirlikte 0.05 (d) örnekleme hatası ile, alkol ve madde bağımlısı katılımcıların incelenecek içselleştirilmiş damgalanma ve öz-anlayış ölçek sonuçlarının benzerlik göstereceği bulgusu ile ( $p=0.9/q=0.1$  p:görülme olasılığı; q:görülme olasılığı),

Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004) örneklem hesaplama tablosuna göre, evreni temsilen örneklem büyüklüğü 245 olarak hesaplanmıştır. Anket formundaki soruların eksik doldurulması riski göz önünde bulundurularak örneklem kaybını da önlemek

amacıyla 162'si kadın 108'i erkek toplam 270 kişilik katılımcı grubu ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

## **3.2. VERİLERİN ELDE EDİLİŞ YÖNTEMİ**

Katılımcıların uygulamaya katılımları en az okur-yazar düzeyinde ve 18 yaş üzerinde olma ölçütleriyle sağlanmıştır. AA ve NA toplantılarına katılan alkol ve madde bağımlısı bireylere ait verilerin toplanması için araştırmacı tarafından hazırlanmış "Sosyodemografik Veri Formu", bilimsel veri toplama araçlarından ise "Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)" ve "Öz-Anlayış Ölçeği" kullanılmıştır.

### **3.2.1. Öz-Anlayış Ölçeği (ÖZAN) Ruhsal Hastalıkların**

#### **İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)**

Öz-Anlayış Ölçeği (Self-Compassion Scale, ÖZAN) kişilerin öz-şefkat seviyelerini değerlendirebilmek adına Neff (2003) tarafından geliştirilmiş, 5'li Likert tipi, öz bildirim dayanan 26 maddelik bir ölçektir. Öz-sevecenlik, öz-yargılama, yabancılaşma, bilinçlilik, paylaşılanların bilincinde olma ve aşırı-özdeşleşme olmak üzere 6 alt faktör yapısından oluşmaktadır. Ölçekte alınan yüksek puanlar öz-şefkat seviyesinde yüksekliği göstermektedir. Türkçe diline uyarlaması Deniz, Kesici ve Sümer (2008) tarafından yapılmıştır. Türkçe'ye uyarlanan ÖZAN, tek faktör yapıdan oluşmakta, iki maddenin toplam korelasyon değerlerinin 0.30'dan düşük bulunması sebebi ile 24 madde içermekte, Cronbach Alpha katsayısı 0.92 olarak hesaplanmış ve 11 maddesi ters kodlanmakta olan bir ölçektir.

### **3.2.2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması**

## **Ölçeği (RHİDÖ)**

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ), kişilerin içsel damgalanma seviyelerini değerlendirebilmek adına Ritsher ve diğ. (2003) tarafından geliştirilmiş, 4'lü Likert tipi, öz bildirimine dayanan, 29 maddeden oluşan bir ölçektir. Yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç ve kalıp yargıların onaylanması olmak üzere 5 alt ölçekten oluşmaktadır. RHİDÖ'den alınan yüksek puanlar, yüksek seviyede içselleştirilmiş damgalanmaya işaret eder. Türkçe diline uyarlanması, Ersoy ve Varan (2007) tarafından gerçekleştirilmiş Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek puanlar 4-91 arasında değişmektedir.

### **3.2.3. Sosyodemografik Veri Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan form, örneklemin sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak adına kullanılmıştır. Cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, ne kadar süredir alkol/madde kullanmadıkları, ne kadar süre kullandıkları, ne kadar süredir AA ve NA toplantılarına devam ettikleri, ailelerinde birinci dereceden yakınlıkta herhangi bir madde bağımlısı olup olmadığına yanıt arayan sorularda oluşmaktadır.

## **3.3. VERİLERİN ANALİZİ**

Araştırmada anket uygulaması sonucu elde edilen veriler ile araştırma amaçlarına ulaşmak için üretilmiş hipotezler, farklı analiz yöntemleri kullanılarak test edilmeden önce verilerin dağılımı test edilmiştir. Normallik analizi sonucunda verilerin normal dağılmadığı tespit edilmiş ve hipotezleri test edebilmek için parametrik olmayan analiz yöntemlerinin kullanılmasına karar verilmiştir. Araştırma anketi içerisinde yer alan ölçek ifadelerinin güvenilirliklerinin tespiti amacıyla Cronbach's Alpha güvenilirlik analizi kullanılmıştır. Katılımcıları sosyo-demografik ve alkol/madde kullanımlarına ilişkin bilgilerin ortaya konması amacıyla frekans analizine başvurulmuştur. Anket içerisinde yer alan ölçeklerin birbiri ile olan ilişkisine test etmek amacı ile Pearson's korelasyon katsayısına yer verilmiştir. Kullanılan ürüne (alkol veya madde ve alkol) katılımcıların

içselleştirilmiş damgalanma ve öz-şefkat seviyelerinde fark olup olmadığını test edebilmek için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma ve özşefkat seviyelerinin katılımcıların cinsiyetlerine, eğitim durumlarına, medeni hallerine, birinci derece akrabalarında SUD'lu birey olup olmamasına, AA ve NA toplantılarına katılım sürelerine ve ayık kalma sürelerine göre gösterdikleri grup farklılaşmalarını tespit edebilmek için Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.



## BÖLÜM 4 BULGULAR

Bu bölümde, araştırma katılımcılarından toplanan verilerin analizi yer almaktadır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile öz-şefkat ve içselleştirilmiş damgalanma puanlarına dair bulgulara ve çalışmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezlerin test sonuçlarına yer verilmiştir. Araştırmada, anket yöntemi sonucu elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediğinin tespiti amacıyla Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk değerleri ortaya konmuştur. Tablo 3’de görüleceği üzere, anket uygulaması sonucunda elde edilen veriler normal bir dağılım göstermemektedir. Bu bağlamda araştırmada parametrik olmayan test yöntemleri tercih edilmiştir.

**Tablo 4.1** Normallik Test Sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
	İstatistiki Değer	p	İstatistiki Değer	p
.074 Öz-Anlayış Ölçeği Toplam Puan	.001	.973	.000	
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş .055 Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) Toplam Puanı	.047	.984	.004	
.102 RHİDÖ Yabancılaşma Alt Ölçeği	.000	.963	.000	
RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması Alt .058 Ölçeği	.027	.981	.001	
.090 RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeği	.000	.976	.000	
.093 RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Ölçeği	.000	.981	.001	
.078 RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği	.000	.984	.004	

Araştırmaya, katılımcılarından toplamda 270 kişiye ilişkin veriler dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 34.85 olup, 18 ila 65 arasında değişmektedir. Katılımcıların çoğunluğunu %60 ile (n = 162) erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların öğrenim düzeyleri incelendiğinde büyük çoğunluğun (%41, n = 111) lise mezunu olduğu ve medeni durumlarına bakıldığında yarısının bekar (n = 135) olduğu görülmektedir. Katılımcıların %25.9'u (n = 70) boşanmış/ayrı yaşadığını bildirmiş ve %61.22'si de boşanma/ayrı yaşamanın nedeninin alkol veya madde kullanımı ile ilişkili olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan kişilerin yalnızca %31.9'u (n = 86) çocuk sahibi olduklarını belirtmiştir. Katılımcıların meslekleriyle ilgili soruya verdikleri cevaplar incelendiğinde %44.1 ile (n = 119) çoğunluğun serbest meslek icra ettikleri gözlemlenmiştir. Doğdukları yere ilişkin elde edilen sonuçlarda çoğunluğunun küçük il/ilçe merkezinde (%40, n = 109) ve metropolde (%38.1, n = 103) doğduğu, yaşadıkları yere ilişkin elde edilen sonuçlarda ise neredeyse tamamının (%94.4, n = 255) metropolde yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların anne ve babalarının eğitim düzeyleri incelendiğinde büyük çoğunluğun lise mezunu olduğu (annenin eğitimi %35.2, n = 95; babanın eğitimi %43.3, n = 117) ve katılımcıların yarısından biraz fazlasının (%57.8, n = 156) anne ve babası ile birlikte yaşadıklarını belirtmişlerdir. Buna ek olarak %41.1', (n = 111) yalnız yaşadıklarını beyan etmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin detaylı bilgi Tablo 4'de verilmiştir.

**Tablo 4.2** Katılımcılara Ait Sosyo-Demografik Bilgilerin Dağılımı

	Ort.	SS	Minimum	Maksimum
Yaş	34.85	10.33	18	65
		N		%
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın		162		60
Erkek		108		40
<b>Öğrenim Düzeyi</b>				
İlkokul		45		16.67
Lise		111		41.11
Üniversite		114		42.22
<b>Medeni Durum</b>				
Bekar		135		50
Evli		65		24.1
Boşanmış/Ayrı Yaşıyor		70		25.9
<b>Boşanma/ayrı yaşama nedeninin alkol veya madde kullanımı ile ilişkili olduğunu düşünme</b>				

Evet	60	61.22
Hayır	38	38.78
<b>Çocuk sahibi</b>		
Evet	86	31.9
Hayır	184	68.1
<b>Meslek</b>		
Çalışmıyor	22	8.1
Öğrenci	25	9.3
Memur	40	14.8
İşçi	37	13.7
Ev hanımı	8	3
Emekli	19	7
Serbest	119	44.1
<b>Doğum yeri</b>		
Köy/Kasaba	54	20
Küçük il/İlçe Merkezi	109	40.4
Metropol	103	38.1
Yurtdışı	4	1.5
<b>Yaşanılan Yer</b>		
Köy/Kasaba	1	0.4
Küçük il/İlçe Merkezi	14	5.2
Metropol	255	94.4
<b>Annenin eğitim düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	8	3
Okur-yazar	12	4.4
İlkokul	69	25.6
Ortaokul	37	13.7
Lise	95	35.2
Yüksek Öğrenim	49	18.1
<b>Babanızın eğitim düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	3	1.1
Okur-yazar	9	3.3
İlkokul	44	16.3
Ortaokul	20	7.4
Lise	117	43.3
Yüksek Öğrenim	77	28.5
<b>Anne ve babanın birlikte yaşaması</b>		
Evet	156	57.8
Hayır	114	42.2
<b>Kimlerle aynı evde yaşıyorsunuz?</b>		
Yalnız	111	41.1
Anne ve baba	52	19.3
Eş ve çocuklar ve büyük ebeveynler	73	27
Arkadaşlar	34	12.6

Katılımcıların alkol/madde kullanımlarına ilişkin dağılımları incelendiğinde büyük çoğunluğunun (%62.6, n = 169) birinci ve ikinci dereceden akrabalarının madde kullanıyor olduğunu ya da daha önce kullanmış olduğunu belirtmiştir. Birinci ve ikinci dereceden akrabalarının madde kullanan kişilerin var olduğunu beyan eden katılımcıların %44.76 (n = 47) ile önemli bir çoğunluğunun yalnızca babalarının kullandığı gözlemlenmektedir. Katılımcıların %62.9 (n = 169) ile büyük bir çoğunluğu yalnızca alkol kullanırken, %22.6 (n = 61) hem alkol hem de madde kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların alkol/madde kullanımlarına ilişkin detaylı bilgi Tablo 5’te verilmiştir.

**Tablo 4.3** Katılımcıların Alkol/Madde Kullanımlarına İlişkin Dağılımları

	N	%
<b>Birinci ve ikinci dereceden akrabalarda (anne, baba, kardeşler ve çocuklarımız) madde kullanan var mı/ var mıydı?</b>		
Yok	101	37.4
Var	169	62.6
<b>Cevabınız var ise, kimler?</b>		
Anne	8	7.62
Baba	47	44.76
Kardeş	27	25.71
Çocuk	4	3.81
Anne ve baba	8	7.62
Anne, baba ve kardeş	2	1.90
Anne ve kardeş	1	0.95
Baba ve kardeş	6	5.71
Baba ve çocuk	1	0.95
Anne, baba, kardeş ve çocuk	1	0.95
<b>Kullandığınız esas(ana) alkol/madde'nin cinsi nedir?</b>		
Alkol	169	62.9
Madde	40	14.8
Alkol ve Madde	61	22.6
<b>Ne kadar zamandır AA veya NA gruplarına katılıyorsunuz?</b>		
3 aydan az	11	4.1
3 – 6 ay	32	11.9
6 ay – 1 yıl	33	12.2
1 – 2 yıl	81	30
3 – 5 yıl	47	17.4
5 yıldan fazla	66	24.4
<b>Ne kadar zamandır ayıksınız (alkol/madde kullanmıyorsunuz)?</b>		
3 aydan az	44	16.3
3 – 6 ay	39	14.4

6 ay – 1 yıl	39	14.4
1 – 2 yıl	67	24.8
3 – 5 yıl	24	8.9
5 yıldan fazla	57	21.1
<b>Ne kadar zaman aktif olarak kullandınız?</b>		
3 yıldan az	49	18.1
5 – 10 yıl	125	46.3
11 – 20 yıl	61	22.6
20 yıldan fazla	35	13

Anket içerisinde yer alan ölçek ifadelerinin güvenilirliklerini tespit etmek amacıyla Cronbach's Alpha güvenilirlik testi uygulanmıştır. Yapılan güvenilirlik analizlerinin sonucu Tablo 6'te belirtilmiştir. Buna göre her iki ölçek de istatistiksel açıdan güvenilir olduğu, araştırmada kullanılabileceği belirlenmiştir.

**Tablo 4.4.** Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik

Ölçek	Cronbach's Alpha
Öz-anlayış ölçeği	.966
<b>Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği</b>	
Toplam Puan	.953
Yabancılaşma Alt Ölçeği	.885
Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Ölçeği	.840
Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği	.838
Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeği	.862
Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Ölçeği	.679

Katılımcıların Öz Şefkat ve İçselleştirilmiş Damgalanma ölçeklerinden aldıkları puanların betimsel analizi Tablo7'de verilmiştir.

Katılımcıların Öz Anlayış ölçeğinden aldıkları puanlar 31 ila 121 arasında değişiklik gösterirken ortalama 70.67 (ss = 19.99) olarak tespit edilmiştir. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeğinden alınan toplam puanın ortalaması 71.2 (ss = 17.39) iken en düşük 33 en yüksek ise 112 alındığı belirlenmiştir. Ruhsal Hastalıkların

İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeğinin alt ölçekleri incelendiğinde, en yüksek ortalama 15.69 (ss = 4.29; min-maks = 6 – 24) ile Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeğinde, en düşük ortalama puan ise 12.29 (ss = 2.94; min-maks = 5 – 20) ile Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeğinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca en geniş aralık ise 19 ile (ort = 14,87; ss = 2.94; min-maks = 7 – 26) Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Ölçeğinde olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.5** Katılımcıların Öz Şefkat ve İçselleştirilmiş Damgalanma ölçeklerinden aldıkları puanların betimsel analizi

	N	Minimum	Maksimum	Aralık	Ortalama	SS
Öz Anlayış Ölçeği	270	31	121	90	70.67	19.99
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)Toplam Puan	270	33	112	79	71.2	17.39
RHİDÖ Yabancılaşma Alt Ölçeği	270	7	24	17	15.81	4.65
RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Ölçeği	270	7	26	19	14.87	4.37
RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeği	270	6	24	18	15.69	4.29
RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Ölçeği	270	5	20	15	12.53	2.94

RHİDÖ	Algılanan	270	5	20	15	12.29	3.42
Ayrımcılık Alt Ölçeği							

SS= Standart Sapma

Araştırmada kullanılan ölçeklerin birbiri ile olan ilişkisini teste etmek amacı ile Pearson's Korelasyon analizi uygulanmıştır. Pearson's Korelasyon analizi sonuçlarının detaylarına Tablo 8'te yer verilmiştir. Buna göre araştırmada kullanılan Öz-Anlayış Ölçeği hem Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği toplam puanı hem de alt ölçekleri arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttur. Buna göre, kişilerin öz şefkat seviyeleri arttıkça içselleştirilmiş damgalanma seviyeleri ( $r = .72$ ,  $p < .001$ ), yabancılaşma seviyeleri ( $r = -.74$ ,  $p < .001$ ), kalıp yargıları onaylama seviyeleri ( $r = -.59$ ,  $p < .001$ ), algılanan ayrımcılık seviyeleri ( $r = -.58$ ,  $p < .001$ ), sosyal geri çekilme seviyeleri ( $r = -.65$ ,  $p < .001$ ) ve damgalanmaya karşı direnç seviyeleri ( $r = -.58$ ,  $p < .001$ ) azalmaktadır.

**Tablo 4.6** Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki Korelasyonel İlişki

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	Öz-Anlayış Ölçeği
Toplam Puan	-.719*** .000
Yabancılaşma Alt Ölçeği	-.736*** .000
Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Ölçeği	-.590*** .000
Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği	-.584*** .000
Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeği	-.654*** .000
Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Ölçeği	-.581*** .000

\*\*\* $p < .001$

Araştırmaya dahil olan katılımcıların kullandıkları maddelere göre içselleştirilmiş damgalama seviyeleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test edebilmek için Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği'nde aldıkları puanların MannWhitney U testi sonuçları Tablo 9'da verilmiştir. Buna göre, madde ve alkol kullanan bireyler yalnızca alkol kullanan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılıkla kendilerine yabancılaştıkları tespit edilmiştir ( $U = 10.56, p < .001$ ). Ayrıca, sosyal geri çekilme seviyesinden SUD'lu olmanın anlamlı bir fark oluşturduğu bulunmuştur ( $U = 10.25, p < .01$ ).

**Tablo 4.7** Kullanılan Maddeye Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Seviyesindeki Farklılık

	Kullanılan ürün	N	Sıra ortalaması	U	p
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) Toplam Puan	Alkol	169	130.99	9.30	.22
	Madde ve alkol	101	143.05		
RHİDÖ Yabancılaşma Alt Ölçeği	Alkol		123.50	10.56	.00 **
	Madde ve alkol		155.58		
RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Ölçeği	Alkol		135.54	8.53	.99
	Madde ve alkol		135.44		

RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeği	Alkol	125.35	10.25	.01**
	Madde ve alkol	152.49		
RHİDÖ	Alkol	136.68	8.33	.75
Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Ölçeği	Madde ve alkol	133.52		
RHİDÖ Algılanan	Alkol	136.56	8.36	.77
Ayrımcılık Alt Ölçeği	Madde ve alkol	133.72		

\*\* $p < 0.01$

Araştırmaya dahil olan katılımcıların kullandıkları ürünlere göre öz-şefkat seviyeleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test edebilmek için Öz-Anlayış Ölçeği'nde aldıkları puanların Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 10'da verilmiştir. Buna göre, madde ve alkol kullanan bireylerin yalnızca alkol kullanan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılıkla öz-şefkat seviyesine sahip oldukları tespit edilmiştir ( $U = 5.05$ ,  $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.8** Kullanılan Maddeye Göre Öz-Şefkat Seviyesindeki Farklılık

	Kullanılan ürün	N	Sıra ortalaması	U	p
Öz Anlayış Ölçeği	Alkol	169	156.12	5.05	.000***
	Madde ve alkol	101	101		

\*\*\* $p < 0.001$

Araştırmaya dahil olan katılımcıların sosyo-demografik ve madde-alkol kullanımına ilişkin özelliklerine göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği'nden aldıkları puanlarda bir fark olup olmadığını test edebilmek için Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Analizlerin detaylı sonuçları Tablo 11, 12, 13, 14, 15'de verilmiştir.

Araştırmaya dahil olan katılımcıların cinsiyetlerine göre içselleştirilmiş damgalama seviyeleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test edebilmek için Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği'nde aldıkları puanların MannWhitney U testi sonuçları Tablo 11'de verilmiştir. Buna göre, katılımcıların hem toplam içselleştirilmiş damgalanma seviyesi hem de içselleştirilmiş damgalanmanın alt ölçeklerinde cinsiyetlerine göre bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

**Tablo 4.9** Cinsiyete Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Seviyesindeki Farklılık

	Cinsiyet	N	Sıra ortalaması	U	p
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) Toplam Puan	Kadın	108	136.43	8597	.81
	Erkek	162	131.10		
RHİDÖ Yabancılaşma Alt Ölçeği	Kadın	108	141.56	8094	.30
	Erkek	162	131.46		
RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Ölçeği	Kadın	108	129.99	8153	.34
	Erkek	162	139.17		
RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeği	Kadın	108	136.89	8597.5	.81
	Erkek	162	134.57		
RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Ölçeği	Kadın	108	134.04	8590	.80
	Erkek	162	136.48		
RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği	Kadın	108	129.81	14020	.33
	Erkek	162	139.29		

Katılımcıların eğitim seviyelerine göre İçselleştirilmiş Damgalanma seviyelerindeki farklılıkları Kruskal-Wallis testi ile test edilmiştir. Testin detaylı sonuçlarına Tablo 12'de yer verilmiştir. Buna göre, araştırmaya katılan kişilerin eğitim seviyelerine göre hem

toplam içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinde ( $\chi^2 = 6.63, p < .05$ ) hem de yabancılaşma ( $\chi^2 = 7.35, p < .05$ ), kalıp yargıların onaylanması ( $\chi^2 = 12.77, p < .01$ ) alt ölçeklerinden aldıkları puanlarda istatikselsel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmektedir.

Yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda üniversite mezunu olanlar lise mezunları ile kıyaslandığında anlamlı derecede farklı içselleştirilmiş damgalanma seviyesine sahiptir ( $p < 0.05$ ). Katılımcıların yabancılaşma seviyeleri incelendiğinde ilköğretim mezunları ile lise mezunları kıyaslandığında anlamlı derecede farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Kalıp yargıların onaylanması için yapılan çoklu analizde üniversite mezunları ile lise mezunları kıyaslandığında anlamlı derecede farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p < 0.01$ ).

**Tablo 4.10** Eğitim Seviyesine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Seviyesindeki Farklılık

		Eğitim Seviyesi	Sıra Ort.	$\chi^2$	$p$
		d			
		İlköğretim	45 131.33	6.62	.04*
(RHİDÖ)	Toplam	Lise	111 149.75		
	Puan	Üniversite	114 123.27		
RHİDÖ		İlköğretim	45 113.5	7.35	.03*
Yabancılaşma	Alt	Lise	111 149.09		
Ölçeği		Üniversite	14 130.95		

RHİDÖ	Kalıp	İlköğretim	45	145.38	12.77	.002**
Yargıların	Alt	Lise	111	151.68		
Onaylanması		Üniversite	114	115.85		
Ölçeği						
RHİDÖ Sosyal Geri		İlköğretim	45	124.86	4.81	.09
Çekilme Alt Ölçeği		Lise	111	147.89		
		Üniversite	114	127.64		
		İlköğretim		144.49	7.92	.02
RHİDÖ			45			
Damgalanmaya		Lise		147.78		
Karşı Direnç Alt		Üniversite	111	120		
Ölçeği			114			
RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık		İlköğretim		138.17	3.26	.20
Alt			45			
Ölçeği		Lise	111	144.37		
		Üniversite	114	125.81		

\* $p < 0.05$

\*\* $p < 0.01$

\*\*\* $p < 0.001$

Katılımcıların medeni hallerine göre içselleştirilmiş Damgalanma seviyelerindeki farklılıkları Kruskal-Wallis testi ile test edilmiştir. Testin detaylı sonuçlarına Tablo 13'da yer verilmiştir. Buna göre, araştırmaya katılan kişilerin medeni hallerine göre içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinde anlamlı bir farklılık oluşmadığı gözlemlenmektedir.

**Tablo 4.11** Medeni Hale Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Seviyesindeki Farklılık

Medeni Hal	N	Sıra Ort.	sd	$\chi^2$	p
------------	---	-----------	----	----------	---

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) Toplam Puan	Bekar	135	136.66	2	.13	94
RHİDÖ	Bekar	135	137.88	2	.52	77
Yabancılaşma Alt Ölçeği	Boşanmış	70	136.49			
	Evli	65	129.49			
RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Ölçeği	Bekar	135	135.45	2	.23	.89
	Boşanmış	70	138.62			
	Evli	65	132.25			
RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeği	Bekar	135	138.05	2	.29	.87
	Boşanmış	70	132.96			
	Evli	65	132.94			
RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Ölçeği	Bekar	135	130.2	2	1.43	.49
	Boşanmış	70	143.48			
	Evli	65	137.91			
RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği	Bekar	135	141.16	2	1.47	.48
	Boşanmış	70	131.17			
	Evli	65	128.42			

Araştırmaya dahil olan katılımcıların birince derece akrabalarında SUD'lu birey olup olmamasına göre içselleştirilmiş damgalama seviyeleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test edebilmek için Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği'nde aldıkları puanların Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 14'de verilmiştir. Buna göre, katılımcıların hem toplam içselleştirilmiş damgalanma seviyesi hem de içselleştirilmiş damgalanmanın alt ölçeklerinde birince derece akrabalarında SUD'lu birey olup olmamasına göre bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

**Tablo 4.12** Birince Derece Akrabalarda SUD'lu Birey Olup Olmamasına Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Seviyesindeki Farklılık

	Birince Derece	N	Sıra ortalaması	U	<i>p</i>
Akrabalarda SUD'lu Birey					
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) Toplam Puan	Var	169	134.14	8135.5	.71
	Yok	101	137.77		
RHİDÖ Yabancılaşma Alt Ölçeği	Var	169	132.83	8083.5	.47
	Yok	101	139.97		
RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Ölçeği	Var	169	133.14	8368.5	.52
	Yok	101	139.45		
RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeği	Var	169	134.52	8368.5	.79
	Yok	101	137.14		
RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Ölçeği	Var	169	134.63	8387.5	.81
	Yok	101	136.96		
RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği	Var	169	136.93	8292	.70
	Yok	101	133.10		

Katılımcıların AA ve NA toplantılarına katılım süresine göre İçselleştirilmiş Damgalanma seviyelerindeki farklılıkları Kruskal-Wallis testi ile test edilmiştir. Testin detaylı sonuçlarına Tablo 15'de yer verilmiştir. Buna göre, araştırmaya katılan kişilerin AA ve NA toplantılarına katılıma sürelerine göre hem toplam içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinde ( $\chi^2 = 90.04, p < .001$ ) hem de yabancılaşma ( $\chi^2 = 77.91, p < .001$ ), kalıp yargıların onaylanması ( $\chi^2 = 78.94, p < .001$ ), sosyal geri çekilme ( $\chi^2 = 52.28, p < .001$ ), damgalanmaya karşı direnç ( $\chi^2 = 67.74, p < .001$ ) ve algılanan ayrımcılık ( $\chi^2 = 87.21, p < .001$ ) alt ölçeklerinden aldıkları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmektedir.

Yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda 5 yıldan fazla süredir AA ve NA toplantılarına katılanlar 6 ay – 1 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) katılanlarla kıyaslandığında ve 3 – 5 yıldır AA ve NA toplantılarına katılanlar 1 – 2 yıl ( $p < .001$ ), 6 ay – 1 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ) ve 3 aydan daha az ( $p < .001$ )

katılanlarla kıyaslandığında anlamlı derecede farklı içselleştirilmiş damgalanma seviyesine sahiptir.

Katılımcıların yabancılaşma seviyeleri incelendiğinde 5 yıldan fazla süredir AA ve NA toplantılarına katılanlar 1 – 2 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) katılanlarla kıyaslandığında ve 3 – 5 yıldır AA ve NA toplantılarına katılanlar 1 – 2 yıl ( $p < .01$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ) ve 6 ay – 1 yıl ( $p < .001$ ) süre ile katılanlarla kıyaslandığında anlamlı derecede farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Kalıp yargıların onaylanması seviyesi için yapılan çoklu analiz sonucunda katılımcılardan 5 yıldan fazla süredir AA ve NA toplantılarına katılanlar 1 – 2 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) katılanlarla kıyaslandığında ve 3 – 5 yıldır AA ve NA toplantılarına katılanlar 1 – 2 yıl ( $p < .05$ ), 6 ay – 1 yıl ( $p < .05$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ) ve 3 aydan daha az ( $p < .01$ ) katılanlarla kıyaslandığında anlamlı derecede farklılık gösterdiği gözlemlenmiştir.

Katılımcıların sosyal geri çekilme seviyeleri incelendiğinde 5 yıldan fazla süredir AA ve NA toplantılarına katılanlar 1 – 2 yıl ( $p < .001$ ), 6 ay – 1 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) katılanlarla kıyaslandığında ve 3 – 5 yıldır AA ve NA toplantılarına katılanlar 1 – 2 yıl ( $p < .05$ ), 6 ay – 1 yıl ( $p < .05$ ), 3 – 6 ay ( $p < .01$ ) ve 3 aydan az ( $p < .05$ ) süredir katılanlarla kıyaslandığında anlamlı derecede farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Katılımcıların damgalanmaya direnç seviyeleri incelendiğinde 5 yıldan fazla süredir AA ve NA toplantılarına katılanlar 1 – 2 yıl ( $p < .001$ ), 6 ay – 1 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) katılanlarla kıyaslandığında ve 3 – 5 yıldır AA ve NA toplantılarına katılanlar 1 – 2 yıl ( $p < .01$ ), 6 ay – 1 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ) ve 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) katılanlarla kıyaslandığında anlamlı derecede farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Algılanan ayrımcılık seviyesi için yapılan çoklu analiz sonucunda katılımcılardan 5 yıldan fazla süredir AA ve NA toplantılarına katılanlar 1 – 2 yıl ( $p < .001$ ), 6 ay – 1 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) katılanlarla kıyaslandığında ve 3 – 5 yıldır AA ve NA toplantılarına katılanlar 1 – 2 yıl ( $p < .01$ ), 6 ay – 1 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ) ve 3 aydan daha az ( $p < .01$ ) katılanlarla kıyaslandığında anlamlı derecede farklılık gösterdiği gözlemlenmiştir.

**Tablo 4.13** AA ve NA Toplantılarına Katılım Süresine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Seviyesindeki Farklılık

	Katılım süresi	N	Sıra Ort.	sd	$\chi^2$	p
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) Toplam Puan	3 aydan az	11	215.77	5	90.04	.000***
	3 – 6 ay	32	189.95			
	6 ay – 1 yıl	33	178.08			
	1 – 2 yıl	81	154.65			
	3 – 5 yıl	47	100.95			
	5 yıldan fazla	66	75.53			
RHİDÖ Yabancılaşma Alt Ölçeği	3 aydan az	11	211.05	5	77.91	.000***
	3 – 6 ay	32	179.28			
	6 ay – 1 yıl	33	184.17			
	1 – 2 yıl	81	152.10			
	3 – 5 yıl	47	101.26			
	5 yıldan fazla	66	81.36			
RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Ölçeği	3 aydan az	11	203.05	5	78.94	.000***
	3 – 6 ay	32	195.36			
	6 ay – 1 yıl	33	175.11			
	1 – 2 yıl	81	150.28			
	3 – 5 yıl	47	100.30			
	5 yıldan fazla	66	82.35			
RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeği	3 aydan az	11	193.14	5	52.28	.000***
	3 – 6 ay	32	175.27			
	6 ay – 1 yıl	33	165.52			
	1 – 2 yıl	81	153.65			
	3 – 5 yıl	47	108.43			
	5 yıldan fazla	66	88.61			
RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Ölçeği	3 aydan az	11	201.18	5	67.74	.000***
	3 – 6 ay	32	187.28			
	6 ay – 1 yıl	33	163.94			
	1 – 2 yıl	81	153.15			
	3 – 5 yıl	47	110.72			
	5 yıldan fazla	66	81.20			
RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği	3 aydan az	11	128.45	5	87.21	.000***
	3 – 6 ay	32	181.25			
	6 ay – 1 yıl	33	177.06			
	1 – 2 yıl	81	156.67			
	3 – 5 yıl	47	106.18			

---

\*\*\* $p < 0.001$

Araştırmaya dahil olan katılımcıların ne kadar süredir madde kullanmadıklarına göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği'nden aldıkları puanlarda bir fark olup olmadığını test edebilmek için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. KruskalWallis testinin detaylı sonuçları Tablo 16'da verilmiştir. Buna göre, araştırmaya katılan kişilerin ayık kaldıkları sürelerine göre hem toplam içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinde ( $\chi^2 = 92.89, p < .001$ ) hem de yabancılaşma ( $\chi^2 = 73.25, p < .001$ ), kalıp yargıların onaylanması ( $\chi^2 = 86.28, p < .001$ ), sosyal geri çekilme ( $\chi^2 = 57.53, p < .001$ ), damgalanmaya karşı direnç ( $\chi^2 = 82.22, p < .001$ ) ve algılanan ayrımcılık ( $\chi^2 = 81.84, p < .001$ ) alt ölçeklerinden aldıkları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmektedir.

Yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda 5 yıldan fazla süredir madde kullanmayanlar 6 ay – 1 yıl ( $p < .001$ ), 6 ay – 1 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlarla kıyaslandığında; 3 – 5 yıldır A madde kullanmayanlar 6 ay – 1 yıl ( $p < .01$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ) ve 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlarla kıyaslandığında ve 1 – 2 yıldır kullanmayanlar 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlarla kıyaslandığında anlamlı derecede farklı içselleştirilmiş damgalanma seviyesine sahiptir.

Katılımcıların yabancılaşma seviyeleri kıyaslandığında 5 yıldan fazla süredir madde kullanmayanlar 1 – 2 yıl ( $p < .001$ ), 6 ay – 1 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlardan; 3 – 5 yıldır madde kullanmayanlar 6 ay – 1 yıl ( $p < .05$ ), 3 – 6 ay ( $p < .01$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlardan ve 1 – 2 yıldır kullanmayanlar 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlardan anlamlı derecede farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Kalıp yargıların onaylanması seviyesi için yapılan çoklu analiz sonucunda katılımcılardan 5 yıldan fazla süredir madde kullanmayan katılımcılar 1 – 2 yıl ( $p < .01$ ), 6 ay – 1 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlarla kıyaslandığında; 3 – 5 yıldır madde kullanmayanlar 6 ay – 1 yıl ( $p < .05$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlarla kıyaslandığında; 1 – 2 yıldır kullanmayanlar 3 – 6 ay ( $p < .01$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ )

süredir kullanmayanlarla kıyaslandığında ve 6 ay – 1 yıl süre ile kullanmayanlar 3 aydan daha az ( $p < .05$ ) süredir kullanmayanlarla kıyaslandığında anlamlı derecede farklılık gösterdikleri tespit edilmiştir.

Algılanan ayrımcılık seviyesi için yapılan çoklu analiz sonucunda katılımcılardan 5 yıldan fazla süredir madde kullanmayanlar 1 – 2 yıl ( $p < .001$ ), 6 ay – 1 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlarla kıyaslandığında; 3 – 5 yıldır madde kullanmayanlar 6 ay – 1 yıl ( $p < .01$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ) ve 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlarla kıyaslandığında ve 1 – 2 yıldır kullanmayanlar 3 aydan daha az ( $p < .01$ ) süredir kullanmayanlarla kıyaslandığında anlamlı derecede farklılık gösterdiği gözlemlenmiştir.

Katılımcıların sosyal geri çekilme seviyeleri incelendiğinde 5 yıldan fazla süredir madde kullanmayanlar 1 – 2 yıl ( $p < .001$ ), 6 ay – 1 yıl ( $p < .01$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlardan; 3 – 5 yıldır madde kullanmayanlar 3 – 6 ay ( $p < .01$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlardan ve 1 – 2 yıldır kullanmayanlar 3 aydan daha az ( $p < .05$ ) süredir kullanmayanlardan anlamlı derecede farklılık gösterdiği gözlemlenmiştir.

Katılımcıların damgalanmaya karşı seviyeleri kıyaslandığında 5 yıldan fazla süredir madde kullanmayanlar 1 – 2 yıl ( $p < .01$ ), 6 ay – 1 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlardan; 3 – 5 yıldır madde kullanmayanlar 6 ay – 1 yıl ( $p < .05$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlardan ve 1 – 2 yıldır kullanmayanlar 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .01$ ) süredir kullanmayanlardan anlamlı derecede farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Algılanan ayrımcılık seviyesi için yapılan çoklu analiz sonucunda katılımcılardan 5 yıldan fazla süredir madde kullanmayanlar 1 – 2 yıl ( $p < .001$ ), 6 ay – 1 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ), 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlarla kıyaslandığında; 3 – 5 yıldır madde kullanmayanlar 6 ay – 1 yıl ( $p < .01$ ), 3 – 6 ay ( $p < .001$ ) ve 3 aydan daha az ( $p < .001$ ) süredir kullanmayanlarla kıyaslandığında ve 1 – 2 yıldır kullanmayanlar 3 aydan daha az ( $p < .01$ ) süredir kullanmayanlarla kıyaslandığında anlamlı derecede farklılık gösterdiği gözlemlenmiştir.

**Tablo 4.14** Ayık Kalma Süresine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Seviyesindeki Farklılık

	Katılım süresi	N	Sıra Ort.	sd	$\chi^2$	<i>p</i>
Ruhsal	3 aydan az	44	201.28	5	92.89	.000***
Hastalıkların	3 – 6 ay	39	176.27			
İçselleştirilmiş	6 ay – 1 yıl	39	153.42			
Damgalanması	1 – 2 yıl	67	131.08			
Ölçeği (RHİDÖ)	3 – 5 yıl	24	83.17			
Toplam Puan	5 yıldan fazla	57	71.79			
	3 aydan az	44	195	5	73.25	.000***
	3 – 6 ay	39	165.67			
RHİDÖ	6 ay – 1 yıl	39	154.29			
Yabancılaşma Alt	1 – 2 yıl	67	133.32			
Ölçeği	3 – 5 yıl	24	90.02			
	5 yıldan fazla	57	77.78			
	3 aydan az	44	200.84	5	86.28	.000***
RHİDÖ Kalıp	3 – 6 ay	39	182.01			
Yargıların	6 ay – 1 yıl	39	142.83			
Onaylanması Alt	1 – 2 yıl	67	127.72			
Ölçeği	3 – 5 yıl	24	83.29			
	5 yıldan fazla	57	79.34			
	3 aydan az	44	186.89	5	57.53	.000***
RHİDÖ Sosyal	3 – 6 ay	39	161.54			
Geri Çekilme Alt	6 ay – 1 yıl	39	147.38			
Ölçeği	1 – 2 yıl	67	139.65			
	3 – 5 yıl	24	88.60			
	5 yıldan fazla	57	84.75			
	3 aydan az	44	187.80	5	82.22	.000***
RHİDÖ	3 – 6 ay	39	186.18			
Damgalanmaya	6 ay – 1 yıl	39	157.21			
Karşı Direnç Alt	1 – 2 yıl	67	125.60			
Ölçeği	3 – 5 yıl	24	92.33			
	5 yıldan fazla	57	75.41			
	3 aydan az	44	193.93	5	81.84	.000***
RHİDÖ Algılanan	3 – 6 ay	39	168.23			
Ayrımcılık Alt	6 ay – 1 yıl	39	158.58			
Ölçeği	1 – 2 yıl	67	135.51			

3 – 5 yıl	24	88.06
5 yıldan fazla	57	72.18

\*\*\* $p < 0.001$

Araştırmaya dahil olan katılımcıların sosyo-demografik ve madde-alkol kullanımlarına ilişkin özelliklerine göre Öz Anlayış Ölçeği'nden aldıkları puanlarda bir fark olup olmadığını test edebilmek için Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Analizlerin detaylı sonuçları Tablo 17, 18, 19, 20, 21 ve 22'de verilmiştir.

Araştırmaya dahil olan katılımcıların cinsiyetlerine göre öz-şefkat seviyeleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test edebilmek için Öz-Anlayış Ölçeği'nde aldıkları puanların Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 17'te verilmiştir. Buna göre, katılımcıların öz-şefkat seviyesinde cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşmadığı tespit edilmiştir ( $U = 14422.5, p = 0.74$ ).

**Tablo 4.15** Cinsiyete Göre Öz-Şefkat Seviyesindeki Farklılık

	Cinsiyet	N	Sıra ortalaması	U	p
Öz Anlayış Ölçeği	Kadın	108	133.54	14422.5	.74
	Erkek	162	136.82		

Katılımcıların eğitim seviyelerine göre öz şefkat seviyelerindeki farklılıkları KruskalWallis testi ile test edilmiştir. Testin detaylı sonuçlarına Tablo 18'te yer verilmiştir. Buna göre, araştırmaya katılan kişilerin eğitim seviyelerine göre öz şefkat seviyelerinde ( $\chi^2 = 11.30, p < .01$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmektedir. Yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda lise mezunu olanlar ilköğretim mezunları ile kıyaslandığında anlamlı derecede farklı öz şefkat seviyesine sahiptir ( $p < 0.01$ ).

**Tablo 4. 16.** Eğitim Seviyesine Göre Öz Şefkat Seviyesindeki Farklılık

	Eğitim Seviyesi	N	Sıra Ort.	sd	$\chi^2$	p
Öz Anlayış Ölçeği	İlköğretim	45	164.01	2	11.30	.004**
	Lise	111	119.13			
	Üniversite	114	140.19			

\*\* $p < 0.01$

Katılımcıların medeni hallerine göre öz şefkat seviyelerindeki farklılıkları KruskalWallis testi ile test edilmiştir. Testin detaylı sonuçlarına Tablo 19'da yer verilmiştir. Buna göre, araştırmaya katılan kişilerin medeni hallerine göre öz şefkat seviyelerinde anlamlı bir farklılık oluşmadığı gözlemlenmektedir.

**Tablo 4.17** Medeni Hale Göre Öz Şefkat Seviyesindeki Farklılık

	Medeni Hal	N	Sıra Ort.	sd	$\chi^2$	<i>p</i>
Öz Anlayış Ölçeği	Bekar	135	128.05	2	2.65	.27
	Boşanmış	70	140.09			
	Evli	65	146.02			

Araştırmaya dahil olan katılımcıların birince derece akrabalarında SUD'lu birey olup olmamasına göre öz şefkat seviyeleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test edebilmek için Öz Anlayış Ölçeği'nde aldıkları puanların Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 20'de verilmiştir. Buna göre, katılımcıların birince derece akrabalarında SUD'lu birey olup olmamasına göre öz şefkat seviyelerinde bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

**Tablo 4.18** Birince Derece Akrabalarda SUD'lu Birey Olup Olmamasına Göre Öz Şefkat Seviyesindeki Farklılık

	Birince Derece Akrabalarda SUD'lu Birey	N	Sıra ortalaması	U	<i>p</i>
Öz Anlayış Ölçeği	Var	169	135.12	8.60	.92
	Yok	101	136.13		

Araştırmaya dahil olan katılımcıların AA ve NA toplantılarına katılıma süresilerine göre Öz Anlayış Ölçeği'nden aldıkları puanlarda bir fark olup olmadığını test edebilmek için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testinin detaylı sonuçları Tablo 21'de verilmiştir. Buna göre, araştırmaya katılan kişilerin AA ve NA toplantılarına katılıma sürelerine göre an şefkat seviyelerinde ( $\chi^2 = 82.41$ ,  $p < .001$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmektedir.

Yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda 3 aydan az süredir AA ve NA toplantılarına katılanlar 1 – 2 yıl ( $p < .01$ ), 3 – 5 yıl ( $p < .001$ ), 5 yıldan fazla süredir ( $p < .001$ ) katılanlar ile kıyaslandığında; 3 – 6 ay süre ile AA ve NA toplantılarına katılanlar 3 – 5 yıl ( $p <$

.001), 5 yıldan fazla süredir ( $p < .001$ ) katılanlar ile kıyaslandığında; 6 ay – 1 yıllık süre ile AA ve NA toplantılarına katılanlar 3 – 5 yıl ( $p < .001$ ), 5 yıldan fazla süredir ( $p < .001$ ) katılanlar ile kıyaslandığında; 1 – 2 yıllık süre ile AA ve NA toplantılarına katılanlar 3 – 5 yıl ( $p < .001$ ), 5 yıldan fazla süredir ( $p < .001$ ) katılanlar ile kıyaslandığında anlamlı derecede farklı öz-şefkat seviyesine sahip oldukları tespit edilmiştir.

**Tablo 4.19** AA ve NA Toplantılarına Katılım Süresine Göre Öz-Şefkat Seviyesindeki Farklılık

	Katılım süresi	N	Sıra Ort.	sd	$\chi^2$	$p$
Öz Anlayış Ölçeği	3 aydan az	11	38.45	5	82.41	.000***
	3 – 6 ay	32	82.66			
	6 ay – 1 yıl	33	88.85			
	1 – 2 yıl	81	126.06			
	3 – 5 yıl	47	173.76			
	5 yıldan fazla	66	184.97			

\*\*\* $p < 0.001$

Araştırmaya dahil olan katılımcıların ayık kalma sürelerine göre Öz Anlayış Ölçeği'nden aldıkları puanlarda bir fark olup olmadığını test edebilmek için KruskalWallis testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testinin detaylı sonuçları Tablo 19'da verilmiştir. Buna göre, araştırmaya katılan kişilerin AA ve NA toplantılarına katılıma sürelerine göre an şefkat seviyelerinde ( $\chi^2 = 92.36$ ,  $p < .001$ ) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmektedir.

Yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda 3 aydan az süredir ayık kalanlar 1 – 2 yıl ( $p < .001$ ), 3 – 5 yıl ( $p < .001$ ), 5 yıldan fazla süredir ( $p < .001$ ) ayık kalanlarla kıyaslandığında; 3 – 6 ay süre ile ayık kalanlar 1 – 2 yıl ( $p < .05$ ), 3 – 5 yıl ( $p < .001$ ), 5 yıldan fazla süredir ( $p < .001$ ) ayık kalanlar ile kıyaslandığında; 6 ay – 1 yıllık süre ile ayık kalanlar 3 – 5 yıl ( $p < .01$ ), 5 yıldan fazla süredir ( $p < .001$ ) ayık kalanlar ile

kıyaslandığında ve 1 – 2 yıllık süredir ayık kalanlar 5 yıldan fazla süredir ( $p < .001$ ) ayık kalanlar ile kıyaslandığında anlamlı derecede farklı öz-şefkat seviyesine sahip oldukları tespit edilmiştir.

**Tablo 4.20** Ayık Kalma Süresine Göre Öz-Şefkat Seviyesindeki Farklılık

Katılım süresi	N	Sıra Ort.	sd	$\chi^2$	$p$
3 aydan az	44	69.70	5	92.36	.000***
3 – 6 ay	39	92.14			
6 ay – 1 yıl	39	119.74			
1 – 2 yıl	67	141.28			
3 – 5 yıl	24	188.90			
5 yıldan fazla	57	197.46			

\*\*\* $p < 0.001$

## BÖLÜM 5 TARTIŞMA

*H1: SUD’lu bireylerin içselleştirilmiş damgalanma ile öz-şefkat seviyeleri arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.*

Literatürde öz-şefkat ile SUD, SUD ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik sınırlı çalışmalar bulunurken, bu tez çalışması SUD’lu bireylere içselleştirilmiş damgalanma ve öz-şefkat arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır. Bu tez çalışmasının bulguları, “SUD’lu bireylerin içselleştirilmiş damgalanma ile öz-şefkat seviyeleri arasında negatif yönlü bir ilişki vardır” hipotezini doğrulamaktadır. SUD’lu bireylerden elde edilen verilerin Pearson’s Korelasyon analizi sonuçlarına göre araştırmada kullanılan Öz-Anlayış Ölçeği (ÖZAN) hem Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) toplam puanı hem de alt ölçekleri arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulunmuştur. Buna göre, kişilerin öz-şefkat seviyeleri arttıkça içselleştirilmiş damgalanma seviyeleri, yabancılaşma seviyeleri, kalıp yargıları onaylama seviyeleri, algılanan ayrımcılık seviyeleri, sosyal geri çekilme seviyeleri ve damgalanmaya karşı direnç seviyeleri azalmaktadır. Bulgular, literatürde öz-şefkat ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiyi inceleyen

çalışmalar ile paralellik göstermektedir (Chan et al., 2020; Hilbert et al., 2015; Luoma ve Platt, 2015; Wong et al., 2019; Yang ve Mak, 2017).

Öz-şefkatteki farkındalık bileşeni, damgalanmış bireylerin, bastırma veya aşırı özdeşleşme olmaksızın içsel deneyimlerinin farkındalığını destekler. Öz-şefkat, benliği ve gerçekliği açıkça gözlemlemek için gerekli olan duygusal güvenliği de sağlar (Allen ve Leary, 2010; Neff et al., 2007). Böylece, damgalanmış bireyler, kendilerine ve yaşadıkları duruma daha dengeli bir bakış açısıyla bakabilmekte, kendilerinin hem olumlu hem de olumsuz yanlarını kabul etmekte ve damgalanmış kimliklerini olduğu gibi (kabul) benimsemektedirler. Ayrıca, öz-şefkatli bireyler, başkalarının onlar hakkında ne düşündüğüne daha az ilgi duymaya ve başkalarını daha az memnun etme arzusuna sahip olma eğilimindedirler (Barnard ve Curry, 2011; Neff ve Vonk, 2009).

Ayrıca, öz-şefkatli bireyler, duygusal deneyimlerini ve bilişsel damgalanma deneyimlerini ayırt etme konusunda daha yeteneklidir ve bu düşüncelerin kendini tanımlamasına ve kamusal damgalamayı içselleştirmesine daha az izin verebilmektedirler. Kendilerine karşı gerçek bir ilgi ve özen göstererek, kamusal damgalanma (değerler) deneyimlerine rağmen, fiziksel ve psikolojik iyilik hallerini geliştirecek şekilde davranışlarını düzenlemek için daha fazla içsel motivasyona sahip olabilirler (Terry ve Leary, 2011). Bu içsel motivasyon gücüne sahip olmaları, öz-şefkatli nitelikleri olan damgalanmış bireylerin, damgalanmanın gölgelerinin ötesine geçmelerine ve damgalanmış kimliklerine rağmen amaçlı bir yaşam sürmelerine olanak tanıyabilmektedir. Ruhsal hastalığı olanlar için, daha yüksek düzeyde öz-şefkat, onların ruhsal hastalıklarına karşı kamusal damgalanmaları karşısında kendilerine karşı daha nazik ve daha az yargılayıcı olmalarına, damgalanma deneyimlerini yabancılaşmış ve yalıtılmış hissetmek yerine ortak insanlığın bir parçası olarak atfetmelerine izin verebilir.

Öz-şefkat, damgalanmış kimliğin ben merkezliliğini azaltarak ve içsel kendini olumlamayı teşvik ederek içselleştirilmiş damgalanma ve bununla ilgili olumsuz sonuçlar üzerindeki etkisini azaltabilir. Teorik olarak öz-şefkat koşulsuzdur ve herkesin şefkat ve anlayışı hak ettiği temeli üzerine kuruludur (Neff ve Vonk, 2009). Bu nedenle, öz-şefkatli bireylerin, damgalanmış kimlikleri (yani öz şefkat) nedeniyle kendilerini sert bir şekilde yargılamaları daha az olasıdır ve ayrıca damgalama deneyimlerini gereksiz yere kendi benlik kavramlarının merkezine (ör. , farkındalık) koymazlar çünkü kusurlu olmanın

paylaşılan bir insan deneyimi olduğunun farkındadırlar Bu nedenle, damgalanmış kimliklerine takılma olasılıkları daha düşüktür. Bunun yerine, damgalanmış kimliklerine, damgalanmamış alternatif kimliklerine ve diğer temel kişisel özelliklerine eşit değer vererek dengeli bir öz-bütünlük duygusu yaşayabilirler.

Yapılan kesitsel çalışmalar da, öz-şefkatin, bütünleştirici öz-bilgi (yani, geçmiş ve şimdiki öz-deneyimi bütünleştirmeye yönelik uyarlanabilir kapasite) ve ego-bütünlüğü (yani, bilgeliğin bir bileşimi, bütünlük, entegrasyon ve kişinin geçmiş deneyimiyle ilgili kabul) gibi daha yüksek kimlik bütünleştirme kapasiteleri ve ayrıca düşük ego odaklı tepkisellik seviyeleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir.(Ghorbani et al., 2012; Phillips ve Ferguson, 2013).

Öz-şefkat, bireylerin damgalanma stres değerlendirmesini geliştirerek, kamusal damgalamanın ve içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz sonuçlar üzerindeki etkilerini tamponlamaya yardımcı olabilir. Öz-şefkati teşvik etmek, bireylerin tehdit sistemini devre dışı bırakabilir ve sıcaklık/yatıştırıcı sistemlerini harekete geçirebilir (Gilbert ve Irons, 2005; Gilbert ve Procter, 2006). Ampirik çalışmalar, öz-şefkatin daha az ego savunması, sosyal onay konusunda daha az benlik saygısı ve daha olumlu yeniden çerçeveleme ile bağlantılı olduğunu göstermektedir (Neff ve Vonk, 2009; Sirois et al., 2015; Wong ve Yeung, 2017). Daha az ego savunma mekanizmalarını kullanan ve olumsuz durumları olumlu bir ışık altında daha iyi görebilen öz-şefkatli bireyler, bu nedenle, damgalanma deneyimlerini daha az tehdit edici olarak görebilirler.

Çalışma bulgularında, öz-şefkat seviyesi ile RHİDÖ alt ölçeği “damgalanmaya karşı direnç” faktörü olumsuz yönde ilişki bulunmuştur. İçselleştirilmiş ölçek toplam puanının belirlenmesinde, yabancılaşma seviyeleri, kalıp yargıları onaylama seviyeleri, algılanan ayrımcılık seviyeleri ve sosyal geri çekilme ölçekleri düz olarak puanlanırken, “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeği RHİDÖ ölçeğinde ters olarak puanlanmaktadır. Bu alt ölçek içselleştirilmiş damgalanmadan etkilenmemiş olma deneyimini ve damgalanmaya karşı kişinin direncini tasvir eden sorulardan oluşmaktadır. “Açıkça ruhsal hastalığı anlaşılan biriyle toplum içinde görülmek beni rahatsız etmez; Genel olarak, hayatımı istediğim şekilde yaşıyorum; Ruhsal hastalığıma rağmen iyi, doyurucu bir hayatım olabilir; Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılar sağlar; Ruhsal hastalığıyla yaşamak beni mücadelecı yaptı” sorularından oluşmaktadır. Damgalanmaya

karşı direnç, akıl sağlığı tanısı olan bir hastanın, hastalıklarıyla ilgili toplumun dayattığı kendisini damgalayan düşünceler ile başa çıkabilme, etkilenmeden kalabilme ve bu söz konusu damgalayıcı atıfların sahibinin kendisi olmadığını ayırt edebilme yeteneğine sahip olabilme olarak tanımlanmıştır (Corrigan et al., 2006). Bireylerin sahip oldukları ruhsal bozukluk tanısı sebebiyle kamusal ve içselleştirilmiş damgalanmaya karşı tamponlayıcı bir faktör olarak hizmet etmektedir. ÖZAN ile RHİDÖ alt ölçeği *damgalanmaya karşı direnç* arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik literatürde bir çalışma bulunmamaktadır. RHİDÖ ölçeğinin, Türkçe diline uyarlanma geçerlilik ve güvenilirlik analizinde, RHİDÖ alt ölçeği *damgalanmaya karşı direnç* ile Beck Depresyon Envanteri

(BDE) ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile olumsuz yönde, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ile olumlu yönde ilişkili bulunmuştur (Ersoy ve Varan, 2007). Öte yandan, öz-şefkatin BDE ile olumsuz yönde, benlik saygısı ile ise olumlu yönde ilişkisi olduğu gösterilmiştir (Andréasson, 2012; Neff, 2003). Bu sebeple, öz-şefkat ve damgalanmaya direnç arasında olumlu bir ilişkinin görülmesi beklenebilir. Öte yandan, damgalanma direncinin içselleştirilmiş damgalanmadan farklı olduğunu gösteren ve ayrı bir yapı olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgu yapan çalışmada, damgalanmaya karşı direncin benlik saygısı ve yaşam kalitesini ifade eden psikolojik sağlık ile olumlu yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (Lau et al., 2017). Fakat, ayaktan tedavi gören ruhsal bozukluğu olan hastalarla yapılan aynı çalışmada, bulgular örneklemin %82.9'unun yüksek damgalanma direncine sahip olduğu gösterilmiştir (Lau et al., 2017). Bu bulgu, ruhsal hastalık tanısı olan kişilerin yüksek yaygınlık ve ortalama damgalanma direnci puanlarına sahip olduklarını gösteren diğer çalışmalar ile paralellik göstermektedir (Firmin et al., 2016; Lien et al., 2015). Çalışmalar, ruhsal hastalığı olan kişilerin klinik tanı farklılıklarına bakılmaksızın, damgalanmaya karşı benzer bir direnme becerisine sahip olacağını düşündürebilir. Hem yüksek içselleştirilmiş damgalama seviyesine hem de yüksek damgalanma direncine sahip olabilen farklı ruhsal bozukluk tanısı olan hastalarla yapılan çalışma sonucu, bu tez çalışmasının öz-şefkat ile damgalanmaya karşı direnç boyutu arasındaki olumsuz ilişkiyi desteklediği söylenebilir (Picco et al., 2016). Yani içselleştirilmiş damgalanma ile damgalanma direnci birbirini dışlamaz. Damgalanma karşı direncin, bir kişisel güç biçimi (ve ayrıca içselleştirilmiş damgalanmadan ayrı bir yapı) olduğunu ve bununla hastaların içselleştirilmiş damgalanmalarının üstesinden

gelebileceğini ve hayatlarını istedikleri gibi sürdürebileceklerini açıklamıştır. Bu nedenle, bir hastanın içselleştirilmiş damgalanması yüksek olabilir, ancak bu etkiye karşı koymak için yeterli damgalanma direncine sahip olmayabilir.

SUD’u olan bireylerden oluşan örneklemin, içselleştirilmiş damgalanma seviyelerini gösteren betimsel analiz bulgularına göre, RHİDÖ ortalama toplam puanı 71.2, standart sapması ise 17.39 olarak gösterilmiştir. En fazla 112 en düşük 33 puan alınabilen RHİDÖ ölçeğine göre, SUD’u olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin yüksek olduğu görülmektedir. . Yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç ve kalıp yargıların onaylanması alt ölçeklerinden alınan puanların ise sırasıyla, 15.81, 12.29, 15.69, 12.53 ve 14.87 olarak bulunmuştur. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği puanının, özellikle algılanan ayrımcılık ve diğer alt ölçeklerle ile yakın puanda belirlenmiştir. Bu bulgular ise, içselleştirilmiş damgalanma ile damgalanmaya karşı direncin ayrı yapılar olduğunu ve birbirlerini dışlamadıkları gösterebilir.

*H2: Hem alkol hem madde kullanan bireylerin, yalnızca alkol kullanan bireylere kıyasla öz-şefkat seviyeleri anlamlı olarak farklıdır.*

Kullanılan maddeye göre SUD’lu bireylerin öz-şefkat seviyelerinin anlamlı olarak farklılaştığı bulgusu elde edilmiştir. Bulguya göre, alkol kullanan SUD’lu bireylerin hem alkol hem madde kullanan SUD’lu bireylere kıyasla öz-şefkat seviyelerinin yaklaşık %50 oranında daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun sebebi madde de kullanan SUD’lu bireylerin sosyal desteklerinin yetersiz olması sebebiyle olabilir. Alkol, insanların sosyalleşmelerine aracılık eden bir maddedir. Alkol içmek, birçok günlük sosyal etkileşimin ayrılmaz bir parçasını oluşturur. Alkol dünya nüfusunun yaklaşık yarısı tarafından düzenli olarak tüketilmektedir (WHO, 2019) ve bu içmenin büyük kısmı sosyal ortamlarda gerçekleşmektedir (Fairbairn, 2016; Fairbairn ve Sayette, 2013; Heath, D. B., 2012). Yakın tarihli bir çalışmada, alkolün, plasebonun ve alkolsüz kontrol içeceğinin mizah üzerindeki etkisini incelenmiştir. Sonuçlar, alkolün genel gülümseme süresi üzerindeki ana etkisini ve ayrıca toplu mizah derecelendirmelerini ortaya çıkarmıştır (Sayette et al., 2019). İnsanlar, alkolün algılanan olumsuz duyguları yarı yarıya azaltabileceğini ve yabancılar arasında bile sosyal yakınlık duygularına yol açabileceğini gösteren çalışmalarla, alkolü sosyal bağlamdan alınan zevki en fazla artırabilecek

faktörlerden biri olarak tanımlamaktadır (Fairbairn ve Sayette, 2014). Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin, sosyal kontekste alkolü içeren bireylere kıyasla bağımlık gösteren davranışlara sahip olması sebebiyle ruhsal bir bozuklukları vardır ve genel sağlık durumları da kullanımın süresine bağlı olarak kötüleşmektedir (Öztaş, 1990; Yıldırım ve Bozkurt, 1987). AUD bir bağımlılık davranışlarını içermesi sebebiyle her ne kadar ruhsal bir bozukluğa işaret ediyor olsa da, sosyal bağlamda bireylerin hem alkol hem madde kullanan bireylere oranla daha fazla sosyalleşebiliyor olması ve bu sosyalleşme bağlamında sosyal desteklerinin hem madde hem alkol kullanan bireylerden daha fazla olması öz-şefkat seviyelerinin de daha fazla olmasına sebebi olabilir. Çünkü sosyal desteğin bireyin öz-şefkatin içsel kaynağını arttırdığı ve bunun da psikopatolojinin azalmasına neden olduğunu ve sosyal desteğin öz-şefkatli tutumları geliştirebileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Jeon et al., 2016; Maheux ve Price, 2016).

Öz-şefkatli bireyler, daha fazla sosyal kaynağı kolaylaştırdığı ve başkalarından yardım istemeye daha fazla istekli olduğu için, içselleştirilmiş damgalama ve bununla ilişkili olumsuz sonuçlar üzerindeki etkilerini tamponlar. Teorik olarak, öz-şefkat, acı çekme konusunda daha dengeli bir bakış açısını teşvik eder ve ortak bir insanlık duygusunu kucaklar. Bu nedenle, öz-şefkati daha yüksek olan bireylerin, bu nedenle, damgalanma deneyimlerinde kendilerini soyutlanmış hissetme olasılıkları daha düşük olabilir. Özşefkat, diğer insanların da reddedildiğini ve bu deneyimde yalnız olmadığını kabul etmeyi kolaylaştırır. Bu nedenle, öz-şefkati yüksek olanların kendilerini sosyal çevreden geri çekme olasılıkları daha düşük olabilir, ancak çevrelerinde sosyal desteğin mevcudiyetinin daha fazla farkında olabilirler ve başkalarından yardım istemeye daha istekli olabilirler. *H3: Hem alkol hem madde kullanan bireylerin, yalnızca alkol kullanan bireylere kıyasla içselleştirilmiş damgalanma seviyeleri anlamlı olarak farklıdır.*

Kullanılan madde türüne göre içselleştirilmiş damgalanma seviyelerini ölçen RHİDÖ puanlarının Mann-Whitney U testi bulgusuna göre, kullanılan madde türüne göre SUD'lu bireylerin RHİDÖ toplam puanları anlamlı olarak farklılaşmaz iken, sosyal geri çekilme ve yabancılaşma alt ölçek puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı bulgusu elde edilmiştir. Bulgular, RHİDÖ total puanı farklılaşmadığı için hipotezi doğrulamaz iken sosyal geri çekilme ve yabancılaşma alt ölçeklerinin anlamlı farklılaştığı bulgusu elde edilmiştir.

İçselleştirilmiş damgalanma seviyesi yüksek SUD'lu bireylerin tanı ve tedavi süreçlerinin olumsuz etkilendiğini ve sekteye uğradığı, sosyal izolasyon yaşadıklarını ve ruhsal rahatsızları destekleyen sonuçları olduğunu literatürdeki çalışmalar ışığında görmekteyiz (Can ve Tanrıverdi, 2015; Crapanzano et al., 2019; Zwick et al., 2020). Sosyal izolasyon, sosyal bir çevrenin oluşmasını engeller. Sosyal çevrenin eksikliği, sosyal desteğin yetersiz olduğu bir yapıyı oluşturur. Sosyal desteği yetersiz olan bireyler ise damgalanmanın olumsuz etkilerden daha fazla etkilenecektir. Bu durumda, sosyal geri çekilme ve yabancılaşma alt ölçeklerinin SUD'lu bireylerde artmış olması muhtemel olacaktır. Yalnızca alkol kullanan SUD'lu bireylerde ise sosyal geri çekilme ve yabancılaşma alt ölçeklerinin hem alkol hem madde kullanan SUD'lu bireylerden daha düşük olmasının sebebi, madde kullanımının alkole kıyasla toplum tarafından daha yüksek damgalanmaya maruz kalması sebebiyle olabilir. Bulgular, Türk Toplumunda, alkol kullanımı daha ahlaklı, madde kullanımı ise daha ahlaksız olarak damgalanması sebebiyle, alkol bağımlılarının ve de yakınlarının madde bağımlılarını damgaladıkları gösterilen çalışma sonucu ile desteklenmektedir (Arıkan et al., 2004). Kamusal damgalamadaki olumsuz kalıp yargıları kendi benlik kavramına dahil edildiğinde kişi içselleştirilmiş damgalanmaya da maruz kalır. Yani birey kamusal damgalamanın kalıp yargılarına sahiptir. Bu sebeple, kamunun alkol ve madde bağımlılarına oluşturduğu damgalama seviyesi, kamunun alkol ve maddeye olan bakışı, ve bu maddeleri kullanım bozukluğuna olan bakışından etkilenecektir. Arıkan ve diğ. (2004) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, alkol bağımlılığına sahip hastaların, madde bağımlılarına kıyasla daha az damgalanmaya maruz kaldıkları, madde bağımlılarını ise damgalayanların bizzat alkol bağımlıları ve yakınları olduğu bulgusu elde edilmiştir. Bu sebeple, sosyalleşirken de kullanılan ve kullanımı yasak olmayan alkol maddesi bozukluğuna sahip olan bireylerin, madde kullanan bireylere kıyasla kamusal damgalanmaları da farklı olacağı için içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin daha yüksek olmasının ve anlamlı olarak farklılaşmasının sebebi olabilir. Ek olarak, alkol kullanımının madde kullananlara kıyasla, sosyal bağlamda olumlu etkilerinin daha fazla olması sebebi ile daha düşük sosyal geri çekilme ve yabancılaşma görülmüş olabilir.

Çalışma bulgularına bakıldığında, total RHİDÖ ölçek puanının anlamlı olarak farklılaşmasının sebebi, bu kişilerin AA ve NA toplantılarının birer üyesi olması sebebiyle olması muhtemeldir Çünkü AA ve NA toplantılarına katılmanın, damgalanmanın

olumsuz etkilerini azalttığı ve psikolojik iyi oluşlarını artırdığı gösterilmiştir (Johnson et al., 2006; Kelly, 2003; Lembke, 2013; Tonigan et al., 1996).

Öte yandan, alkol ve hem alkol hem madde kullanım bozukluğu olan kişiler arasındaki farklılaşan içselleştirilmiş damgalanma alt ölçeği sosyal geri çekilme ve izolasyon puanlarından yüksek olanların AA ve NA toplantılarına katılım süreleri daha fazla olan bireyler olabilirler. Çalışma bulgularında, AA ve NA ayıklık sürelerinin arttıkça içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin azaldığı görülmektedir. AA/NA toplantılarına katılımın, kişilerin sosyal destek mekanizmalarını kuvvetlendirdiği gösterilmiştir (Groh et al., 2008; Toumbourou et al., 2002). AA ve NA toplantılarına katılan SUD'lu bireyler çevrelerindeki sosyal desteğin daha fazla farkında olabilir, başkalarından yardım istemeye daha istekli olabilir çünkü bu organizasyon içerisinde karşılıklı yardımlaşma grup içerisinde güçlendirilmiştir ve kendilerini sosyal çevreden geri çekme ve yabancılaşmada olasılıkların daha düşük olmasını açıklayabilir. Ayrıca, AA ve NA toplantıları, kişilerin madde kullanımından uzak durabilmesi adına çok yönlü bir değişim programı içermekte ve yüksek başarı oranına sahip olduğu gösterilmektedir (Brown ,2012a).

*H4: SUD'lu bireylerin içselleştirilmiş damgalanma seviyeleri, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, birinci derece akrabalarda SUD'lu birey olup olmaması, AA ve NA toplantılarına katılım süresi ve ayık olma süresine göre farklılaşmaktadır.*

SUD'lu bireylerin, AA ve NA toplantılarına katılım süresine göre içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin farklı olduğu bulgusu elde edilmiş ve AA ve NA katılım süresi demografik bileşeni alt boyutuna göre çalışmanın hipotezi doğrulanmıştır. Toplantılara katılım sürelerine bakıldığında sırasıyla, 3 aydan az, 3 – 6 ay, 6 ay – 1 yıl, 1 – 2 yıl, 3 – 5 yıl, 5 yıldan fazla olma üzere süre arttıkça RHİDÖ seviyelerinin azaldığı görülmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma seviyelerindeki azalma oranları hesaplandığında, 3- 6 aydır AA ve NA toplantısına katılanların 3 aydan az süredir katılanlara oranla %12 oranında, 6 ay – 1 yıl süredir katılanların 3- 6 aydır katılanlara oranla % 6 oranında, 1 – 2 yıldır katılanların 6 ay – 1 yıldır katılanlara oranla %13 oranında, 3 – 5 yıldır katılanların 1-2 yıldır katılanlara oranla %35 oranında, 5 yıldan fazladır katılanların ise 3-5 yıldır katılanlara oranla % 35 oranında RHİDÖ ölçek skorunda azalma olduğu görülmektedir. Süre arttıkça, içselleştirilmiş damgalanma seviyeleri azalmıştır. 3 aydan az katılım gösteren ile 5 yıl ve üzeri katılım gösterenler arasındaki değişim oranı ise % 65

olarak hesaplanabilmektedir. AA ve NA, SUD'luların kendilerine ve diğerlerine yardım edebildikleri bir kuruluş olup, aktif katılımların sosyal değerler üzerinden SUD'lu bireylerin iyi oluşlarını olumlu yönde geliştirdiği bilinmektedir (Johnson et al., 2006; Kelly, 2003; Tonigan et al., 1996).

AA ve NA toplantılarına katılanların bağımlılıklarını başlarda bir damgalanma olarak taşıırken, onurla taşıdıkları bir kimliğe dönüşmesi, bireylerin içsel olarak kendini onaylamaları, onların kimliklerine dair diğer özelliklerinin farkında olmalarına yol açabilir, böylece kendilerini yalnızca SUD'dan oluşan bir kimlik dışında, birçok kimliğin bir bütünü olarak görebilmeleri sebebiyle damgalamadan kaynaklanan olumsuz etkileri hafifleyebilir. AA ve NA grubu üyeleri birbirlerini sosyal olarak desteklemektedirler. Sosyal destek, damgalanmanın tamponlanmasında ve içselleştirilmesinin engellenmesinde görev görmektedir (Birtel et al., 2017). Sosyal destek, öz-şefkat aracılığı ile SUD'lu bireylerin içselleştirilmiş damgalanma seviyelerini azaltmış olabilir. Çünkü öz-şefkat, bireylerin damgalanma stres değerlendirmesini geliştirerek, kamusal damgalamanın ve içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz sonuçlar üzerindeki etkilerini tamponlamaya yardımcı olabilir. Damgalanma stres değerlendirmesinin, yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama ile düşük benlik saygısı seviyeleri ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili artmış sosyal kaygı ve utanç ile bağlantılı olduğunu gösterilmiştir (Rüsch et al., 2014).

Bu tez araştırma bulgularında, cinsiyete göre RHİDÖ total puanının ve alt ölçek puanlarının anlamlı olarak farklılaşmadığı sonucu elde edilmiştir. Literatürde, Opioid kullanım bozukluğu olan erkeklerde içselleştirilmiş damgalanma seviyesinin daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (Akdağ et al., 2018). Bunu sebebinin madde kullanan erkeklerin daha fazla tehlikeli davranışlar ve agresyonlar gösteriyor olması öne sürülmüştür. Öte yandan bazı çalışmalarda ise SUD'u olan kadınların erkeklerden daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma seviyesine sahip oldukları raporlanmıştır (Brohan et al., 2010; Werner, P. et al., 2008).

Eğitim seviyelerine göre RHİDÖ total puanı ve alt ölçeklerinden yabancılaşma ve kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğinin anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin total ölçek puanı için en düşükten en yükseğe sırasıyla, Üniversite, İlköğretim ve Lise mezunu bulgusu elde edilmiştir. Yükseköğretim

gören SUD'lu bireylerin en düşük damgalanma seviyesine, lise mezunu bireylerin ise en yüksek içselleştirilmiş damgalanma seviyesine sahip oldukları görülmektedir. Bu bulgu, SUD'lu hastalarda eğitim düzeyi arttıkça damgalanma seviyelerinin azaldığını gösteren mevcut çalışmalar ile desteklenmektedir (Arıkan et al., 2004; Werner et al., 2009). Akdağ ve diğ. (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, eğitim seviyesine göre içselleştirilmiş damgalanma seviyesi anlamlı olarak farklılaşmaz iken, düzenli işi olanların olmayanlara kıyasla içselleştirilmiş damgalanma seviyeleri daha düşük bulunmuştur. Bir diğer çalışmada ise, SUD'lu bireylerden yükseköğrenime sahip olmayanların içselleştirilmiş damgalanma seviyeleri daha yüksek bulunmuştur (Taieb et al., 2012).

Yabancılaşma alt ölçeğinin, ilköğretim mezunu SUD'lu bireylerde üniversite mezunu kişilere kıyasla daha düşük olduğu bulgusu elde edilirken, lise mezunu SUD'lu bireylerin yabancılaşma alt ölçeği puanı ise ilköğretim mezunlardan ve üniversite mezunlarından yüksek bulunmuştur. Örneklemedeki ilköğretim mezunu (45), lise (111) ve üniversite mezunu (114) bireylerin sayılarının homojen dağılmıyor olması sebebi olabilir. Öte yandan, kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği puanlarına göre, lise mezunu SUD'lu bireyler en yüksek puanı alırken, üniversite mezunu SUD'lu bireyler ise en düşük puanı almıştır. Bu sonuç, mevcut çalışmalar ile paralellik taşımaktadır (Arıkan et al., 2004; Werner et al., 2009).

Medeni duruma göre SUD'lu bireylerin içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin ise anlamlı olarak farklılık göstermediği bulgusu elde edilmiştir. Akdağ ve diğ. (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışma bulgusu ile paralellik göstermektedir. Bekar, boşanmış ve evli olmak, SUD'lu bireylerin, içselleştirilmiş damgalama seviyelerini değiştirmemektedir. Birinci dereceden akrabalarında SUD'lu birey olup olmamasına göre ise, SUD'lu bireylerin içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin farklılaşmadığı bulgusu elde edilmiştir.

H5: SUD'lu öz-şefkat seviyeleri, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, birince derece akrabalarda SUD'lu birey olup olmaması, AA ve NA toplantılarına katılım süresi ve ayık olma süresine göre farklılaşmaktadır.

Katılımcıların öz-şefkat düzeyleri ÖZAN'dan aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri göz önünde bulundurularak düşük, orta ve yüksek olarak belirlenebilir.

En düşük 31 en fazla 121 puan alınabilen bu ölçek betimsel analiz sonuçlarına göre, AA ve NA toplantılarına devam eden SUD'lu bireylerin Öz-anlayış ÖZAN ölçek ortalama puanı 70.7, standart sapma ise 20'dir. Bu bulgular, ÖZAN skoru en az 50 ve altında olanlar düşük, 51-90 arasındaysa orta düzey, 91 ve üzeri ise yüksek düzeyde öz-şefkate sahiptir. Öz-şefkat seviyelerinin AA/NA toplantıların katılım süresi ile anlamlı olarak farklılaştığı ve süre arttıkça öz-şefkat seviyelerinin de arttığı bulgusu elde edilmiştir. Öte yandan, ayık kalma süreleri arttıkça, içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin azaldığını ve ayık kalma sürelerinin içselleştirilmiş damgalanma ve öz-şefkat seviyelerindeki değişime göre anlamlı olarak farklılaştığı gösterilmiştir. Bu bulgulara göre, SUD'lu bireyler için AA ve NA toplantılarının, içselleştirilmiş damgalanmaya karşı tamponlayıcı bir etki gösterdiği ve katılım süresi arttıkça RHİDÖ seviyesinin azaldığı ve öz-şefkat seviyesinin arttığı görülmektedir. AA ve NA, SUD'u olan kişilerin kendi kendine yardım edebildikleri en büyük ve en sağlam organize kuruluşudur (Humphreys, 2003). Bu çalışma grubuna aktif katılımların, psikolojik, sosyal değerler dahil olmak üzere iyi oluşu iyileştirdiğine dair literatürde ampirik çalışmalar mevcuttur (Johnson et al., 2006; Kelly, 2003; Tonigan et al., 1996). Üyeler, kendilerini "alkolik" veya "madde bağımlısı" olarak tanımlarken, başlangıçta yeni insanlar için bu bir damgalanma kaynağı iken, zamanla bir onur rozeti haline gelir ve ters bir damgalanma ortaya çıkmaktadır (Lembke, 2013). Üyelerin tüm alkol ve diğer bağımlılık yapıcı madde ve davranışları bırakma, toplantılara katılma, '12 adımda çalışma' ve damgalanmış bir kimliği benimseme istekliliği, hem onları üye olarak taahhüt eder hem de iyileşmek için bütüncü olan ayık bir sosyal ağ oluşturmaktadır (Lembke, 2013). AA/NA toplantılarına katılımların içselleştirilmiş damgalanma seviyesini azalttığına ilişkin tez çalışması bulguları, SUD'lu bireylerin bu toplantılarla içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin azaldığını gösteren literatürdeki çalışma sonuçları desteklenmektedir. (Mcgonagle, 1994; White, 2009). Damgalanma, bir ego tehdidi olarak görülebilmektedir; Bu nedenle, içsel kendini onaylama, damgalanmış bireylerin genel öz-bütünlük duygusuna destek vererek, kamusal ve içselleştirilmiş damgalanmaya karşı mücadele edebilir. Herkesin birden fazla kimliği vardır (örneğin etnik, ailevi, profesyonel, dini ve siyasi kimlikler) ve damgalanmış bir kimlik, insanların içinde yaşadığı birçok kimlikten sadece biridir. İçsel olarak kendini onaylama, damgalanmış bireylere diğer değerli kimliklerini ve temel kişisel değerlerini hatırlatarak ve onların evrensel kişisel bütünlük duygularını geri yükleyerek kamusal damgalamadan

ve böylece içselleştirilmiş damgalanmadan kaynaklanan tehdidin azaltılmasına yardımcı olabilir (Cook et al, 2014). Teorik olarak öz-şefkat koşulsuzdur ve herkesin şefkat ve anlayışı hak ettiği temeli üzerine kuruludur (Neff ve Vonk, 2009). Bu nedenle, öz-şefkatli bireylerin, damgalanmış kimliklerini yani kendilerini sert bir şekilde yargılamaları daha az olasıdır ve ayrıca damgalama deneyimlerini gereksiz yere kendi benlik kavramlarının merkezine (ör. , farkındalık) koymazlar çünkü kusurlu olmanın paylaşılan bir insan deneyimi olduğunun farkındadırlar. Bu nedenle, damgalanmış kimliklerine takılma olasılıkları daha düşüktür. Bunun yerine, damgalanmış kimliklerine, damgalanmamış alternatif kimliklerine ve diğer temel kişisel özelliklerine eşit değer vererek dengeli bir öz-bütünlük duygusu yaşayabilirler.

Yapılan kesitsel çalışmalar da, öz-şefkatin, bütünleştirici öz-bilgi (yani, geçmiş ve şimdiki öz-deneyimi bütünleştirmeye yönelik uyarlanabilir kapasite) ve ego-bütünlüğü (yani, bilgeliğin bir bileşimi, bütünlük, entegrasyon ve kişinin geçmiş deneyimiyle ilgili kabul) gibi daha yüksek kimlik bütünleştirme kapasiteleri ve ayrıca düşük ego odaklı tepkisellik seviyeleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir. (Ghorbani et al., 2012; Phillips ve Ferguson, 2013). Öz-şefkati teşvik etmek, bireylerin tehdit sistemini devre dışı bırakabilir ve sıcaklık/yatıştırıcı sistemlerini harekete geçirebilir (Gilbert ve Irons, 2005; Gilbert ve Procter, 2006). Ampirik çalışmalar, öz-şefkatin daha az ego savunması sosyal onay konusunda daha az benlik saygısı ve daha olumlu yeniden çerçeveleme ile bağlantılı olduğunu göstermektedir (Neff ve Vonk, 2009; Sirois et al., 2015). Daha az ego savunma mekanizmalarını kullanan ve olumsuz durumları olumlu bir ışık altında daha iyi görebilen öz-şefkatli bireyler, bu nedenle, damgalanma deneyimlerini daha az tehdit edici olarak görebilirler.

AA ve NA toplantılarına katılma ve ayık kalma süresi arttıkça, içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin düşmesi ve öz-şefkat seviyelerinin artmasının bir diğer sebebi, öz-şefkatli bireylerin, damgalanmayla başa çıkmak için daha fazla kaynağa sahip olduklarını algılayabilme potansiyeli olabilir. Ampirik çalışmalar, öz-şefkatin öz-yeterlik, özerklik, yeterlilik duygusu, bilişsel esneklik ve uyarlanabilir başa çıkma gibi daha içsel kaynaklarla ilgili algılanan sosyal destek ve topluluğa ait olma duygusu gibi kişilerarası kaynaklar ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Costa ve Pinto-Gouveia, 2013; Iskender, 2009; Martin et al., 2011).

Öz-şefkatin, kronik fiziksel ve zihinsel hastalılar arasında duygu düzenleyici bir mekanizması olduğu bilinmektedir. Aynı şekilde, öz-şefkat duygu düzenlemeyi kolaylaştırarak damgalanmayla baş etmeye yardımcı olabilir. Teorik olarak, öz-şefkatli bir tutum, damgalanmış bireylerin damgalanmayla ilgili düşünce ve duygularına farkındalık getirmelerine ve sıkıntılarına nezaket, anlayış, ortak bir insanlık duygusu ve dengeli bir bakış açısı ile yaklaşımlarına izin veren duygusal dinginlik sağlar (Neff, 2003). Kendi sıkıntılarına daha uyumlu bir yaklaşımla, öz-şefkatli bireylerin damgalanmayla ilgili düşünce ve duyguları üzerinde daha az düşünmeleri daha olasıdır. Ayrıca, öz-şefkatli bireyler, olumsuz bilişleri ve duyguları yeniden çerçeveleme ve daha olumlu olanlara dönüştürme konusunda daha yetenekli olabilirler (Neff, 2003). Böylece içselleştirilmiş damgalanma hafifleyebilir ve kamusal damgalamayla daha etkili başa çıkmayı kolaylaştırabilir.

Cinsiyet, medeni durum ve birinci dereceden SUD'lu akrabaya sahip olma değişkenlerine göre SUD'lu bireylerin öz-şefkat seviyelerinin anlamlı olarak farklılaşmadığı, eğitim seviyesine göre ise farklılaştığı bulgusu elde edilmiştir. Lise mezunu olan SUD'lu bireylerin öz-şefkat seviyesi ilköğretim ve üniversite mezunu olanlardan daha düşük, ilköğretim mezunu olan bireylerin ise öz-şefkat seviyeleri üniversite eğitim seviyesine sahip SUD'lu bireylerden biraz yüksek, lise eğitim seviyesindekilerden ise daha yüksek bulunmuştur. İlköğretim ve yüksek öğretim seviyesinden biraz yüksek, lise mezunlarından ise daha fazla çıkmasının sebebi, ilköğretim mezunu olan kişilerin daha fazla ayık kalma sürelerine sahip olmaları ve AA ve NA toplantılarına katılım sürelerinin daha uzun olması olabilir. Katılımcıların yaklaşık yarı yarıya dağılım gösterdiği bir çalışmada, düşük eğitim seviyesine sahip kadınların özşefkatlerinin daha yüksek olduğu, genel örneklem üzerinden analiz edildiğinde eğitim seviyesinin düştükçe öz-şefkat seviyesinin azaldığı rapor edilmiştir (López et al., 2018). İlk ve orta öğretim eğitim seviyesine sahip olanların lise eğitim seviyesine oranla daha düşük, lise eğitim seviyesine sahip olanların ise yükseköğretim seviyesine göre daha düşük öz-şefkat seviyesine sahip olduğu bildirilmiştir. (López et al., 2018). Öte yandan, kadınların maruz kaldıkları toplumsal cinsiyet sebebiyle daha düşük öz-şefkat sahip olduğuna dair yaklaşımlar ve çalışmalar mevcut iken, cinsiyetin öz-şefkat üzerindeki farklılıkları üzerine yapılan bir meta-analiz çalışmasında öz-şefkat düzeylerinin

kadınların erkelerden biraz düşük olduğu, fakat etnik özellikleri değişen örneklerde bu farkında daha büyük olduğunu gösteren çalışmalar bildirilmiştir (Yarnell et al., 2015).

Literatürde öz-şefkat ile SUD, SUD ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik sınırlı çalışmalar bulunması, bu tez çalışmasının NA ve AA toplantılarına katılan SUD'lu bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve öz-şefkat arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olması sebebiyle önemlidir.

## **BÖLÜM 6 SONUÇ VE ÖNERİLER**

SUD'u olan bireylerin hastalığına ilişkin algılanan, kamusal ve içselleştirilmiş damgalarla başa çıkma yeteneğini geliştirmek için ilgili terapötik yönelimlerle çalışmak damgalanmayla mücadelede ve hayatlarını bir bütün olarak iyileştirmede çok önemli bir rol oynayacaktır. Damgalanmaya karşı direnç seviyesinin arttırdığına ilişkin etkinliği gösterilmiş çalışma ve uygulamaların, SUD tedavi ve merkezlerinde hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilebilmek adına programa tabi tutulması önem arz edecektir.

Kültürel değerlerin ve inançlar da dahil edilerek içselleştirilmiş damgalama ile olan ilişkisini incelemek adına çalışmaların yapılması önemlidir.

Literatürdeki çalışmaların azlığı sebebiyle, öz-şefkat ile içselleştirilmiş damgalanma alt ölçeği damgalanmaya karşı direnç arasındaki ilişkinin açıklanabilmesi adına daha fazla çalışmanın yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Bir hastanın içselleştirilmiş damgalanması yüksek olabilir, ancak bu etkiye karşı koymak için yeterli damgalanma direncine sahip olması da önemlidir. Bu nedenle, içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek veya düşük olmasına bakılmaksızın, tedaviler, iyileşmede merkezi bir rol oynayarak içselleştirilmiş damgalanmanın etkilerini azaltmaya yardımcı olabileceğinden, hastalarda damgalanma direncini artırmaya odaklanmalıdır.

Öz-şefkat ile damgalanmaya karşı direnç arasındaki olumsuz ilişkiyi doğru değerlendirebilmek adına, damgalanmaya karşı direnci kapsamlı ölçen bir envanter ile öz-şefkat arasındaki ilişkinin incelenmesine dair daha fazla çalışmanın yapılması önemlidir.

Hem madde hem alkol kullanan bireyler ile alkol kullanan bireyler arasındaki özşefkat ve içselleştirilmiş damgalanmanın farklılaşmasında, yalnızca alkol kullanan SUD'lu

bireylerin sosyal bağlamda bireylerin hem madde hem alkol kullananlara kıyasla sosyal desteklerinin aracı rolü incelenebilir.

İçselleştirilmiş damgalanma, kamusal damgalanmadan etkilenmektedir. Hangi kişinin yaşadığı toplumun etnik özellikleri, kullanım bozukluğuna neden olan maddenin cinsine göre içselleştirilmiş damgalanma seviyesi farklılaşabilmektedir. Bu sebeple, Türk Toplumunun kamusal damgalamasını farklı bir toplumun kamusal damgalaması ile karşılaştırabilmek, içselleştirilmiş damgalamanın bileşenlerini anlamak ve uygun tedavi yolları geliştirmek adına önemli olabilir. Ayrıca, Türkiye coğrafyasında yaşayan herkes Türk Toplumunun bir parçası olsa da, farklı bölgelerde yaşayanların kamusal damgalanmaları farklı atıflar içerebilir. Bu açıdan, bu farklılıkların çalışılması, kişilerin kullandıkları madde türüne farklı içselleştirilmiş damgalama seviyelerine sahip olmalarını açıklayabilir.

Bu çalışma genişletilerek, SUD'lu bireylerin içselleştirilmiş damgalama ve kamusal damgalamalarına öz-şefkat ve algılanan sosyal desteğin aracılık etkisi incelenebilir.

## KAYNAKLAR

- Adewuya, A. O., Owoeye, A. O., Erinfolami, A. O., & Ola, B. A. (2011). Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 418-427.
- Akdağ, E. M., Kotan, V. O., Kose, S., Tıkır, B., Aydemir, M. Ç., Okay, İ. T., . . . Özkaya, G. (2018). *The relationship between internalized stigma and treatment motivation, perceived social support, depression and anxiety levels in opioid use disorder. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(4), 394-401.
- Ali, A., Hassiotis, A., Strydom, A., & King, M. (2012). *Self stigma in people with intellectual disabilities and courtesy stigma in family carers: A systematic review. Research in developmental disabilities*, 33(6), 2122-2140.
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). *Self-Compassion, stress, and coping. Social and personality psychology compass*, 4(2), 107-118.
- Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). *Self-compassion and well-being among older adults. Self and identity*, 11(4), 428-453.
- Allport, G. W., Clark, K., & Pettigrew, T. (1954). *The nature of prejudice*.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., & Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 113-132.
- Andréasson, P. D. (2012). *Validation of the Self-Compassion Scale: Correlations with the Beck Depression Inventory-II*.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Edition, Fifth)*. *Am Psychiatric Assoc*, 21.
- Arikan, Z., Yasin Genç, D., Çetin Etik, D., Aslan, S., & Parlak, P. İ. (2004). *ALKOL VE DİĞER MADDE BAĞIMLILIKLARINDA HASTALAR VE YAKINLARINDA ETİKETLEME. Journal of Dependence*, 5, 52-56.
- Arndt, J., Greenberg, J., Schimmel, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (2002). To belong or not to belong, that is the question: Terror management and identification with gender and ethnicity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(1), 26.
- Atalay, Z. (2019). *Şefkat-Zorlayıcı Duygu ve Durumlarla Yaşayabilme Sanatı. İnkilap Kitapevi*.
- Babor, T. F., Higgins-biddle, J. C., Manual, A., & Care, U. P. (2001). *World Health Organization*.
- Bardo, M. T., & Risner, M. E. (1985). Biochemical substrates of drug abuse *Determinants of substance abuse* (pp. 65-99): Springer.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). *Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. Review of general psychology*, 15(4), 289-303.
- Barr, N., Davis, J. P., Diguseppi, G., Keeling, M., & Castro, C. (2019). *Direct and indirect effects of mindfulness, PTSD, and depression on self-stigma of mental illness in OEF/OIF veterans. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.

- Baumeister, R. F. (1993). Understanding the inner nature of low self-esteem: Uncertain, fragile, protective, and conflicted *Self-esteem* (pp. 201-218): Springer.
- Begun, A. L., Bares, C. B., & Chartier, K. G. (2020). Social environmental contexts of addictive behavior *The Routledge Handbook of Social Work and Addictive Behaviors* (pp. 110-128): Routledge.
- Birtel, M. D., Wood, L., & Kempa, N. J. (2017). *Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. Psychiatry research, 252*, 1-8.
- Black, D. W., & Grant, J. E. (2014). *DSM-5® guidebook: the essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders*: American Psychiatric Pub.
- Boomgarden, S. (2021). *Mindfulness Increases Help-Seeking by Buffering Against SelfStigma*.
- Boyd, J. E., Otilingam, P. G., & DeForge, B. R. (2014). *Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. Psychiatric rehabilitation journal, 37(1)*, 17.
- Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). *The community's tolerance of the mentally ill. The British Journal of Psychiatry, 162(1)*, 93-99.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & Group, G.-E. S. (2010). *Selfstigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. Schizophrenia research, 122(1-3)*, 232-238.
- Brook, J. S., Cohen, P., Whiteman, M., & Gordon, A. S. (1992). *Psychosocial risk factors in the transition from moderate to heavy use or abuse of drugs*.
- Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2012). *Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. Mindfulness, 3(4)*, 308-317.
- Brown, S. A., Kramer, K., Lewno, B., Dumas, L., Sacchetti, G., & Powell, E. (2015). *Correlates of self-stigma among individuals with substance use problems. International Journal of Mental Health and Addiction, 13(6)*, 687-698.
- Cadoret, R. J. (1992). *Genetic and environmental factors in initiation of drug use and the transition to abuse*.
- Can, G., & Tanrıverdi, D. (2015). *Social functioning and internalized stigma in individuals diagnosed with substance use disorder. Archives of Psychiatric Nursing, 29(6)*, 441-446.
- Carman, R. S. (1979). *Motivations for drug use and problematic outcomes among rural junior high school students. Addictive Behaviors, 4(1)*, 91-93.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., . . . Obert, J. L. (2006). *Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. Drug and alcohol dependence, 81(3)*, 301-312.
- Cavelti, M., Kvrđic, S., Beck, E.-M., Rüşch, N., & Vauth, R. (2012). *Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. Comprehensive Psychiatry, 53(5)*, 468-479.
- Chan, K. K. S., Yung, C. S. W., & Nie, G. M. (2020). *Self-compassion buffers the negative psychological impact of stigma stress on sexual minorities. Mindfulness, 11(10)*, 23382348.

- Chaudhury, S., Prakash, J., Walia, T., Seby, K., Sukumaran, S., & Kumari, D. (2010). *Psychological Distress in Alcohol Dependence Syndrome. SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health, 17*(1).
- Cook, J. E., Purdie-Vaughns, V., Meyer, I. H., & Busch, J. T. (2014). Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health. *Social science & medicine, 103*, 101-109.
- Corrigan, P. (2004). *How stigma interferes with mental health care. American Psychologist, 59*(7), 614.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). *The paradox of self-stigma and mental illness. Clinical psychology: Science and practice, 9*(1), 35.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsçh, N. (2011). *Examining a progressive model of selfstigma and its impact on people with serious mental illness. Psychiatry research, 189*(3), 339-343.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). *The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. Journal of social and clinical psychology, 25*(8), 875-884.
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2013). *Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. Journal of Applied Social Psychology, 43*(8), 1578-1591.
- Crapanzano, K. A., Hammarlund, R., Ahmad, B., Hunsinger, N., & Kullar, R. (2019). *The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. Substance abuse and rehabilitation, 10*, 1.
- Crocker, J., & Major, B. (1989). *Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. Psychological review, 96*(4), 608.
- Crocker, J., & Park, L. E. (2004). *The costly pursuit of self-esteem. Psychological bulletin, 130*(3), 392.
- Cumming, C., Troeung, L., Young, J. T., Kelty, E., & Preen, D. B. (2016). *Barriers to accessing methamphetamine treatment: a systematic review and meta-analysis. Drug and alcohol dependence, 168*, 263-273.
- da Silveira, P. S., Casela, A. L. M., Monteiro, E. P., Ferreira, G. C. L., de Freitas, J. V. T., Machado, N. M., . . . Ronzani, T. M. (2018). *Psychosocial understanding of selfstigma among people who seek treatment for drug addiction. Stigma and Health, 3*(1), 42.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., & Ruan, W. J. (2005). *The association between stress and drinking: modifying effects of gender and vulnerability. Alcohol and alcoholism, 40*(5), 453-460.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B., & Broekaert, E. (2011). *A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals. International journal of nursing studies, 48*(10), 1244-1257.
- Devine, P. G. (1989). *Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. Journal of personality and social psychology, 56*(1), 5.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). *Selfcompassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. Behaviour research and therapy, 58*, 43-51.
- Dongier, M. (2005). *What are the treatment options for comorbid alcohol abuse and depressive disorders? Journal of Psychiatry and Neuroscience, 30*(3), 224.
- Donovan, J. E., Jessor, R., & Jessor, L. (1983). *Problem drinking in adolescence and young adulthood. A follow-up study. Journal of studies on alcohol, 44*(1), 109-137.

- Doyle, D. M., & Molix, L. (2015). *Social stigma and sexual minorities' romantic relationship functioning: A meta-analytic review*. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 41(10), 1363-1381.
- Earnshaw, V. A., Lang, S. M., Lippitt, M., Jin, H., & Chaudoir, S. R. (2015). HIV stigma and physical health symptoms: Do social support, adaptive coping, and/or identity centrality act as resilience resources?. *AIDS and Behavior*, 19(1), 41-49.
- Edition, F. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. *Am Psychiatric Assoc*, 21.
- Erensoy, H., Berkol, T. D., Balcioglu, Y. H., & Aytaç, H. M. *Prevalence, Clinical Features and Comorbidities of Alcohol and Substance Use Disorders Among Patients Admitted to Psychiatry Outpatient Clinic*.
- Ersoy, M. A., & Varan, A. (2007). *Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması*. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-171.
- Facts, A. O. (2014). Centers for Disease Control and Prevention 2013.
- Fairbairn, C. E. (2016). *A nested frailty survival approach for analyzing small group behavioral observation data*. *Small Group Research*, 47(3), 303-332.
- Fairbairn, C. E., & Sayette, M. A. (2013). *The effect of alcohol on emotional inertia: a test of alcohol myopia*. *Journal of abnormal psychology*, 122(3), 770.
- Fairbairn, C. E., & Sayette, M. A. (2014). *A social-attribitional analysis of alcohol response*. *Psychological bulletin*, 140(5), 1361.
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). *Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling*. *PloS one*, 10(7), e0133481.
- Firmin, R. L., Luther, L., Lysaker, P. H., Minor, K. S., & Salyers, M. P. (2016). *Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes: A meta-analysis*. *Schizophrenia research*, 175(1-3), 118-128.
- Fortney, J., Mukherjee, S., Curran, G., Fortney, S., Han, X., & Booth, B. M. (2004). *Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers*. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(4), 418-429.
- Fung, K. M., Tsang, H. W., & Corrigan, P. W. (2008). *Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment*. *Psychiatric rehabilitation journal*, 32(2), 95.
- Galvan, F. H., Davis, E. M., Banks, D., & Bing, E. G. (2008). HIV stigma and social support among African Americans. *AIDS patient care and STDs*, 22(5), 423-436.
- George, D. T., Nutt, D., Dwyer, B., & Linnoila, M. (1990). *Alcoholism and panic disorder: is the comorbidity more than coincidence?* *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(2), 97-107.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Chen, Z., & Norballa, F. (2012). *Self-compassion in Iranian Muslims: Relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation*. *International Journal for the Psychology of Religion*, 22(2), 106-118.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). *Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking*.

- Gilbert, P., & Irons, C. (2009). *Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders, 1*, 195214.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). *Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 13*(6), 353-379.
- Glantz, M. D., & Pickens, R. W. (1992). *Vulnerability to drug abuse*: American Psychological Association.
- Goffman, E. (1963). *Embarrassment and social organization*.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*: Simon and Schuster.
- Green, K. M., Zebrak, K. A., Fothergill, K. E., Robertson, J. A., & Ensminger, M. E. (2012). *Childhood and adolescent risk factors for comorbid depression and substance use disorders in adulthood. Addictive Behaviors, 37*(11), 1240-1247.
- Groh, D. R., Jason, L. A., & Keys, C. B. (2008). *Social network variables in alcoholics anonymous: A literature review. Clinical psychology review, 28*(3), 430-450.
- Gupta, P., Panda, U., Parmar, A., & Bhad, R. (2019). *Internalized stigma and its correlates among treatment seeking opium users in India: A cross-sectional observational study. Asian journal of psychiatry, 39*, 86-90.
- Hall, C. W., Row, K. A., Wuensch, K. L., & Godley, K. R. (2013). *The role of self-compassion in physical and psychological well-being. The Journal of psychology, 147*(4), 311-323.
- Hammarlund, R., Crapanzano, K., Luce, L., Mulligan, L., & Ward, K. (2018). *Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug-and alcohol-use disorders. Substance abuse and rehabilitation, 9*, 115.
- Hartman, A. (1995). *Diagrammatic assessment of family relationships. Families in society, 76*(2), 111-122.
- Hasson-Ohayon, I. (2012). *Integrating cognitive behavioral-based therapy with an intersubjective approach: Addressing metacognitive deficits among people with schizophrenia. Journal of Psychotherapy Integration, 22*(4), 356.
- Hasson-Ohayon, I., Levy, I., Kravetz, S., Vollanski-Narkis, A., & Roe, D. (2011). *Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness. Comprehensive Psychiatry, 52*(1), 75-80.
- Hasson-Ohayon, I., Or, S. E. B., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Roe, D. (2012). *Insight into mental illness and self-stigma: the mediating role of shame proneness. Psychiatry Research, 200*(2-3), 802-806.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological bulletin, 112*(1), 64.
- Hays, J. T., & Spickard, W. A. (1987). *Alcoholism. Journal of General Internal Medicine, 2*(6), 420-427.
- Health, A. I. o., & Welfare. (2004). *2004 National drug strategy household survey: first results*: Australian Institute of Health and Welfare.
- Heath, D. B. (2012). *Drinking occasions: Comparative perspectives on alcohol and culture*: Routledge.

- Heath, P. J., Brenner, R. E., Lannin, D. G., & Vogel, D. L. (2018). *Self-compassion moderates the relationship of perceived public and anticipated self-stigma of seeking help. Stigma and Health, 3*(1), 65.
- Hilbert, A., Braehler, E., Schmidt, R., Löwe, B., Häuser, W., & Zenger, M. (2015). *Selfcompassion as a resource in the self-stigma process of overweight and obese individuals. Obesity facts, 8*(5), 293-301.
- Humphreys, K. (2003). *Circles of recovery: Self-help organizations for addictions.*
- Iskender, M. (2009). *The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. Social Behavior and Personality: an international journal, 37*(5), 711-720.
- Jeon, H., Lee, K., & Kwon, S. (2016). *Investigation of the structural relationships between social support, self-compassion, and subjective well-being in Korean elite student athletes. Psychological Reports, 119*(1), 39-54.
- Johnson, J. E., Finney, J. W., & Moos, R. H. (2006). *End-of-treatment outcomes in cognitive-behavioral treatment and 12-step substance use treatment programs: Do they differ and do they predict 1-year outcomes? Journal of Substance Abuse Treatment, 31*(1), 41-50.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Catalyzing movement towards a more contemplative/sacredappreciating/non-dualistic society.* Paper presented at the Meeting of the working group.
- Kandel, D. B., & Logan, J. A. (1984). *Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. American journal of public health, 74*(7), 660-666.
- Kandel, D., & Faust, R. (1975). *Sequence and stages in patterns of adolescent drug use. Archives of general psychiatry, 32*(7), 923-932.
- Kelly, J. F. (2003). *Self-help for substance-use disorders: History, effectiveness, knowledge gaps, and research opportunities. Clinical psychology review, 23*(5), 639-663.
- Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C.-R., Berry, A., & Harlow, T. (1993). *There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. Journal of personality and social psychology, 65*(6), 1190.
- Kim, M. A., & Yi, J. (2014). *Life after cancer: How does public stigma increase psychological distress of childhood cancer survivors? International journal of nursing studies, 51*(12), 1605-1614.
- Klik, K. A. (2015). *Risk and protective factors of internalized mental illness stigma (Doctoral dissertation, East Tennessee State University).*
- Klik, K. A. (2015). *Risk and protective factors of internalized mental illness stigma.* East Tennessee State University.
- Kondrat, D. C., & Early, T. J. (2011). *Battling in the trenches: Case managers' ability to combat the effects of mental illness stigma on consumers' perceived quality of life. Community mental health journal, 47*(4), 390-398.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). *Selfcompassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. Behavior therapy, 44*(3), 501-513.

- Kushner, M. G., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). *The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. Clinical psychology review, 20*(2), 149-171.
- Lau, Y. W., Picco, L., Pang, S., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). *Stigma resistance and its association with internalised stigma and psychosocial outcomes among psychiatric outpatients. Psychiatry research, 257*, 72-78.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). *Selfcompassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. Journal of personality and social psychology, 92*(5), 887.
- Lembke, A. (2013). *Sacrifice, stigma, and free-riding in Alcoholics Anonymous (AA): A new perspective on behavior change in self-help organizations for addiction. Unpublished master's thesis, Stanford University. Retrieved from [http://www.chapman.edu/research-and-institutions/institute-religion-economicsociety/\\_files/guest-lectures/lembkepaper.pdf](http://www.chapman.edu/research-and-institutions/institute-religion-economicsociety/_files/guest-lectures/lembkepaper.pdf).*
- Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer.
- Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic review, 58*(3), 419-438.
- Lewis, M. (1998). *Shame and stigma.*
- Lien, Y.-J., Kao, Y.-C., Liu, Y.-P., Chang, H.-A., Tzeng, N.-S., Lu, C.-W., & Loh, C.-H. (2015). *Internalized stigma and stigma resistance among patients with mental illness in Han Chinese population. Psychiatric Quarterly, 86*(2), 181-197.
- Link, B. G. (1987). *Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. American sociological review, 96*-112.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. Social Science & Medicine, 71*(12), 2150-2161.
- Lloyd, D. A., & Turner, R. J. (2008). *Cumulative lifetime adversities and alcohol dependence in adolescence and young adulthood. Drug and alcohol dependence, 93*(3), 217-226.
- Logie, C., & Gadalla, T. (2009). *Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. AIDS care, 21*(6), 742-753.
- López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., & Schroevers, M. J. (2018). *Compassion for others and self-compassion: Levels, correlates, and relationship with psychological well-being. Mindfulness, 9*(1), 325-331.
- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). *Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in acceptance and commitment therapy. Current opinion in psychology, 2*, 97-101.
- Luoma, J. B., O'Hair, A. K., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2010). *The development and psychometric properties of a new measure of perceived stigma toward substance users. Substance use & misuse, 45*(1-2), 47-57.
- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., & Fisher, G. (2007). *An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. Addictive Behaviors, 32*(7), 1331-1346.
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Warman, D. M., Strasburger, A., & Beattie, N. (2007). *Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations across 6 months. Psychiatry research, 149*(1-3), 89-95.

- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). *Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders*. *Schizophrenia bulletin*, 33(1), 192-199.
- Lyu, K. Y., Lee, K., & Bejerano, I. L. (2017). *Factors related to internalization of stigma for alcohol dependence among Korean men*. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 45(1), 127-142.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). *Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology*. *Clinical psychology review*, 32(6), 545-552.
- Maheux, A., & Price, M. (2016). *The indirect effect of social support on post-trauma psychopathology via self-compassion*. *Personality and Individual Differences*, 88, 102-107.
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). *The social psychology of stigma*. *Annu. Rev. Psychol.*, 56, 393-421.
- Mak, W. W., & Kwok, Y. T. (2010). *Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong*. *Social science & medicine*, 70(12), 2045-2051.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., & Kivlahan, D. R. (1988). *Addictive behaviors: Etiology and treatment*. *Annual review of Psychology*, 39(1), 223-252.
- Martin, J., Pescosolido, B., & Tuch, S. (2000). *Of fear and loathing: The role of*.
- Martin, M. M., Stiggers, S. M., & Anderson, C. M. (2011). *The relationships between cognitive flexibility with dogmatism, intellectual flexibility, preference for consistency, and self-compassion*. *Communication Research Reports*, 28(3), 275-280.
- Mattoo, S. K., Sarkar, S., Gupta, S., Nebhinani, N., Parakh, P., & Basu, D. (2015). *Stigma towards substance use: comparing treatment seeking alcohol and opioid dependent men*. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13(1), 73-81.
- McGonagle, D. (1994). *Methadone Anonymous: A 12-Step Program: Reducing the stigma of methadone use* (Vol. 32, pp. 5-9): SLACK Incorporated Thorofare, NJ.
- Merikangas, K. R., Rounsaville, B. J., & Prusoff, B. A. (1992). *Familial factors in vulnerability to substance abuse*.
- Merikangas, K. R., Stevens, D., Fenton, B., Stolar, M., O'malley, S., Woods, S., & Risch, N. (1998). *Co-morbidity and familial aggregation of alcoholism and anxiety disorders*. *Psychological Medicine*, 28(4), 773-788.
- Mills, C. J., & Noyes, H. L. (1984). *Patterns and correlates of initial and subsequent drug use among adolescents*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(2), 231.
- Miron, L. R., Orcutt, H. K., Hannan, S. M., & Thompson, K. L. (2014). *Childhood abuse and problematic alcohol use in college females: The role of self-compassion*. *Self and identity*, 13(3), 364-379.
- Moeller, S. J., & Crocker, J. (2009). *Drinking and desired self-images: path models of self-image goals, coping motives, heavy-episodic drinking, and alcohol problems*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(2), 334.
- Moos, R. H. (2005). *Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention*. *Addiction*, 100(5), 595-604.
- Mosanya, T. J., Adelufosi, A. O., Adebowale, O. T., Ogunwale, A., & Adebayo, O. K. (2014). *Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria*. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 377-386.

- Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y.-J. (2009). *Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being*. *Motivation and Emotion*, 33(1), 88-97.
- Neff, K. D. (2003). *The development and validation of a scale to measure selfcompassion*. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121-137): Springer.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). *Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself*. *Journal of personality*, 77(1), 23-50.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). *Self-compassion and adaptive psychological functioning*. *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154.
- Neff, K., & Tirch, D. (2013). *Self-compassion and ACT. Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being*, 78-106.
- Newcomb, M. D., & Felix-Ortiz, M. (1992). *Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: cross-sectional and prospective findings*. *Journal of personality and social psychology*, 63(2), 280.
- Newcomb, M. D., Maddahian, E., & Bentler, P. M. (1986). *Risk factors for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analyses*. *American journal of public health*, 76(5), 525-531.
- Ögel, K., ÇORAPÇIOĞLU, A., SIR, A., Tamar, M., Tot, Ş., Doğan, O., . . . Tamar, D. (2004). *Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı*. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 112-118.
- ÖZTAŞ, B. (1990). *ALKOLÜN MERKEZ SİNİR SİSTEMİNE ETKİ MEKANİZMALARI*. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 1(1).
- Pachankis, J. E., & Bränström, R. (2018). *Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(5), 403.
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Hickson, F., Weatherburn, P., Berg, R. C., Marcus, U., & Schmidt, A. J. (2015). *Hidden from health: structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey*. *AIDS (London, England)*, 29(10), 1239.
- Papadopoulos, S., & Brennan, L. (2015). *Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review*. *Obesity*, 23(9), 1743-1760.
- Petrocchi, N., Pistella, J., Salvati, M., Carone, N., Laghi, F., & Baiocco, R. (2020). *I embrace my LGB identity: Self-reassurance, social safeness, and the distinctive relevance of authenticity to well-being in Italian lesbians, gay men, and bisexual people*. *Sexuality Research and Social Policy*, 17(1), 75-86.
- Phelps, C. L., Paniagua, S. M., Willcockson, I. U., & Potter, J. S. (2018). *The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder*. *Drug and alcohol dependence*, 183, 78-81.
- Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2013). *Self-compassion: A resource for positive aging*. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 529-539.

- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., . . . Chong, S. A. (2016). *Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. Psychiatry research, 246*, 500-506.
- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., & Luty, J. (2009). *A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. Journal of psychiatric and mental health nursing, 16*(3), 279-284.
- Raque-Bogdan, T. L., Ericson, S. K., Jackson, J., Martin, H. M., & Bryan, N. A. (2011). *Attachment and mental and physical health: self-compassion and mattering as mediators. Journal of counseling psychology, 58*(2), 272.
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). *Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. Psychiatry research, 129*(3), 257-265.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). *Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatry research, 121*(1), 31-49.
- Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). *Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. Social Science & Medicine, 69*(7), 1080-1084.
- Room, R., Rehm, J., Trotter II, R. T., Paglia, A., & Üstün, T. B. (2001). *Cross-cultural views on stigma, valuation, parity, and societal values towards disability.*
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., ... & Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *The Journal of nervous and mental disease, 194*(10), 766-773.
- Rüsch, N., Lieb, K., Bohus, M., & Corrigan, P. W. (2006). *Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. Psychiatric services, 57*(3), 399-402.
- Rüsch, N., Müller, M., Heekeren, K., Theodoridou, A., Metzler, S., Dvorsky, D., . . . Rössler, W. (2014). *Longitudinal course of self-labeling, stigma stress and well-being among young people at risk of psychosis. Schizophrenia research, 158*(1-3), 82-84.
- Russell, M. (1990). *Prevalence of alcoholism among children of alcoholics.*
- Sağlık Bakanlığı, S. H. G. M. (2011). *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı.*
- Samokhvalov, A. V., Popova, S., Room, R., Ramonas, M., & Rehm, J. (2010). *Disability associated with alcohol abuse and dependence. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 34*(11), 1871-1878.
- Sarkar, S., Balhara, Y. P. S., Kumar, S., Saini, V., Kamran, A., Patil, V., . . . Gyawali, S. (2019). *Internalized stigma among patients with substance use disorders at a tertiary care center in India. Journal of ethnicity in substance abuse, 18*(3), 345-358.
- Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Heath, A. C., Jacob, T., & True, W. (2007). *The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. Addiction, 102*(2), 216-225.
- Sayette, M. A., Creswell, K. G., Fairbairn, C. E., Dimoff, J. D., Bentley, K., & Lazerus, T. (2019). *The effects of alcohol on positive emotion during a comedy routine: A facial coding analysis. Emotion, 19*(3), 480.
- Scheff, T. J. (2000). *Shame and the social bond: A sociological theory. Sociological theory, 18*(1), 84-99.

- Schimmel, J., Arndt, J., Banko, K. M., & Cook, A. (2004). Not all self-affirmations were created equal: The cognitive and social benefits of affirming the intrinsic (vs. extrinsic) self. *Social Cognition*, 22(1: Special issue), 75-99.
- Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2012). Shame regulation in personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 433.
- Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J., & Lucht, M. (2011). *Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self-efficacy. Drug and alcohol dependence*, 114(1), 12-17.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32(6), 705-714.
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2015). *Trait mindfulness and early maladaptive schemas in women seeking residential substance use treatment: A preliminary investigation. Addiction research & theory*, 23(4), 280-286.
- Sirois, F. M., Molnar, D. S., & Hirsch, J. K. (2015). *Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. Self and identity*, 14(3), 334-347.
- Smith, J. P., & Book, S. W. (2008). *Anxiety and substance use disorders: A review. The Psychiatric Times*, 25(10), 19.
- Stacy, A. W., Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1991). *Cognitive motivation and drug use: a 9-year longitudinal study. Journal of abnormal psychology*, 100(4), 502.
- Stacy, A. W., Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1991). *Personality, problem drinking, and drunk driving: Mediating, moderating, and direct-effect models. Journal of personality and social psychology*, 60(5), 795.
- Statistics, A. B. O. (2006). *National Health Survey: Summary of Results 2004-2005. Canberra, Australian Bureau of Statistics*.
- Steele, C. M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. In L. Berkowitz (Ed.) *Advances in experimental social psychology*, New York: Academic Press (Vol. 21, pp. 261-302)..
- Suh, J. J., Ruffins, S., Robins, C. E., Albanese, M. J., & Khantzian, E. J. (2008). *Self-medication hypothesis: Connecting affective experience and drug choice. Psychoanalytic psychology*, 25(3), 518.
- Taïeb, O., Chevret, S., Moro, M. R., Weiss, M. G., Biadi-Imhof, A., Reyre, A., & Baubet, T. (2012). *Impact of migration on explanatory models of illness and addiction severity in patients with drug dependence in a Paris suburb. Substance use & misuse*, 47(4), 347-355.
- Takada, S., Weiser, S. D., Kumbakumba, E., Muzoora, C., Martin, J. N., Hunt, P. W., ... & Tsai, A. C. (2014). The dynamic relationship between social support and HIV-related stigma in rural Uganda. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(1), 26-37.
- Tawa, E. A., Hall, S. D., & Lohoff, F. W. (2016). *Overview of the genetics of alcohol use disorder. Alcohol and alcoholism*, 51(5), 507-514.
- Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). *Self-compassion, self-regulation, and health. Self and identity*, 10(3), 352-362.
- Tonigan, J. S., Toscova, R., & Miller, W. R. (1996). *Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: sample and study characteristics moderate findings. Journal of studies on alcohol*, 57(1), 65-72.
- Toumbourou, J. W., Hamilton, M., U'ren, A., Stevens-Jones, P., & Storey, G. (2002). *Narcotics Anonymous participation and changes in substance use and social support. Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(1), 61-66.

- Üstün, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J. E., Trotter II, R. T., Room, R., Rehm, J., & Saxena, S. (2001). *Disability and culture: universalism and diversity*.
- Vaillant, G. E., & Milofsky, E. S. (1982). *The etiology of alcoholism: a prospective viewpoint. American Psychologist, 37*(5), 494.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). *Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. Drug and alcohol dependence, 131*(1-2), 23-35.
- Wasylikiw, L., & Clair, J. (2018). *Help seeking in men: When masculinity and selfcompassion collide. Psychology of Men & Masculinity, 19*(2), 234.
- Weiss, M. G., Ramakrishna, J., & Somma, D. (2006). *Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. Psychology, health & medicine, 11*(3), 277-287.
- Weiss, N. H., Sullivan, T. P., & Tull, M. T. (2015). *Explicating the role of emotion dysregulation in risky behaviors: A review and synthesis of the literature with directions for future research and clinical practice. Current opinion in psychology, 3*, 22-29.
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). *Self-compassion and social anxiety disorder. Anxiety, Stress & Coping, 25*(5), 543-558.
- Werner, P., Aviv, A., & Barak, Y. (2008). *Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. International Psychogeriatrics, 20*(1), 174-187.
- Werner, P., Stein-Shvachman, I., & Heinik, J. (2009). *Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study. International Psychogeriatrics, 21*(6), 1180-1189.
- White, W. L. (2009). *Long-term strategies to reduce the stigma attached to addiction, treatment, and recovery within the City of Philadelphia (with particular reference to medication-assisted treatment/recovery). Philadelphia: Department of behavioral health and mental retardation services*.
- WHO (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*: World Health Organization.
- WHO. (2010). *ATLAS of Substance Use Disorders Resources for Treatment and Prevention of Substance Use Disorders (SUD) Country Profile: TURKEY*. Retrieved 27. 03, 2021
- Wong, C. C. Y., & Yeung, N. C. (2017). *Self-compassion and posttraumatic growth: Cognitive processes as mediators. Mindfulness, 8*(4), 1078-1087.
- Wong, C. C. Y., Knee, C. R., Neighbors, C., & Zvolensky, M. J. (2019). *Hacking stigma by loving yourself: A mediated-moderation model of self-compassion and stigma. Mindfulness, 10*(3), 415-433.
- Wong, C. C., Mak, W. W., & Liao, K. Y.-H. (2016). *Self-compassion: A potential buffer against affiliate stigma experienced by parents of children with autism spectrum disorders. Mindfulness, 7*(6), 1385-1395.
- Yang, X., & Mak, W. W. (2017). *The differential moderating roles of self-compassion and mindfulness in self-stigma and well-being among people living with mental illness or HIV. Mindfulness, 8*(3), 595-602.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). *Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. Psychiatric services, 59*(12), 1437-1442.

- Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M. (2015). *Meta-analysis of gender differences in self-compassion. Self and identity, 14(5)*, 499-520.
- Yen, C. F., Chen, C. C., Lee, Y., Tang, T. C., Ko, C. H., & Yen, J. Y. (2009). *Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. Depression and anxiety, 26(11)*, 1033-1039.
- Yıldırım, S., & Bozkurt, N. (1987). *Alkol Bağımlılığı Olan Hastaların Genel Sağlık ve Beslenme Durumları. Beslenme ve Diyet Dergisi, 16(1)*, 61-70.
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). *The relationship between selfcompassion and well-being: A meta-analysis. Applied Psychology: Health and WellBeing, 7(3)*, 340-364.
- Zwick, J., Appleseth, H., & Arndt, S. (2020). Stigma: how it affects the substance use disorder patient (Vol. 15, pp. 1-4): BioMed Central.

## **EKLER**

### **EK A GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU**

Bu araştırma Prof.Dr. Özgür Öztürk danışmanlığında İstanbul Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi “Setenay Dönmez” tarafından yüksek lisans tezi olarak yürütülmektedir. Araştırmanın Başlığı “Alkol ve Madde Bağımlılarında İçselleştirilmiş Damgalanma ve Öz-Şefkat İlişkisinin İncelenmesi”dir. Bu araştırma bir anket çalışmasıdır. Bu çalışmada; alkol veya madde bağımlılarının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin öz-şefkat ile olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışmada sosyodemografik veri formu, içselleştirilmiş damgalanma ölçeği ve öz-şefkat anketi kullanılacaktır. Bu anket formları çalışmaya katılanların kendileri tarafından cevaplandırılacaktır. Bu formları cevaplandırmak için gereken süre yaklaşık 30 dakikadır. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılım esastır. Katılmayı tercih edip, sonrasında fikrinizi değiştirirseniz çalışmaya haber vererek ayrılabilirsiniz. Bu çalışmada kimliğiniz gizli tutulacaktır. Çalışma bulguları yayınlansa da kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Ancak yasal gereklerin yerine getirilebilmesi için, kimliğinizi içeren kayıtlara etik kurul üyeleri tarafından bakılabilir. Bu belgeyi imzalayarak buna izin vermektedirsiniz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almanız mümkündür. Bunun için Setenay Dönmez ile doğrudan görüşebilir ya da 05366882049

no'lu telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırmamızda doğru sonuçlara ulaşabilmemiz için soruların dikkatli ve doğru bir şekilde cevaplandırılması büyük önem taşımaktadır.

Katılımınızdan dolayı teşekkürler.

Setenay Dönmez

Sosyal Bilimler Enstitüsü

İstanbul Okan Üniversitesi

## **EK B SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

**1-Adı Soyadı:**

**2- Yaş: 3-**

**Cinsiyet**

a) Erkek b) Kadın **4-**

**Eğitim Durumu**

a) Okuryazar b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite e)Yüksek Öğrenim **5-**

**Medeni Durumunuz:**

a)Bekar b)Evli c)Boşanmış/Ayrı Yaşıyor

**6-Bir önceki soruya cevabınız “boşanmış/ayrı yaşıyor” ise; boşanma/ayrı yaşama nedeninin alkol veya madde kullanımı ile ilişkili olduğunu düşünüyor musunuz?**

a) Evet b) Hayır

**7-Çocuğunuz var mı? a)**

Evet b) Hayır

**8- Mesleğiniz nedir?**

a) Çalışmıyor b) Öğrenci c) Memur d) İşçi e) Ev hanımı f) Emekli g) Serbest **9-**

**Doğum Yeri:**

a) Köy/Kasaba b) Küçük il/İlçe merkezi c) Metropol d)Yurtdışı

**10.Yaşadığı(halen bulunduğu yer):**

a) Köy/Kasaba b)Küçük il/İlçe merkezi c)Metropol d)Yurtdışı **11-**

**Annenizin eğitim düzeyi nedir?**

a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar 81 c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Yüksek **12-**

**Babanızın eğitim düzeyi nedir?**

a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f)

Yüksek **13- Anne Babanız birlikte mi yaşıyorlar?** a) Evet b) Hayır

**14- Kimlerle aynı evde yaşıyorsunuz?**

a) Yalnız b) Anne ve baba c) Eş ve çocuklar ve büyük ebeveynler d) Arkadaş vs. **15-**

**Birinci ve ikinci dereceden akrabalarda (anne, baba,kardeşler ve çocuklarınız)**

**madde kullanan var mı/ var mıydı?** a) Var b) Yok

**Cevabınız var ise, kim olduğunuz yazınız:**

**16-Kullandığınız esas(ana) alkol/madde'nin cinsini yazınız.**

**17- Ne kadar zamandır AA veya NA gruplarına katılıyorsunuz?**

a) 3 aydan az b) 3ay-6 ay c) 6 ay-1 yıl d)1-2 yıl e) 2-5 yıl f) 5 yıldan fazla

**18- Ne kadar zamandır ayıksınız (alkol/madde kullanmıyorsunuz)?**

a) aydan az b) 3ay-6 ay c) 6 ay-1 yıl d)1-2 yıl e) 2-5 yıl f) 5 yıldan fazla

**19- Ne kadar zaman aktif olarak alkol/madde kullandınız?**

a) 3 yıldan az b) 5-10 yıl c) 10-20 yıl d) 20 yıldan fazla

## EK C ÖZ-ANLAYIŞ ÖLÇEĞİ

ZORLUKLAR KARŞISINDA KENDİME GENEL OLARAK NASIL DAVRANIYORUM?					
Cevaplamadan önce her bir ifadeyi dikkatle okuyunuz. Her bir maddenin sağında takip eden ölçeği kullanarak, belirtilen durumda ne kadar sıklıkla hareket ettiğinizi belirtiniz.					
	Hemen Hemen	Nadiren	Arasıra	Çoğu Zaman	
1. Kendimi kötü hissettiğimde, kötü olan her şeye takılma eğilimim vardır.					
2. İşler benim için kötü gittiğinde zorlukların yaşamın bir parçası olduğunu ve herkesin bu zorlukları yaşadığını görebilirim.					
3. Yetersizliklerimi düşünmek kendimi daha yalnız ve dünyadan kopuk hissetmeme neden olur.					
4. Duygusal olarak acı yaşadığım durumlarda kendime sevgiyle yaklaşmaya çalışırım.					
5. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik hisleriyle tükenirim.					
6. Kötü hissettiğimde, dünyada benim gibi kötü hisseden pek çok kişi olduğunu kendi kendime hatırlatırım.					
7. Zor zamanlar geçirdiğimde kendime daha katı (acımasız) olma eğilimindeyim.					
8. Herhangi bir şey beni üzdüğünde hislerimi dengede tutmaya çalışırım.					
9. Kendimi bir şekilde yetersiz hissettiğimde kendi kendime birçok insanın aynı şekilde kendi hakkında yetersizlik duyguları yaşadığını hatırlatmaya çalışırım.					
10. Kişiliğimin sevmediğim yanlarına karşı hoşgörüsüz ve sabırsızım.					
11. Çok sıkıntılıysam, kendime ihtiyacım olan ilgi ve şefkati gösteririm.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde diğer insanların çoğunun benden mutlu olduğunu düşünme eğilimindeyim.					

13. Acı veren bir şey olduğunda, durumu dengeli bir bakış açısıyla görmeye çalışırım.				
14. Başarısızlıklarımı insan olmanın bir parçası olarak görmeye çalışırım.				
15. Sevmediğim yanlarımı gördüğümde kendi kendimi üzerim.				
16. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, işleri belli bir bakış açısı içerisinde tutmaya çalışırım.				
17. Ben mücadele halindeyken diğer herkesin işlerinin benimkinden kolay gittiğini hissetme eğilimim vardır.				
18. Acı çektiğim zamanlarda, kendime karşı iyiyimdir.				
19. Bir şey beni üzdüğünde, duygusal olarak bunu abartırım.				
20. Acı çektiğim durumlarda kendime karşı bir parça daha soğukkanlı olabilirim.				
21. Kendi kusur ve yetersizliklerime karşı hoşgörülüyümdür.				
22. Acı veren bir şey olduğunda, olayı büyütme eğilimim vardır.				
23. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, başarısızlığın yalnız benim başıma geldiği duygusunu hissetme eğiliminde olurum.				
24. Kişiliğimin sevmediğim yönlerine karşı anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.				

## EK D RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

“Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1. BoŐluėa);

“Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2.BoŐluėa);

“Aynı fikirdeyim” diyorsanız ( 3.BoŐluėa );

“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız ( 4.BoŐluėa ) X iŐaretini koyarak okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için boŐluklardan sadece bir tanesini iŐaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim 1	Aynı fikirde değilim 2	Aynı fikirdeyim 3	Kesinlikle aynı fikirdeyim 4
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.				
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.				
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.				
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaŐmaktan kaçınıyorum.				
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.				

6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.				
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.				
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.				
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.				
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.				
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.				
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor				
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi				

hissediyorum				
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.				

15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.				
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.				
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.				
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler				
19. Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.				
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.				
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.				
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.				
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkımlanamam.				
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadelecı bir insan yaptı.				
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.				
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.				

27. Ruhsal hastalıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.				
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.				
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.				

