



T.C.

**LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA,
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE ÖZNEL İYİ OLUŞ
DÜZEYLERİ VE ARALARINDAKİ İLİŞKİ**

Merve ÖĞÜTÇÜ

OCAK, 2024

T.C.
LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA,
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE ÖZNEL İYİ OLUŞ
DÜZEYLERİ VE ARALARINDAKİ İLİŞKİ

Merve ÖĞÜTÇÜ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Fatma ÖZ

OCAK, 2024

ONAY

Tez Başlığı : Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde
İçselleştirilmiş Damgalanma, Psikolojik Dayanıklılık ve
Öznel İyi Oluş Düzeyleri ve Aralarındaki İlişki

Tezi Hazırlayan : Merve ÖĞÜTÇÜ

Tez Savunma Tarihi :19.01.2024

İmza

Üye (Jüri Başkanı): Doç. Dr. Meltem MERİÇ

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Lokman Hekim Üniversitesi

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur /
bulunmamıştır.

İmza

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Belgin VAROL

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Sağlık
Bilimleri Üniversitesi,

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun
bulunmuştur/bulunmamıştır.

İmza

Üye (Danışman): Prof. Dr. Fatma ÖZ

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Lokman Hekim Üniversitesi,

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun
bulunmuştur/bulunmamıştır.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Sulhiye YILDIZ

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Lokman Hekim Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm.

Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

(X) Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir. (Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

() Tezimin/Raporumun tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

() Tezimin/Raporumun..... tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

() Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

.../.../2024

Merve ÖĞÜTÇÜ

ETİK BEYAN

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, tez çalışmamda bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları bilimsel etik kurallar gözeterek ifade ettiğimi ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim.
(.././....)

Merve ÖĞÜTÇÜ

ÖZET

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE ÖZNEL İYİ OLUŞ DÜZEYLERİ VE ARALARINDAKİ İLİŞKİ

Merve ÖĞÜTÇÜ

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Prof. Dr. Fatma ÖZ

Ankara, Ocak, 2024

Bu araştırma, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma, psikolojik dayanıklılık, öznel iyi oluş düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırma, Kayseri Devlet Hastanesi AMATEM Kliniği'nde yapılmış olup 141 katılımcı ile tamamlanmıştır. Veri toplama aracı olarak Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Öznel İyi Oluş Ölçeği ve tanıtıcı bilgi formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, değişkenlerin grup ortalamalarındaki farklılıkları görebilmek için 2 gruplu değişkenlerde bağımsız örneklem t-test, 3 ve daha fazla gruplu değişkenlerde non- parametrik Kruskal Wallis-H testi kullanılmıştır. Ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü tespit edebilmek için Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini görmek için doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analizler $\alpha=0,05$ seviyesinde yapılmıştır.

Araştırma sonucunda, katılımcıların 25-34 yaş arasında yoğunlaştığı, alkol ve maddeye başlama yaş ortalamasının 18,81 olduğu, çoğunluğun kullanıma arkadaş etkisi ile başladığı, en çok kullanılan maddenin metamfetamin olduğu ve çoğunluğun AMATEM'e kendi istekleri ile başvurdukları görülmüştür.

Katılımcıların yüksek derecede içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları belirlenmiş ($80,29 \pm 18,865$) olup en yüksek ortalamanın "kalıp yargıların onaylanması", en düşük ortalamanın ise "damgalanmaya karşı direnç" alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Madde kullanan bireylerin, alkol kullananlara göre, çalışmayanların çalışanlara göre istatistiksel anlamlılıkta daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları saptanmıştır. Katılımcıların psikolojik dayanıklılık puan ortalaması ($123,46 \pm 21,775$) orta düzeydedir. En yüksek ortalamanın ölçeğin sosyal kaynaklar alt boyutunda iken en düşük ortalama "yapısal stil" alt boyutunda olduğu yani; sosyal kaynakları iyi kullanmalarına rağmen öz güven ve özdisiplinde yetersiz kaldıkları saptanmıştır. Evli bireylerin bekar bireylere göre, AMATEM'e ilk kez başvuranların birden çok başvuranlara göre psikolojik dayanıklılıklarının yüksek olduğu bulunmuştur. Katılımcıların öznel iyi oluş puan ortalamasının $160,14 \pm 28,002$ olduğu; alt boyutlarda en düşük puanın karamsarlık, en yüksek puanın ise iyimserlik alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Sorun olduğunda eşinden destek alanların psikolojik dayanıklılıkları ve öznel iyi oluşları daha yüksek bulunmuştur.

RHİDÖ ile YPDÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı, RHİDÖ ile ÖİÖ arasında negatif yönlü ve zayıf, YPDÖ ve ÖİÖ arasında pozitif yönlü ve orta seviyede

anlamli bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda, toplum ruh sağlığını geliştirme, koruyucu ve önleyici müdahaleler çerçevesinde, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireyler için içselleştirilmiş damgalanmanın olumsuz etkilerini azaltan psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluşu artıran girişimlerin gerekli olduğu önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu, İçselleştirilmiş Damgalanma, Psikolojik Dayanıklılık, Öznel İyi Oluş, Psikiyatri Hemşireliği



ABSTRACT
INTERNALIZED STIGMA, PSYCHOLOGICAL RESILIENCE AND
SUBJECTIVE WELL-BEING LEVELS AND THE RELATIONSHIP
BETWEEN THEM IN INDIVIDUALS WITH ALCOHOL AND SUBSTANCE
USE DISORDER

Merve ÖĞÜTÇÜ

Master's Thesis

Graduate School of Health Sciences

Department of Nursing

Advisor Prof. Dr. Fatma ÖZ

Ankara, January, 2024

This study was conducted to determine the levels of internalized stigma, psychological resilience, subjective well-being, and the relationship among individuals with alcohol and substance use disorders. The research took place at the Kayseri State Hospital AMATEM Clinic and involved 141 participants. The data collection instruments included the Internalized Stigma Scale for Mental Illness, Resilience Scale For Adults, the Subjective Well-Being Scale, and a Demographic Information Form. Independent samples t-test for two-group variables and the non-parametric Kruskal-Wallis H test for three or more group variables were used to assess differences between group means. Pearson correlation test was employed to determine the direction and strength of the relationship between scales. Linear regression analysis was applied to see the effect of the independent variable on the dependent variable. The analyses were conducted at the alpha level of 0.05.

As a result of the research, it was seen that the participants were concentrated between the ages of 25-34, the average age of starting to use alcohol and drugs was 18.81, the majority started substance use with the influence of friends, the most used substance was methamphetamine, and the majority applied to AMATEM Clinic of their own volition.

It was determined that the participants experienced a high degree of internalized stigma (80.29 ± 18.865), and the highest mean was "endorsement of stereotypes"; It was found that the lowest average was in the "resistance to stigma" sub-dimension. It has been determined that individuals who use substances experience statistically significantly more internalized stigma than those who use alcohol, and those who do not work compared to those who work. The psychological resilience mean score of the participants (123.46 ± 21.775) was at a medium level, the highest mean was in the social resources sub-dimension and the lowest mean was in the "structural style" sub-dimension; It has been determined that although they use social resources well, they lack self-confidence and self-discipline. Married individuals have higher psychological resilience than single individuals, and individuals who apply to AMATEM for the first time have higher psychological resilience than those who apply more than once. The average psychological well-being score of the participants was (160.14 ± 28.002); It was determined that the lowest score in the sub-dimensions was pessimism and the highest score was in the optimism sub-dimension. Psychological

resilience and subjective well-being were found to be higher in those who received support from their spouses when there was a problem.

It was determined that there was no significant relationship between Internalized Stigma for Mental Illness (ISMI) and Resilience Scale for Adults (RSA), a negative and weak relationship between ISMI and Subjective Well-Being Scale (SWB), and a positive and moderately significant relationship between RSA and SWB. As a result of the research, it is suggested that, within the framework of improving public mental health and protective and preventive interventions, interventions that reduce the negative effects of internalized stigmatization and increase psychological resilience and subjective well-being are necessary for individuals with alcohol and substance use disorders.

Keywords: Alcohol and Substance Use Disorders, Internalized Stigma, Psychological Resilience, Subjective Well-Being, Psychiatric Nursing



TEŞEKKÜR

Başta bu aziz millete ve manevi çocukları olan bizlere fikri hür, vicdanı hür, irfanı hür bir şekilde 100 yıldır egemenliği sağlayan ve bilim yolunda ilerlememiz için daima öncü olan Ulu Önder Mustafa Kemal Atatürk'e,

Tüm tez sürecinde benden desteğini, emeğini ve değerli fikirlerini esirgemeyen, her anlamda beni cesaretlendirerek daima gelişmemi sağlayan ve alana olan hakimiyeti ile her zaman örnek alacağım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Fatma Öz'e,

Eğitim döneminde değerli bilgi ve birikimleriyle farklı bakış açıları kazanmamı sağlayan kıymetli hocam Doç. Dr. Meltem Meriç'e,

Araştırmam için bana kapılarını aralayan ve tüm samimiyetleriyle beni kendilerine dahil eden başta Nesrin hemşire olmak üzere tüm Kayseri Devlet Hastanesi AMATEM Kliniği çalışanlarına,

Araştırmama katılmakta gönüllü olan, ağızından çıkan her sözcüğü canla başla ve sabırla dinleyen, aramızda görünmez bir bağ oluştuğunu hissettiğim, onların benden olduğu kadar benim de onlardan öğrendiğim çok şeyin olduğu değerli katılımcılarıma,

Tezimin başından sonuna kadar desteğini esirgemeyen ve her aklıma takılan konudaki yardımları için Hakan Şuruh hocama,

Çocukluğumdan beri her zaman bana kardeşten öte olan, tez dönemindeki destekleri kadar hayatımdaki desteklerini de yadsıyamadığım canım dostum Tülin Düzgün'e ve benimle bu süreçte heyecanımı paylaşan tüm yakın arkadaşlarıma,

Teşekkürlerin en büyüğünü hak eden, benim bu günlere gelişimi ısıltılı gözlerle izleyen, ellerini sağ ve sol omzumda her gün her an hissettiğim, canım annem Meryem Öğütçü, canım babam Mustafa Öğütçü ve canım ablalarım başta olmak üzere tüm aileme bana inançları ve desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Merve ÖĞÜTÇÜ

İÇİNDEKİLER

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iii
ETİK BEYAN	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
TEŞEKKÜR.....	ix
İÇİNDEKİLER.....	x
TABLolar LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR.....	xv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Bağımlılık.....	7
2.1.1. Alkol Kullanım Bozukluğu	7
2.1.1.1. Tarihçe.....	8
2.1.1.2. Epidemiyoloji.....	9
2.1.1.3. Etiyoloji	11
2.1.2. Madde Kullanım Bozukluğu	14
2.1.2.1. Tarihçe.....	16
2.1.2.2. Epidemiyoloji.....	18
2.1.2.3. Bağımlılık Yapıcı Maddeler	20
2.1.2.3.1. Esrar	20
2.1.2.3.2. Opioidler	21
2.1.2.3.3. Uyarıcılar	23
2.1.2.3.4. İnhalanlar	25
2.1.2.3.5. Halüsinojenler	26
2.1.2.3.6. Sedatif ve Hipnotikler	26
2.1.3. Tedavi	27
2.2. Damgalama.....	28
2.2.1. İçselleştirilmiş Damgalanma.....	30
2.2.2. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu ve İçselleştirilmiş Damgalanma	32
2.3. Psikolojik Dayanıklılık.....	33

2.3.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu ve Psikolojik Dayanıklılık	36
2.4. Öznel İyi Oluş	37
2.4.1. Alkol ve Madde kullanım Bozukluğu ve Öznel İyi Oluş	38
2.5. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunda İçselleştirilmiş Damgalanma, Psikolojik Dayanıklılık, Öznel İyi Oluş ve Psikiyatri Hemşireliği	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	43
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	43
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	43
3.4. Araştırmanın Bağımlı/Bağımsız Değişkenleri.....	44
3.5. Veri Toplama Araçları.....	45
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	45
3.5.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)	45
3.5.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)	45
3.5.4. Öznel İyi Oluş Ölçeği (ÖİÖ)	46
3.6. Verilerin Toplanması.....	47
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	47
3.8. Araştırmaların Etik Boyutu	47
4. BULGULAR.....	48
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri	48
4.2. Katılımcıların Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık ve Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları.....	50
4.3. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Puan Ortalamaları	52
4.4. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puan Ortalamaları.....	63
4.5. Alkol ve madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ve Sosyodemografik Özelliklerine Göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları.....	75

4.6. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Psikolojik Dayanıklılık ve Öznel İyi Oluş İlişkisi	92
5. TARTIŞMA.....	97
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	106
KAYNAKÇA.....	110
EKLER.....	128
EK-1. Etik Kurul Onayı.....	128
EK-2. Kurum İzni	129
EK-3. Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu	130
EK-4. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu	131
EK-5. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	133
EK-6. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)	135
EK-7. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ).....	137
EK-8. Öznel İyi Oluş Ölçeği (ÖİÖ)	138
EK-9. Ölçek İzinleri.....	140

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (n=141)	48
Tablo 2. Katılımcıların Madde Kullanmaya Yönelik Özellikleri (n=141)	49
Tablo 3. Katılımcıların Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları (n=141)	51
Tablo 4. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre RHİDÖ Puan Ortalamaları (n=141)	53
Tablo 5. Katılımcıların Alkol ve Maddeye Başlama Nedeni Göre RHİDÖ Puan Ortalamaları	56
Tablo 6. Katılımcıların Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Özelliklerine Göre RHİDÖ Ortalamaları (n=141)	58
Tablo 7. Katılımcıların AMATEM'e Başvurmaya Karar Verme Durumuna Göre RHİDÖ Ortalamaları (n=141)	60
Tablo 8. Katılımcıların Bir Sorun Olduğunda Destek Aldığı Kişiyeye Göre RHİDÖ Ortalamaları (n=141)	62
Tablo 9. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puan Ortalamaları (n=141)	64
Tablo 10. Katılımcıların Alkol ve Maddeye Başlama Nedenine Göre Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puan Ortalamaları (n=141)	67
Tablo 11. Katılımcıların Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Özelliklere Göre YPDÖ Ortalamaları (n=141)	69
Tablo 12. Katılımcıların AMATEM'e Başvurmaya Karar Verme Durumuna Göre YPDÖ Ortalamaları (n=141)	71
Tablo 13. Katılımcıların Bir Sorun Olduğunda Destek Aldığı Kişiyeye Göre YPDÖ Ortalamaları (n=141)	73
Tablo 14. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları (n=141)	76
Tablo 15. Katılımcıların Alkol ve Maddeye Başlama Nedenine Göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları (n=141)	81

Tablo 16. Katılımcıların Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Özelliklere Göre ÖİÖ Ortalamaları (n=141).....	84
Tablo 17. Katılımcıların AMATEM'e Başvurmaya Karar Verme Durumuna Göre ÖİÖ Ortalamaları (n=141).....	87
Tablo 18. Katılımcıların Bir Sorun Olduğunda Destek Aldığı Kişi Özelliklerine Göre ÖİÖ Ortalamaları (n=141).....	90
Tablo 19. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Psikolojik Dayanıklılık ve Öznel İyi Oluş İlişkisi.....	93
Tablo 20. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Psikolojik Dayanıklılık ve Öznel İyi Oluş Regresyon Analizi*	95



KISALTMALAR

AKB	: Alkol Kullanım Bozukluğu
AMKB	: Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu
DSM	: Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMCDDA	: European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addiction
ESPAD	: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
LSD	: Liserjik Asit Dietilamid
MBÖ	: Madde Bağlantılı Ölüm
MDMA	: Metilendioksi-Metilamfetamin
MKB	: Madde Kullanım Bozukluğu
NIDA	: National Institute on Drug Abuse
NSDUH	: National Survey on Drug Use and Health
OECD	: Organisation for Economic Co-Operation and Development
ÖiÖ	: Öznel İyi Oluş Ölçeği
RHİDÖ	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
SAMHSA	: Substance Abuse and Mental Health Services Administration
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNODC	: United Nations Office on Drugs and Crime
WHO	: World Health Organization
YPDÖ	: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. GİRİŞ

Bağımlılık, bir maddenin amacının dışına çıkılarak maddeye karşı geliştirdiği tolerans sonucu, zamanla kullanımı artırması ve azaltıldığında ya da bırakıldığında ise yoksunluk çekmesi gibi durumların ortaya çıktığı (Uğurlu ve diğerleri, 2012) ve bireyin kendisine olduğu kadar ailesine ve topluma olan olumsuz etkileri ile bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir (Bayrak, 2021). Bağımlılığın dünya çapında mücadele gerektiren bir halk sağlığı sorunu olmasındaki en önemli nedenlerden biri, günümüzde madde kullanımının artması ve madde ile tanışmanın gün geçtikçe daha küçük yaşlara inmesi ve akut ya da kronik olarak çokça sağlık sorununu ortaya çıkarmasıdır (Bayrak, 2021; EMCDDA, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı bir raporda, her yıl 3 milyon kişinin alkol kullanımı nedeniyle ölüm yaşadığı bildirilmektedir (WHO, 2022a). Ayrıca erkeklerin kadınlara oranla alkol tüketiminin üç kat daha fazla olduğu görülmektedir (WHO, 2022b). TÜİK (2022)'in Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre, alkol kullanım yüzdesinin son 12 ay içerisinde 15 yaş ve üstü bireylerin oranının %12,1 olduğu saptanmıştır. Ülkemizde alkol kullanımı yönünden en riskli yaş grubu 24-29 yaş arası olarak bulunmuştur (Ünüböl ve Sayar, 2019). Türkiye’de genel nüfusta tütün, alkol ve madde kullanımına yönelik tutum ve davranış araştırmasında, ilk kez alkol kullanma yaşı 19,94 olarak bildirilmiştir (İçişleri Bakanlığı, 2018).

2022 yılı Avrupa Uyuşturucu Raporu’na göre, Avrupa birliği ülkelerinin maddeye erişim ve kullanımlarının yüksek olduğu ve erkeklerde 50,5 milyon, kadınlarda 33 milyon madde kullanıcısının varlığı bildirilmiştir (EMCDDA, 2022). Ülkemizdeki duruma bakıldığında, yapılan bir çalışmada, hayatında en az bir kere madde kullanan bireylerin oranı %3,1 olarak bulunmuştur (İçişleri Bakanlığı, 2018). Türkiye Uyuşturucu Raporu’na göre 2022 yılında ayaktan tedavi için 170.145 kişinin başvuru yaptığı, yatarak tedavinin ise 14.042 olduğu açıklanmıştır. Maddeye başlama yaşı 22,2 olarak bildirilirken en çok kullanılan maddenin metamfetamin ve eroin olduğu saptanmıştır (TUBİM, 2023).

Alkol ve madde kullanımı ve kullanımına ilişkin sorunlar eski zamanlara dayansa da (Öncü ve diğerleri, 2001) bağımlı bireylerin “hasta” kategorisine dahil edilmesi 1950’li yıllara uzanmaktadır (Ünüböl ve Sayar, 2019). Hatta 1952 yılındaki DSM’nin ilk baskısında sosyopatik kişilik bozukluğu başlığı altında sınırlı bir şekilde

yer verildiği görülmüştür. Tam anlamıyla bağımlılığın bir hastalık olarak kabul edilmesi 1980 yılında yayınlanan DSM-3'e dayanmaktadır (Dinç ve diğerleri, 2019). Bu nedenle toplum, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaşadıkları durumu sağlık sorunu olarak değil de ahlaki bir sorun olarak görmekte (Livingston ve diğerleri, 2012) ve “tehlikeli ve etrafa zarar veren” (Açıkgöz ve Akkuş, 2018) şeklinde damgalayıcı tutum sergilemektedir.

Damgalama, bireyin ruhsal bozukluk, etnik kökeni, madde kullanımı gibi özellikleri nedeniyle, toplum tarafından suçlu/kusurlu ya da itibarsız şeklinde olumsuz değerlendirerek (King ve diğerleri, 2007) bu kişiden korkup kaçınarak reddetmeye ve dışlamaya giden tutum ve inançlarla karakterizedir (Yaman ve Güngör, 2014).

Damgalama, etiketleme ile başlayarak ayrımcılığa kadar giden bir süreçtir. Ruhsal hastalık etiketi, toplumda stereotipleri meydana getirir. Stereotipler önyargıları destekleyerek sonuç olarak korku, öfke gibi duygusal reaksiyonlara sebep olmaktadır. Duygusal reaksiyonlar sonucunda toplum bireyi kendilerinden uzak tutmaya başlayarak dışlamaktadır. Sonuç olarak, stereotipler ve önyargılar neticesinde bilişsel ve duygusal tepkiler, ayrımcılık şeklinde davranışa yansımaktadır (Taşkın, 2007).

Damgalanmanın olumsuz etkileri, sadece önyargılar ve ayrımcılık deneyimlerinde var olmayıp bireyin içselleştirilmiş algısı, tutumu ve duyguları neticesinde de ortaya çıkmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma olarak adlandırılan bu kavram damgalanmaya maruz kalan bireyin benliğinin parçasına dönüştüğü (Corrigan, 2004) olumsuz stereotipleri kendisine uygulayarak değersiz hissetme, utanma ve geri çekilme şeklinde açıklanmaktadır (Corrigan, 1998).

İçselleştirilmiş damgalanma, kendini yetersiz hissetme, sosyal ilişkilerde kaçınma davranışı, işsizlik gibi sonuçlar ortaya çıkarmaktadır (Taşkın, 2007; Ritsher ve Phelan, 2004). Bu durumlar, bireylerin tedaviye ulaşmasını engelleyebilirken (Işık, 2023) tedavide olanların semptomlarını kötü etkileyerek iyileşmenin önünde bir engel oluşturmaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011). Alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisini devam ettirememek, iyileşmede gecikme ve uyum sağlama sürecinde sorunlar gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Kara, 2023).

Literatürde ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma konusunda ele alınan çalışmalar genel olarak şizofreni ve bipolar (Kök ve Demir, 2018; Kaya, 2023; Baysal ve diğerleri, 2013) ya da depresyon (Aydemir ve Berksun, 2018) gibi

hastalıklardır. Fakat, alışmalar, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşadığını göstermiştir (Dönmez, 2022; Ulukök, 2021; Ektiricioğlu, 2016). Hatta Modi ve diğerlerinin (2018) yaptığı bir çalışmada şizofreni ve alkol kullanım bozukluğu olan bireylerdeki içselleştirilmiş damgalamanın karşılaştırılması sonucunda alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde daha fazla içselleştirilmiş damgalanma olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bireylerin karşılaştıkları yaşam deneyimleri karşısında olaylara süreç içerisinde gösterdikleri uyum psikolojik dayanıklılık olarak adlandırılmakta olup (Basım ve etin, 2011) birçok tanımı olmasına rağmen iyileşme ya da toparlanma gücü (Patel ve diğerleri, 2017; Rutten ve diğerleri, 2013) ya da koruyucu faktörlerin risk faktörlerine karşı rol oynadığı dinamik bir süreç olarak (Caldeira ve Timmins, 2016; Masten, 2011; Brando ve diğerleri, 2011) olarak ortak bir tanımı yapılabilir.

Akut veya kronik strese maruz kalmak bağımlılığın gelişimi ve tekrarlayıcı özelliğinde etkisinin olduğu bildirilmiştir (Alim ve diğerleri, 2012; Cadet, 2016). Bununla birlikte stresli yaşam durumlarının bağımlılığın oluşumu için risk faktörü niteliğinde olduğuna fakat olumsuz olaylarla karşılaşan her bireyin alkol ya da maddeye bağımlılık geliştirmemesi hususunda bireyi koruyucu bireysel/ailesel dayanıklılık faktörlerinin varlığını göstermektedir (Cadet, 2016). Psikolojik dayanıklılığın madde kullanımına başlamak, sürdürmek ve nkslerdeki önemli etkenlerden biri olması (Yalçın şahiner, 2022) ve madde kullanım bozukluğundaki riskleri azaltabilmesine olan katkısı (Wingo ve diğerleri, 2014) nedeniyle AMKB açısından önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir.

Yaşamın asıl amacı, insanların dışsal ve içsel anlamda dengede olduğu, iyi olma halinin devamlılığıdır. İyi olma hali, insanların içinde bulundukları yaşamlarının bir açıklayıcısı ve yaşamları hakkındaki bilişlere ve duygulara dayanan öznel bir düşüncedir (Nagpal, 2023). Bu znel düşünce içerisinde ortaya çıkan kavram olan öznel iyi oluş, McGillivray ve Clarke (2006)'ya göre, yaşam doyumuna göre ilişkin bilişsel yargıların duygular ve ruh halleri çerçevesinde duygusal bir şekilde değerlendirmesini kapsayan çok boyutlu bir yaklaşımdır. Hoş duygulanım, hoş olmayan duygulanım ve yaşam doyumunu bileşenlerinden oluşmaktadır (Tuzgöl-Dost, 2005). Yani znel iyi oluşu yüksek bir birey olumlu duyguları sıklıkla, olumsuz duyguları daha az yaşayarak yaşamdan doyum alan bireyler olarak kabul edilmektedir (Lyubomirsky ve diğerleri, 2005). Sevinç, mutluluk, coşku, gurur olumlu duygularken;

suçluluk, utanç, üzüntü, kaygı, endişe, depresyon olumsuz duygular kapsamında yer almakta ve yaşam doyumu ise şimdi, geçmiş ve gelecekte memnuniyet şeklinde sınıflandırılabilir (Nagpal, 2023). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın tanımını “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu” şeklinde yapması (WHO, 1995) bu noktada öznel iyi oluşun önemli bir kavram olduğunu göstermektedir.

Bireyler karşılaştıkları travmatik yaşam olayları karşısında olumsuz duyguları hafifletmek adına maddeye yönelebilmekte ve madde kullanımı sonrasında da ortaya çıkan pişmanlık, umutsuzluk gibi duygular nedeniyle tekrar madde kullanabilmektedir (Bayır, 2021). Buradan hareketle, madde kullanımının öznel iyi oluş ile bir ilişkisinin olabileceği ve öznel iyi oluşu geliştirici programların katkısının yadsıma olabileceği söylenebilir. Literatürde bu durumu kanıtlar nitelikte çalışmalar yer almaktadır. Riskli davranışların (sigara, alkol, esrar kullanımı gibi) öznel iyi oluş üzerindeki etkilerini incelemek için yapılan çalışmada; sigara, alkol ve maddenin öznel iyi oluşu azalttığı ve kalıcı olumsuz etkilerinin olduğu bildirilmiştir (Nikolaou, 2019). Avusturalyalı madde kullanıcılarının öznel iyi oluş düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan kesitsel bir araştırmada, genel nüfusla karşılaştırıldığında madde kullanım bozukluğu olan bireylerde daha düşük öznel iyi oluş görülmüştür (Miller ve diğerleri, 2014). Alkol kullanan ve alkol bağımlılığı olan bireylerin öznel iyi oluşunun karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise alkol kullananların öznel iyi oluş düzeyleri alkol bağımlılığı olanlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Hu ve diğerleri, 2017).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu bulunan bireyler, birden fazla yükü birlikte taşımaktadır. Bağımlılık süreci kendi başına bir yükken diğer taraftan alkol/madde kullanımının ortaya çıkardığı olumsuz sonuçlar ve nöksler sonucunda zorlanma yaşamalarının yanında fiziksel ve psikolojik sağlık, sosyal ilişkilerindeki işlevleri, istihdam ve hukuki problemler gibi biyopsikososyal sorunları içinde barındıran bir süreç içerisinde bulunmaktadır. Bu süreç içerisinde yer alan iyileşmeye çalışan bireyler, bağımlılığın beraberinde getirdiği damgalanma ile bu yükü taşımaya devam etmektedir (Kara, 2023). Bu nedenle, alkol ve madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin yaşam doyumlarının yükseltilmesi ve tedaviye başvurma, uyum gösterme gibi süreçleri için damgalanma ile mücadele önemlidir (Yıldırım, 2019). Ruh sağlığı çalışanları olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri damgalama ile mücadelede

ön saflarda olmalıdır. Psikiyatri hemşireleri, içselleştirilmiş damgalanmayı belirlemeye ve azaltmaya yönelik programlar planlamak ve uygulama konusunda kilit noktadadır (Çam ve Çuhadar, 2011). Ayrıca, hemşireliğin savunucu rolleri çerçevesinde damgalamada mücadele konusunda devlet yöneticileri ile iş birliği içerisinde düzenlemelerde rol alması (Çevik Durmaz, 2021) ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemlidir. Bunun yanı sıra toplumsal damgalanma yerine bireyin içsel damgalanması ile çalışmak daha kolay olmakla birlikte ulaşılabilir bir hedef olarak değerlendirilmektedir (Ersoy ve Varan, 2007). Ayrıca, psikolojik dayanıklılıkta bir risk faktörü olan madde kullanımının erken tespiti ve ruhsal gelişim açısından desteklenmesinde hemşireliğin danışmanlık rolüyle birlikte etkili baş etme becerileri ve yönlendirmelerde bulunmaktadır (Öz ve Yılmaz, 2009). Risk faktörünün olmasının yanı sıra koruyucu hizmetler kapsamında ortaya çıkan olumsuz duyguların bağımlılığın şiddetinde ve relapslardaki önemiyle (Bayır, 2021) öznel iyi oluşu geliştirici programların etkililiği (Özer ve Eldeleklioğlu, 2021) psikiyatri hemşirelerinin eğitici rolleri kapsamında görünür hale gelecektir.

Literatür araştırması sonucunda alkol ve madde kullanım bozukluğunda içselleştirilmiş damgalanma, psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş üzerine çalışmalar olduğu görölmektedir (Demir ve diğerleri, 2022; Bozdağ, 2018; Ünübol ve diğerleri, 2019; Ekticioğlu, 2016; Yalçın şahiner ve diğerleri, 2022, Goyal ve diğerleri, 2021; Huang ve diğerleri, 2021; Piumatti ve diğerleri, 2021) Fakat bu çalışmalar oldukça sınırlıdır ve birbirleri ile ilişkisini inceleyen çalışmalar yok denecek kadar azdır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğunda içselleştirilmiş damgalanma, psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş düzeylerinin ortaya konmasıyla birlikte, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerinin belirlenmesi doğrultusunda koruyucu ruh sağlığı hizmetlerin bu alanda planlama ve girişimler yapmasına katkı sağlayacaktır. Böylece toplum ruh sağlığını geliştirme, koruyucu ve önleyici müdahaleler çerçevesinde psikiyatri hemşirelerinin uygulamalarına olumlu yönde yansımalar gözlemleneceği öngörülmektedir.

Bu araştırmada, içselleştirilmiş damgalanma, psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya ait araştırma soruları aşağıda yer almıştır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde;

1. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi nedir?
2. Psikolojik dayanıklılık düzeyi nedir?
3. Öznel iyi oluş düzeyi nedir?
4. İçselleştirilmiş damgalanma ile psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
5. İçselleştirilmiş damgalama, psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş düzeyleri sosyodemografik özelliklere göre istatistiksel olarak farklılaşmakta mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık

Bağımlılık; anlam olarak oldukça geniş bir kavram (Uzbay, 2009) olup kişiye, aileye, topluma olan negatif etkileri ile bir halk sağlığı sorunudur (Ofraz ve Yıldırım, 2020). Literatürde Türkçe anlamı ‘bağımlılık’ olan kavram Latince ‘addictus’ kelimesinden gelmekte olup bir insanın köle olarak verilmesi şeklindeki gelenekten kaynak almaktadır (Küçür, 2019)

Ruhsal ve bedensel sağlıklarına, sosyal ve mesleki yaşantılarına zarar vermesine karşın, kullanılan maddeyi ya da davranışı yinelemeye yönelik engellenemeyen bir istek ve keyif verici etkilerini yaşamak veya yoksunluk nedeniyle ortaya çıkan huzursuzluktan sakınmak amacıyla aralıklarla ya da sürekli o eylemde bulunma isteği ile karakterizedir (Uzbay, 2009; Uzbay, 2015). Yani fiziksel, psikososyal veya ekonomik olarak sorunlara yol açmasına rağmen bırakma isteğine karşılık bırakılamayıp bu isteğin durdurulamaması olarak da tanımlanabilir (Ögel, 2020).

1951 yılı itibariyle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bilimdeki gelişmelerle birlikte bağımlı olan kişileri “hasta” kategorisine almaya başlamıştır (Ünüböl ve Sayar, 2019). Tıbbi olarak “bağımlılık” kavramı ise sonraki süreçlerde Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından (Ünüböl ve Sayar, 2019) davranışın altında yatan faktörlere dair açıklama sağlayarak ruhsal bozukluk olarak tanımlanmıştır (Room, Helman ve Steinus, 2015).

2.1.1. Alkol Kullanım Bozukluğu

Alkol kullanımının bir hastalık olarak kabul edilmesi 14.yüzyıl itibariyle olmuştur (Kalyoncu, 2000). Tıbbi olarak “alkolizm” kavramının kullanılması ise 19.yüzyılın başlarındadır (Edwards, Marshall ve Cook, 2003). İsveçli doktor Magnus Huss tarafından ortaya atılan terimin Latince karşılığı alkolizmus kronikustur (Room, Hellman ve Stenius, 2015).

1930’lu yıllarda alkol bağımlılığı sağlık sorunu olarak görülmeyip irade zayıflığı ya da ahlaki yönden suçlu olarak görülmektedir. Bu sebeplerden dolayı da alkol bağımlısı bireylere cezalar uygulanmaktadır. Günümüzde ise bilimsel gelişmelerle birlikte alkol ve madde bağımlılığı ele alınırken koruma ve tedavi ön

planda tutulacak şekilde değişim göstermiştir (Tarhan, 2014). Güncel literatürde alkol kullanım bozukluğu olarak ele alınmaktadır (Room ve diğerleri, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) alkol bağımlılığı olan bireyi “uzun süre ve alışılmışın dışında alkol alan, alkole bağı ruhsal, bedensel, toplumsal sağlığı bozulan, buna karşın durumunu değerlendiremeyen; değerlendirse bile alkol alma isteğini durduramayan, sağaltıma gereksinimi olan bir hastadır” şeklinde tanımlamaktadır. Diğer tanımında ise, alkolün iş yaşamına engel olduğunu değil işinin alkol kullanımına engel olduğunu düşünen bireyi alkol bağımlısı olarak nitelendirmektedir (Yenigün, 2006).

Alkol kullanım bozukluğu ile normal içme arasındaki sınırı belirlemedeki önemli olgulardan biri özdenetim yitimidir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Pek çok boyutu olan önemli biyopsikososyal bir sorun olan alkolizm; sağlık problemlerine, trafik kazalarına, intihar, suça yönelme, aile yapısının ve iş yaşamının bozulmasına sebep olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2020; Engin, 2021).

2.1.1.1. Tarihçe

Dilimize eskiden beri Latince karşılığı “ispirto” olarak yerleşen alkol kelimesi ruh, soluk, yaşam özü, yürekli, güçlü anlamlarını içeren “spiritus” tan köken almaktadır. Yine Arapça’da bir şeyin özü, aslı anlamındaki “al kihl” sözcüğünden gelir (Ögel, 2010).

Alkol kullanımı ve alkol kullanımına dair problemler tarihin eski zamanlarına kadar dayanmaktadır (Öncü, Ögel ve Çakmak, 2001). Tarihte alkol, yazılı belgelerden bilgi edinebileceğimiz ilk maddedir. Zaman içerisinde insanlar alkolün stres ve gerginliği azaltıcı etkilerini keşfetmiştir. İlk kullanımı fermente edilmiş bal ve meyvelerin tüketimi yoluyla olduğu tahmin edilirken bilinçli olarak elde edilmesi üzüm fermantasyonu ile olmuştur. Alkol üretimine yönelik ilk veriler M.Ö. 6000’lerde bugünkü Ermenistan bölgesinde gerçekleşmiştir (Mckim, 2000; Uzbay, 2009).

İşlem gören alkol, keyif verici, kaygı giderici ya da uyuşturucu niteliklerde bir madde olmasıyla kullanımı yaygınlaşmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2020; Keller, 1979). Ayrıca farklı medeniyetlerde tedavi, dini ritüeller ve etkinlikler için kullanımı da görülmektedir (Keller, 1979).

2.1.1.2. Epidemiyoloji

Küresel hastalık yükü ve ölüm oranları bakımından alkol kullanımı en önemli risk faktörüdür (WHO, 2019). Hatta DSÖ daha 1983 yıllarında alkol tüketimi ve ortaya çıkan sonuçlarını küresel sorun olarak ilan etmiştir (WHO, 1983).

DSÖ'nün 2022 yılında yayınladığı “Sınır dışı pazarlama ve reklamları düzene sokarak alkolün zararlarını azaltmak” başlıklı raporunda, dünya genelinde her yıl yaklaşık 3 milyon kişinin alkol kullanımı nedeniyle ölüm yaşadığını ve dünyadaki tüm ölümlere oranının yüzde 5'ini oluşturduğunu göstermiştir. Ayrıca gençlerin de alkol kaynaklı ölümlerde başrol oynadığını ve alkol nedeniyle yaşanan can kaybının yüzde 13,5 'inin 20 ile 39 yaş arası bireylerden oluştuğunu belirtmiştir (WHO, 2022a).

Dünya Sağlık İstatistikleri, 2019 yılında dünya çapında 15 yaş üstü bireylerde, ortalama alkol tüketiminin 5,8 litre saf alkol olduğunu ve 2010'da kişi başına 6,1 litre olduğunu belirterek oranlarda hafif bir düşüş yaşandığını göstermektedir. Ortalama olarak erkeklerin kadınlardan üç kat daha fazla alkol tükettiğini ortaya koymaktadır ve bu durum 2000 yılından beridir süregelmektedir. Ayrıca 2019'da DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki erkekler kişi başına 15,2 litre oranıyla en yüksek tüketime sahip olmuştur (WHO, 2022b)

Alkol ve Diğer Uyuşturuculara İlişkin Avrupa Okul Anketi Projesi (ESPAD) isimli Avrupa ülkelerinde dört yılda bir tekrarlanan çalışmanın 2019 tarihli son raporuna göre, yaşam boyu en az bir defa alkol kullanım oranını %79 olarak bildirilmiştir. Diğer raporlardan farklı olarak bu raporda, 16 ülke içerisinde özellikle Litvanya (kadınlar %83, erkekler %75) ve Ukrayna'da (%89'a karşı %89) kadınların alkol kullanma oranı erkeklerden daha yüksek olarak açıklanmıştır (ESPAD, 2020).

Amerika Birleşik Devletleri'nin, 2016 yılındaki 12 yaş ve üzerindeki bireylere yönelik uyguladığı Ulusal Madde Kullanımı ve Sağlık Anketi (NSDUH) raporu sonucunda 136,7 milyon kişinin alkol kullandığını belirtmiştir. Ağır şiddette alkol kullanımına sahip birey sayısı 16,3 milyondur (Values ve Sizes, 2017).

2018 yılı Alkol ve Sağlık Küresel Durum Raporu'nda alkole kullanımına bağlı olarak 0,7 milyon kadın ve 2,3 milyon erkek ölümünün gerçekleştiği bildirilmiştir. Ayrıca alkol tüketimine bağlı ölümlerin tüberküloz, HIV/AIDS ve diyabet gibi hastalıklar sonucu oluşan ölümlerden daha yüksek orana sahip olduğu da görülmüştür (WHO, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü, 2016 yılında 30 Avrupa ülkesinin yer aldığı raporundaki sonuçlara göre, alkol tüketiminin erkeklerde kadınlara oranla yaklaşık 4 kat orana sahip olduğunu ve kişi başına tüketim miktarının 20-24 yaş arası kadınlarda ve 35-49 yaş arası erkeklerde zirve yaptığını ortaya koymuştur. Alkole bağlı ölümlerin %87'sinin kanser, kardiyovasküler hastalık, karaciğer sirozu ve yaralanmadan kaynaklandığı ve cinsiyet dağılımına bakıldığında kadınlarda yüzde 98 ve erkeklerde yüzde 83 orana sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca raporda yer alan Avrupa ülkelerindeki tüm ölümlerin %5,5'ine alkol neden olurken 15-19 yaş arası tüm ölümlerin %19,0 'ı, 20-24 yaş grubunda ise %23,3'ü alkole bağlı olduğu da belirtilmiştir (WHO, 2019a).

DSÖ'nün Türkiye'nin de içerisinde yer aldığı 30 ülkeyi bulunduran araştırmasına göre olaylardaki alkolün etki yüzdeleri açıklanmıştır. Cinayetlerin %85'inde, boşanmaların %80'inde, eşler arası şiddetin %70'inde, tutukluluğun %78'inde, mala yönelik suçların %70'inde, intihara teşebbüsün %90'ında ve trafik kazalarının %50'sinde alkolün etkisinin olduğu saptanmıştır (Yeşilay Alkol Raporu, 2011).

Küresel Alkol Durum Raporu'na göre alkol bağımlılığı prevalansı Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde %3.7 iken Türkiye için oran %1,6 (kadınlarda 0.7, erkeklerde 2.5) olarak ifade edilmiştir (WHO, 2018).

Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)'nin 2015 yılı raporunda Türkiye ve İsrail alkol tüketiminin en az olduğu ülkeler arasında gösterilmiştir (OECD, 2015). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 yılındaki verilere göre Türkiye'de yıllık olarak kişi başı alkol tüketim oranı 1,4 litre olarak bildirilmiştir (WHO, 2019b)

İçişleri Bakanlığı'nın 26 ilde yaptığı çalışmada 42.754 kişi ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda katılımcıların %22,1'nin (9436 kişi) hayatında en az bir kere alkollü içecek kullandığı ve erkeklerde bu oran %34,3 iken kadınlarda %10,7 olduğu bildirilmiştir. İlk kez alkollü içecek deneme yaşı ise 19,94 şeklindedir (İçişleri Bakanlığı, 2018).

Ünübol ve Sayar (2019)'ın yaptığı TURBAHAR isimli projenin sonuç raporuna göre, Türkiye genelinde 24438 kişi ile görüşülmüştür. Alkol kullanım için en riskli grup 24-29 yaş grubu erkekler olup en az ayda bir defa alkol kullananların oranı %49 olarak saptanmıştır. Kadınlar arasında ise en riskli yaş grubu 24-29 yaş grubu olarak tespit edilmiş olup %32,8'inin alkol aldığı belirtilmiştir. 38 yaş grubu kadınlar

ise en düşük riskli grup olarak bildirilmiştir. Alkol kullanımının illere göre yaygınlığında ise kullanımın en düşük olduğu yerler Konya-Karaman ve Mardin-Batman-Şırnak-Siirt bölgeleridir. Her gün alkol kullanımının olduğu ve kullanım oranının en yüksek olduğu bölgeler ise Balıkesir-Çanakkale, Aydın-Denizli-Muğla ile Zonguldak-Karabük-Bartın şeklinde bildirilmiştir.

2.1.1.3. Etiyoloji

Biyolojik Faktörler

Alkol kullanım bozukluğu etiyolojisinde çeşitli davranışsal, çevresel, psikolojik ve fizyolojik faktörler rol oynamaktadır. Araştırmalar tek başına genlerin birey üzerinde AKB geliştirmeyeceğini, genlerin AKB riskinde yaklaşık olarak yarısı oranında etkili olduğunu ve çevresel faktörlerin yanında gen ve çevre etkileşiminin de risk oranının devamını oluşturduğunu göstermektedir (Kaya ve diğerleri, 2017).

İkiz Evlat Çalışmaları

Alkol kullanım bozukluğunun ailelerle olan ilişkisi uzun zamandır bilinmektedir. Aile, evlat edinme ve ikiz çalışmaları, alkol bağımlılığı etiyolojisinde genetik faktörlerin rol oynadığını güçlü bir şekilde desteklemektedir. Ancak risk faktörlerinden bahsederken tek başına genetik faktör katkısı yeterli değildir. Alkol bağımlısı bireylerin çoğunun alkol bağımlısı birinci derece akrabalarının olmaması, alkol bağımlılığı riskinin genetik karmaşık şekillerde etkileşime girebilen çevresel faktörler tarafından da belirlendiğinin altını çizmektedir (Edenberg ve Foroud, 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2020). AKB gelişiminde genetik etki %50 risk oranına sahipken kalan %50 oran çevresel ve gen-çevre etkileşimini oluşturmaktadır. Yani, genetik yatkınlığa sahip olan birey çevresel faktörler ile birleşirse alkol kötüye kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu oluşma ihtimali ortaya çıkmaktadır (Kaya ve diğerleri, 2017).

Alkolizm konusundaki ikiz çalışmaları tek yumurta ikizlerindeki alkol kullanım bozukluğu görülme sıklığının çift yumurta ikizlerine oranla daha yüksek olduğunu göstermiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Heath ve arkadaşlarının (1997) yaptığı ikiz-aile çalışmasında monozigot ikizlerdeki (%56) alkol bağımlılığı riski

dizigotik ikizlere (%33) oranla daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca %64 oranında kalıtılabilirlik sonuçları arasındadır.

Çeşitli çalışmalar, akrabalarında alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin olmayan bireylere göre alkolizm oranının yüksek olduğunu ve alkol madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çocuklarında bozukluğun gelişme riskinin dört ila beş kat arttığını göstermektedir (Ruiz ve Strain, 2014).

Evlad edinme çalışmalarında alkolizm sıklığı ölçülmüştür. Goodwin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin evlat edinilmiş ya da kendi evladı olan erkek çocuklarında fark olmayıp iki durumda da yüksek alkolizm oranı saptanmıştır (Goodwin ve diğerleri, 1977).

Genom Çalışmaları

Alkol bağımlılığı gelişiminde çeşitli genom çalışmaları yapılmıştır ve birtakım sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmalar, ALDH 2*2 gen taşıyıcılarının alkol bağımlılığı gelişiminde koruyucu bir faktör olduğunu ortaya koymuştur. Aldehit dehidrojenaz (ALDH) genlerinin alellik varyantlarının alkol metabolizmasını önemli bir şekilde etkilediği ve polimorfizmlerin alkol bağımlılığı gelişiminde riskiyle bağlantılı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun sonucunda ALDH 2*2 varyantına sahip bir birey asetaldehit birikimi olması nedeniyle alkol tüketimi sonrasında yüz kızarması, taşikardi, baş ağrısı, hipotansiyon gibi reaksiyonlar yaşamaktadır (Ruiz ve Strain, 2014). Diğer taraftan, genom çalışmalarında tekrarlanan bir bulgu olarak 1. ve 7. Kromozomlarda yüksek bağımlılık riski ile bağlantılar bulunmuştur. Siyahi Amerikalılarda 10.kromozomun belirteçleri ile alkol bağımlılığının bir bağlantısının olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bölgenin özelliklerine bakıldığında, veziküler amin taşıyıcısı ve 5HT7 reseptörü gibi alkol bağımlılığı ile ilişkili olan molekülleri kodlayan genlere sahiptir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Alt Tipler

Alt tiplerin alkol bağımlılığında rol oynadığı düşünülmektedir. Alkole 25 yaşından sonra başlayan bireylerde (Tip1) daha çok çevresel faktörlerin etkisinin olduğu, daha erken yaşta başlayanların ise (Tip 2) genetik faktörlerin rol oynadığı tahmin edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Bireysel Yatkınlık

Klinik gözlemler, alkol kullanım bozukluğu gelişen bireylerin, alkol kullanmaya başladıkları ilk zamanlardan itibaren alkole karşı yüksek bir dayanma gücü göstererek daha düşük tepkiler verdiğini göstermiştir. Bu durum karşısında, belirtilerin az olması nedeniyle bu kişilerin alkol bağımlılığı geliştirme riski yüksektir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Schuckit ve arkadaşları, babaları alkol bağımlısı olan ve olmayan iki gruba alkolün etkilerine dayanabilme gücünü ölçmek amaçlı bir çalışma yürütmüştür. Belirli dozlarda alkol verilen iki grup alkol öncesi ve sonrası birtakım testlerden geçirilmiştir. Babası alkol bağımlısı olan bireylerde diğer gruba oranla alkolün etkisi anlamlı derecede az görülmüştür. Alkolden az etkilenen grubun daha rahatlıkla alkol alacağı ve zamanla bağımlı olabilme riskinin yüksek olduğu görülmektedir (Schuckit, Gold ve Risch, 1987). Bu riski kanıtlamak amacıyla Schuckit'in (1998) bir başka çalışmasında alkol bağımlısı bireylerin ve kontrollerinin 453 erkek çocuğu üzerinden 15 yıllık bir takip yaparak sonuçlar çıkarmıştır. Babası bağımlı olan fakat alkole yüksek tepki veren bireylerin %15'inin alkol bağımlısı olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan babası alkol bağımlısı olmayan fakat alkole düşük tepki verenlerin alkole bağımlılık riski daha yüksek bulunmuştur (Schuckit, 1998).

İrk farklılıkları

Alkol bağımlılığında bazı ırklarda alkole karşı doğuştan gelen bir dayanıksızlığın olduğu bilinmektedir. Örneğin Japonlar, Koreliler, Tayvanlar ve Amerikan Kızılderelileri gibi (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bununla ilgili çalışmalardan biri de Ewing ve arkadaşlarının aktardığına göre Wolff'un, Doğuluların alkole Kafkasyalılardan daha fazla duyarlı olduğunu kanıtlamak amaçlı yürüttüğü çalışmadır. Denekler 117 Japon, Tayvanlı, Koreli yetişkin ve bebeklerden oluşuyordu. Araştırma sonucunda Doğulu yetişkinlerin yüzde 83'ünde alkol alımı sonrasında gözle görülür şekilde yoğun alkol belirtileri ortaya çıkmıştır (Ewing, Rouse ve Pellizzari, 1974).

Psikososyal Nedenler

Alkol kullanım bozukluğu etiyolojisinde kişilik, toplumsal etkenler ve zorlanma stres etkeni gibi çeşitli nedenler rol oynamaktadır. Alkol bağımlılarındaki hastalık öncesi kişilik üzerine yapılan çalışmalar net bir şekilde bir kişilik yapısı sonucuna varamamıştır. Farklı yayınlarda düşük benliğe sahip, anti sosyal kişilik

özellikleri taşıyan kişiler olarak tanımlanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bunun yanında sosyal etkenler arasında birey ve ailenin eğitim düzeyi de etiyoloji arasında yer almaktadır. Benzer şekilde cinsiyetin de alkol kullanım bozukluğu sıklığını etkilediği bir değişken olduğu bilinmektedir. Erkeklerin kadınlardan daha yatkın olmasının yanında bekar ya da çalışmayan kişilerin de alkol bağımlılığı açısından risk altında olduğu saptanmıştır (Engin, 2021).

Toplumsal etkenlere bakıldığında, bazı toplum kesimleri alkolü onaylamamaktadır. Din ve törenlerde alkolü onaylamayan toplumlarda alkolizm oranı düşüktür. Ülkemizde alkol, yüksek sosyoekonomik duruma sahip olan toplumlarda daha sık görülmekte ve alkolizm en önde gelen sağlık sorunlarından biri halindedir. Din yasakları alkol kullanımında engel oluşturmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Kişilik ve toplumsal etkenlerin yanı sıra toplumsal ya da bireysel olarak yaşanan zorlanma durumları da alkol alma eğilimini artırabilmektedir. Hayvan modellerinde, bağımlılık oluşumu sonrasında herhangi bir zorlanmaya maruz kalmak, madde arayışı ve yeniden madde kullanımına başlamak noktasında en önemli etkindir. Dolayısıyla, alkol kullanım bozukluğu gelişmiş bireyde zorlanma ve başka ruhsal hastalıklar nedeniyle oluşan sıkıntılar tetikleyici durumundadır. Alkol bağımlılığı gelişmemiş bireylerde ise zorlanma durumu karşısında bağımlılığa yatkınlık varsa başlatıcı bir etken şeklinde bir ihtimal olabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

2.1.2. Madde Kullanım Bozukluğu

İnsanlık tarihinin eski çağlarından beri madde kullanımı ve ilişkili bozuklukları vardır ancak son yıllardaki madde kullanan kişi sayısındaki artış ve giderek madde ile tanışma yaşındaki düşüşle birlikte dünyada önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (Bayrak, 2021; Kamışlı, 2014). Ciddi sağlık sorunlarının yanında toplumsal ve ekonomik sorunlara sebebiyet vermesiyle karakterize olan madde kullanımı dünyanın hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerinde önemli bir durumdur (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından psikoaktif maddeler “normal sağlığın sürdürülmesi için gerekli olmayan ve yaşayan bir organizma tarafından alındığında bu organizmanın bir veya daha fazla işlevini değiştirme özellikleri olan maddelerdir” şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 2010). DSÖ madde bağımlılığını ise, kişinin madde kullanımı, günlük yaşamında kendisi için önemli başka davranışların yerini alarak

önceliği haline getirdiği bir sendrom olarak açıklamaktadır. Bu tanımlardaki ana nokta, madde kullanımının ve ona bağlı kalınmasının, kişide uyumun bozulmasına ve davranış değişikliğine yol açmasına sebebiyet verdiği gerçeğini öne çıkarmaktadır (Dilbaz, 2012).

Madde bağımlılığının temelinde madde ile bağlantılı sorunlara karşın madde alma isteğini durduramayıp devamlı bir şekilde madde kullandığını gösteren fizyolojik, bilişsel ve davranışsal belirtiler yer almaktadır (Engin, 2021). Çeşitli görülen yan etkilerine karşılık madde kullanma ihtiyacı ise ailevi, mesleki ve sorumlulukları gibi kişinin yaşamını derinden etkileyen problemler ortaya çıkmaktadır (Kamışlı, 2014).

Madde ile ilişkili bozukluklar 10 ayrı madde kümesini kapsar: Alkol; kafein; kenevir (kannabis); varsandırıcılar (hallüsinojenler) (fensiklidin [ya da benzer etkili arilsikloheksilaminler] ve diğer varsandırıcılar için ayrı kategoriler); uçucular (inhalanlar); opiyatlar; dinginleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler (sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler); uyarıcılar (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyancılar); tütün ve diğer (ya da bilinmeyen) maddeler şeklindedir (APA, 2013).

Alkol ve madde kullanım bozukluğuna ilişkin DSM-V tanı kriterleri 11 başlıkta incelenmiştir ve şu şekildedir:

1. Planlanandan daha fazla veya daha uzun süre alkol / madde kullanımı,
2. Bırakmak veya azaltmak için başarısız uğraşların olması,
3. Almak, kullanmak veya bırakmak için çok zaman harcamak,
4. Kullanmak için şiddetli istek ve dürtüler,
5. Kullanım nedeniyle işte, evde veya okulda yapılması gerekenleri yapamamak,
6. İlişkilerde sorunlara yol açmasına kullanmaya devam etmek,
7. Kullanım nedeniyle önemli sosyal, mesleki veya eğlence etkinliklerinden vazgeçmek,
8. Tehlikeyle sonuçlanacağı bilinse bile tekrar kullanmak,
9. Alkol veya maddenin neden olabileceği veya daha da kötüleştirebileceği fiziksel veya psikolojik bir sorunu olduğunu bilse bile kullanmaya devam etmek,
10. İsteddiği etkiyi elde etmek için daha fazla kullanmaya ihtiyaç duyma (tolerans),

11. Daha fazla kullanarak hafifletilebilen yoksunluk belirtilerinin gelişimi şeklindedir.

Bu kriterlerden iki veya üç tanesine sahip olmanın hafif, dört ya da beş tanesine sahip olmanın orta, altı ya da daha fazla belirtiyeye sahip olmanın ise ağır alkol ve madde kullanım bozukluğunu gösterdiği belirtilmektedir (McLellan, 2017).

2.1.2.1. Tarihçe

Tarihte milattan önce 4000 yıllarında Sümerlilerin ve onlardan sonra Asurluların haşhaş bitkisini keşfettikleri ve ilaç olarak kullanması konusunda bilgiler mevcuttur. İlerleyen yıllarda Mısır halkının afyonu yine tedavi amaçlı kullandığına dair papirüsler vardır. Daha sonrasında haşhaş, Yunanistan ve Roma'ya bir şekilde yayılmıştır. Yunan ve Roma hekimleri tarafından afyon önemli bir madde haline gelmiştir. Hipokrat bu maddenin uyku veren, uyuşturan ve kanama durduran özelliklerinin olduğunu bildirmiştir. Afyonun iyi bir ağrı kesici özelliğinin olduğu 10.yüzyılda keşfedilmiştir. Paracelsus ismi ile bilinen bir hekimin çok fazla insanı tedavi ettiği söylenmektedir. Afyon her ne kadar tıpta yoğun bir şekilde kullanılsa da zaman içerisinde bu maddenin bağımlılık yapıcı özelliği fark edilmiştir (Ögel, 2010).

Afyon ile çeşitli deneyler sonucunda bulunan morfinin tarihi ise Sertürner isimli bir eczacı asistanının alkaloit ile yaptığı deneyler ile başlamıştır. Afyondan alkaloiti çıkardıktan sonra afyondan on kat daha etkili bir madde ortaya çıktığını fark etmiştir. Ortaya çıkardığı bu yeni buluşunu principium somniferum (uyku verici ilke) olarak isimlendirmiş daha sonrasında Yunan tanrısı Morpheus'tan köken alan morfiума dönüştürmüştür. Zaman içerisinde çeşitli isimler alarak günümüze “morfin” olarak gelmiştir. Morfin, her ne kadar ilk zamanlarda bağımlı bireylerin dikkatini çekmese de güçlü özelliği nedeniyle intihar vakalarının sorumlusu olmuştur. Morfin tedavi amacıyla afyon bağımlılarında kullanılmıştır. Tedavi amacıyla kullanılan morfin ilk aşamalarda zararının olmadığı düşüncesiyle afyon bağımlıları için fazla miktarda uygulanıyordu fakat ilerleyen aşamalarda morfin bağımlılığı ortaya çıkmıştır. Toplum, morfini bir ilaç olarak gördüğü için morfin bağımlıları herhangi bir damgaya maruz kalmıyorlardı. Bunun bir diğer nedeni bağımlılık tanımının henüz yapılmamış olmasından kaynaklanmaktaydı (Ögel, 2010; Uzbay, 2009).

1830'lara gelindiğinde afyonun zararlı bir madde olduğu zehirlenmeler ve ölümler sonucunda ortaya çıkmıştır. İlerleyen yıllarda yasaklar konmaya ve hatta

yasaklanması için dernekler kurulmaya başlanmıştır. 1874 yıllarında, morfinden daha saf bir madde elde etmek amacıyla kimyagerler çalışmalar yapmıştır. Çalışmalar sonucunda morfinden daha güçlü ve ismine “heroin” dedikleri maddeyi bulmuşlardır. Günümüzde eroin ismiyle bildiğimiz madde o dönemlerde Bayer firması tarafından ilerleyen zamanlarda felaket getireceği bilinmeden piyasaya sürülmüştü. 1973 yıllarına gelindiğinde ilk kez doktor Pettey, “heroin”in tehlikeli bir madde olduğunu ve bağımlılığın herhangi bir tutku, sapma ya da kötü ruh ile bir ilgisi olmayıp bir hastalık olduğunu belirtmiştir. İlerleyen yıllarda morfin ve eroine benzer kimyasal yapıda olan metadon hidroklorür isimli beyaz toz, Alman araştırmacılar tarafından keşfedilmiştir. İkinci Dünya savaşı sırasında morfin miktarının azalması nedeniyle ortaya çıkan sentetik bir opiyat olan metadon da bu şekilde keşfedilmiştir (Ögel, 2010).

1960’a kadar olan süreçte madde bağımlılığı ve psikotrop maddeler ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak görülmemiştir. 1980’lere gelindiğinde afyon ve esrar başta olmak üzere çeşitli maddelerin bağımlılık yapması ve madde kötüye kullanımının bir davranış bozukluğu olarak nitelendirilmesi tıp literatüründe yer edinmiş ve etiyolojisi, tedavisi ve önlenmesi adına çalışmaları artırmıştır. Bu durumun ana nedenlerinden biri Vietnam savaşı sonrasında ülkesine dönüş yapan askerin büyük bir kısmının opioid bağımlısı olmasıdır. Savaş sonunda Amerika’ya dönen bağımlıların topluma uyum sağlamalarındaki sorunlar, madde arayışı içerisinde girdikleri legal olmayan yollar ve katlanarak devam eden yeni bağımlıların oluşması nedeniyle madde bağımlılığının ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunun anlaşılmasını sağlamıştır (Uzday, 2009).

Esrar ve afyon gibi maddeler doğal kaynaklardan elde edilebilen maddelerdir. İlaç enstitüsünün gelişmesiyle birlikte çeşitli sentetik ve bağımlılık yapıcı maddeler sentezlenmiştir. Mental hastalıklar için geliştirilen ilaçlar, barbitüratlar ve benzodiazepinlerin ortaya çıkmasını ve bununla birlikte yeni bir kötüye kullanım ve bağımlılık yapıcı maddenin doğmasına da sebep olmuştur. Barbitüratlar, 1864 yılında Alman bir araştırmacı olan Adolf von Baeyer tarafından keşfedilmiştir. Yatak ısılatma ve artriti de içinde barındıran 77 çeşit sağlık sorununun tedavisinde kullanılmıştır. Fakat diğer taraftan bağımlılık ve kötüye kullanma durumları nedeniyle çeşitli önemler alınarak kontrol altında tutulmuştur. Bir diğer bağımlılık yapan ilaç grubu benzodiazepinlerdir. 1930 yılında Leo Sternbach isimli bir kimyager tarafından keşfedilmiştir. 1950’ler sonrasında farklı bileşikler üzerinde çalışmalar sağlanmış ve bunlardan birisi olan diezepam da keşfedilmiştir. Keşfedilen bu bileşikler hem sedatif

etki göstermekte hem de hipnotik, kas gevşetici ve ağrı kesici gibi özelliklere de göstermektedir. Diğer maddeler gibi bu maddeler de kötüye kullanım ve bağımlılık oluşturma açısından risk altında olduğundan kullanımı sınırlandırılarak kontrollü kullanım sağlanmaktadır (Uzby, 2009).

2.1.2.2. Epidemiyoloji

Birleşmiş Milletler Dünya Uyuşturucu Raporuna göre, dünya genelinde 2020’de son bir yıl içerisinde madde kullanımı gösteren 15-64 yaş aralığında 284 milyon kişi mevcuttur. Bu yaş aralığındaki oran 18 kişiden 1’inin madde kullandığına işaret etmektedir. 2010 yılı ile karşılaştırıldığında yüzde 26’lık artış görülmektedir. Kullanılan maddelerin oranlarına bakıldığında, 2020 yılında 209 milyon kişinin kullandığı ve dünya nüfusunun yüzde 4’ünü oluşturduğu esrar dünya çapında en çok kullanılan madde olmuştur. 2020’de 61 milyon kişi yani dünya nüfusunun 1,2’sine denk gelmekte olan sayıda insan opioid kullanmıştır. Bu kullanıcılardan tahmini olarak 31 milyon’u eroin ve afyon kullanmaktadır.2020 yılında madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin yaklaşık olarak yüzde 40’ı kullandıkları ana maddenin opioid olduğunu göstermiştir. Ayrıca opioidler, en ölümcül nitelik taşıyan madde grubu olarak ölümlerin üçte ikisinde rolü olduğu görülmüştür. 2020’de ortalama 21,5 milyon kişi kokain kullanmıştır ve bu da küresel nüfusun 0,4’ünü oluşturmaktadır. Ayrıca 34 milyon kişi amfetamin kullanırken 20 milyon kişinin de “ecstasy” türü maddeler kullandığını açıklamıştır. Ayrıca rapor, dünya genelinde 11,2 milyon kişinin damar içi madde kullandığını öngörüyor. Bu sayının yaklaşık yarısı hepatit C, 1,4 milyonu ise HIV, 1,2’si ise ikisini de yaşamaktadır (UNODC, 2022).

Avrupa Birliği ve aday ülkeler (Türkiye ve Norveç) tarafından yıl sonu raporlama işlemi ile Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA)’ne iletilen bilgilere dayanarak hazırlanan 2022 yılı Avrupa Uyuşturucu Raporu’na göre; Avrupa Birliği ülkelerince maddeye erişim ve kullanımı yüksek oranlardadır. Avrupa Birliği’ndeki 15-64 yaş arası erkeklerin (50,5 milyon) madde kullanımının kadınlara (33 milyon) oranla daha fazla olduğu açıklanmaktadır. Rapora göre, esrar en çok tüketilen maddedir ve ikinci sırada uyarıcılar yer almaktadır. Opioid, diğer maddelere göre daha az kullanılıyor olsa da en çok zarara uğratarak ölüme sebep olan madde olduğu bildirilmiştir. 15-64 yaş aralığındaki yaşam boyu kullanımları sırasıyla esrar 78,6 milyon (%27.3), kokain 14,4 milyon (%5), MDMA 10,6 milyon

(%3,7), amfetamin 8,9 milyon (%3,1) kişi olarak açıklanmıştır. Ayrıca maddeye bağlı ölümlerin dağılımında kadınlar yüzde 21 iken erkekler yüzde 79 oranına sahiptir. Vefat yaşı 41 olarak bildirilirken opioid sebebiyle gerçekleşen ölümler yüzde 74 oranındadır. Türkiye’de en çok 25-44 yaş aralığında görülmektedir (EMCDDA, 2022).

Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl yapılan Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketi (NSDUH)’nin 2021 verileri sonucunda; 18 yaş ve üzeri bireylerde yaşam boyu madde kullanma yüzdeleri bildirilmiştir. Esrar kullanımı yüzdeliği 49.1, kokain kullanımı 16, eroin 2.6, halüsinojenler 17.8, inhalanlar 9.2 ve metamfetamin 6.6 şeklinde bulunmuştur (SAMHSA, 2021).

Türkiye’deki epidemiyoloji göz önüne alındığında, İçişleri Bakanlığı’nın 2022 yılında yayınladığı Türkiye Uyuşturucu Raporu’na göre alkol ve nikotin kullanım bozukluğu haricinde 2021 yılı içerisinde sadece tedavi merkezlerine 247.390 kişi ayaktan tedavi amacıyla başvurmuştur. Bu sayının 100.837 kişisi denetimli serbestlik kapsamında yer almaktadır. Yatarak tedavi alanların cinsiyet oranlarına bakıldığında %92,8 erkek, %7,2 kadın olduğu bildirilmiştir. Tedavi alan kişilerin yaş ortalaması 29 olarak bulunurken 25-34 yaş grubunda yoğunlaşmanın olduğu görülmektedir. Ayrıca kişilerin maddeyi ilk kullanım yaşı ortalaması 21 olarak ölçülmüştür. Psikoaktif madde dağılımına bakıldığında en çok kullanılan maddenin eroin (%43), sonrasında sırasıyla metamfetamin (%25,6), esrar (%11,6), sentetik kannabinoid (%5,8), diğer opiyatlar (%5), kokain (%2,4), ecsytasy (%1,9), uçucu maddeler (%1,1) ve diğer maddelerden (%5,1) kaynaklı tedavi gördüğü açıklanmaktadır. Damar içi madde kullanımı olan 1.465 kişiden çıkan sonuçlara göre, hepatit B bulunan 65 kişi (%4,4) ve hepatit C bulunan 642(%43,8) kişi tespit edilmiştir. Ayrıca HIV sonucu pozitif çıkan 19 kişi (%1,3) bulunmuştur. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı (ATK) tarafından otopsi kayıtlarından elde edilen bilgiler doğrultusunda madde bağlantılı ölüm (MBÖ) verilerinde 2021 yılında bir önceki yıla oranla %14’lük bir azalmanın söz konusu olduğu ve yıllar baz alındığında MBÖ oranının pik yaptığı 2017 yılından bu yana %71,3 oranında bir düşüş söz konusu olduğu belirtilmektedir. Madde bağlantılı ölümlerde metamfetamine %46,3, eroine %28,1 ve ecstasye %25,2 oranında rastlanmıştır (TUBİM, 2022).

Türkiye genelinde 24438 kişi üzerinden gerçekleştirilen görüşmelerden çıkarılan Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası (TURBAHAR) sonuç raporuna göre, araştırmaya katılan kişilerin %4.5’nin tek tip madde kullanırken

%2.5'nin ise birden fazla tipte madde kullandığı görülmüştür. En riskli yaş grubu 24-29 yaş arasındaki erkek bireylerden oluşmaktadır (Ünüböl ve Sayar, 2019).

2.1.2.3. Bağımlılık Yapıcı Maddeler

2.1.2.3.1. Esrar

Esrar, haşhiş olarak bilinen ve hint kenevirinden elde edilen bir maddedir. Türkiye’de ismi “esrar” olarak geçerken Arapça’da “kunnap” adı verilmektedir (Ögel, 2010). Esrar, bitkilerin yaprakları kurutulup bastırılarak aktif maddesini bu kısım içindeki reçineden salgılayan kannabinoidlerin oluşturduğu maddedir. Diğer isimleri cannabis, hashish ve marihuanna olan esrarın etkin maddesi tetrahidrokannabinol (THC)’dir. Bu madde esrarın içinde en çok miktarda bulunup farmakolojik etkilerinin ana sorumluluğunu almaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2020; Engin, 2021).

Esrar kullanma şekilleri farklılık göstermektedir. Sigara olarak kullanıldığında etkisi 2 ila 4 saat arasında sürerken ağızdan alındığında 5-12 saat sürmektedir. Etkileri; dış uyaranlara duyarlılık artışı, algılama artışı, renk parlaklığında ve netliğinde artış şeklindedir. Zaman ve yer algısında değişiklikler meydana gelir. Kısa bir süre geçtiğinde bile saatler geçmiş şeklinde algılanmaktadır. Diğer etkileri de öfori ve inhibisyonların kalkması ve sese karşı duyarlılıkta artıştır. Uzun süreli etkileri ise, kişide yavaşlama, istekte ve canlılıkta azalma ve bellek bozukluklarıdır. Ayrıca, duygudurum bozukluğu, bulantı ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik ek tanılar da sık görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Esrar kalp krizi, ortostatik hipotansiyon, testis kanseri ve akciğer hastalıkları gibi sağlık problemlerine de yol açmaktadır. Ayrıca sürekli bir şekilde esrar kullanan bireylerde, hiç kullanmayanlara oranla psikoz riski 7 kat daha yüksek olarak belirlenmiştir (Bayrak, 2021).

Sentetik kannabinoidler, esrar benzeri özellikler göstermesi nedeniyle ülkemizde ilgi çeken bir diğer maddedir. İlk olarak John W. Huffman, sentetik kannabinoidlerin tedavi edici etkisini araştırırken sentezlemiştir (Özşeker ve diğerleri, 2017). 1990 yıllarında gerçekleşen bu sentez ortaya çıkan yan etkileri sebebiyle o dönemlerde tıbbi kullanıma girmemiştir. (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bu maddelerin sokak isimleri, Avrupa ülkelerinde ‘spice’, ‘K2’, ‘genie’ gibi adlandırılırken Türkiye’de ‘bonzai’, ‘jamaika’ şeklindedir (Yargıç, 2013).

Ulusal Zehir Veri Sistemi'ne ulaşan sentetik kannabinoide maruz kalma sonucunda ortaya çıkan bir araştırmada en sık bildirilen kardiyovasküler etkiler; taşikardi (%40), hipertansiyon (%8,1), göğüs ağrısı (%4,7), senkop (%2,1) ve hipotansiyon (%1,3) ortaya çıkmıştır. Ayrıca bildirilen sinir sistemi etkileri ise, ajitasyon/sinirlilik (%23,4), uyuşukluk (%13,5), konfüzyon (%12), halüsinasyonlar ve baş dönmesi şeklindedir (Hoyte ve diğerleri, 2012).

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) yeni uyuşturucu maddeler ile mücadele için Erken Uyarı Sistemi (Early Warning System) isimli ve bu merkeze bağlı birimlerin yer aldığı gruplar kurulmuştur. Türkiye'de bu görev Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'ne verilmiştir (Aşçıoğlu, 2013).

2.1.2.3.2. Opioidler

Opioidler, afyon ve benzeri maddelerin tümüne verilen isimdir. Afyon haşhaşından elde edilerek uyuşturucu nitelikte olan bu maddeler arasında eroin, morfin, kodein ve metadon yer almaktadır (Ögel, 2010). Morfin ve kodein doğal opium alkaloidi iken eroin yarısentetik, metadon ise sentetik yapıda narkotik analjezik olarak çeşitlenmektedir. Bu maddelerin terapötik dozdan daha fazla kullanılması şiddetli tolerans ve sonucunda bağımlılık gelişmesine sebep olur (Engin, 2021).

Opiyat kullanımı diğer bağımlılık yapıcı maddeler ile kıyaslandığında daha azdır fakat kullanımının yüksek risk içermesi, maddeye bağlı ölümlerin nedenleri arasında yüksek doz opiyat kullanımının olması, enfeksiyon hastalıklarının opiyat kullanıcılarında fazla görülmesi ve tedavi alan bireylerinde genel olarak opiyat kullanım bozukluğu olması nedeniyle üzerinde durulması gereken önemli bir konudur (Bayrak, 2021)

Dünya üzerinde kimyasal yapısı birbirinden farklı 20 çeşit opioid kliniklerde kullanılmaktadır fakat gelişmiş ülkeler, kötüye kullanım ve bağımlılık açısından incelendiğinde en sık kullanılan opioid eroindir. Eroin dışındaki opioidlere oluşan bağımlılık genellikle tedavi sırasında bağımlı hale gelen bireylerde, bu maddelere kolay bir şekilde ulaşabilen sağlık çalışanlarında ve tıbbi üreticilerde görülmektedir (Dilbaz, 2012).

Eroinin kullanım şekilleri; burundan çekilerek, damar içine ya da deri altına enjeksiyon ile gerçekleşmektedir. Eroinin başlangıç kullanımında endişe, sıkıntı ve

ruhsal gerginlik gibi etkileri vardır. Başlangıçtaki enerji ve neşe hali yerini yorgunluk ve uyuşukluğa bırakmaktadır. Hareket etmeye karşı isteksizlik ve ilgisizlik gelişmektedir (Engin, 2021).

Uzun süreli kullanımlarda kişide durgunluk gelişmesiyle birlikte toplum ile arasındaki bağ ve ilgi yok olmaya başlamaktadır. Depresyon gibi psikiyatrik problemler ortaya çıkmakta ve depresyon ya da bağımlılık sonucunda bireyde umutsuzluk gibi duygular ortaya çıkarak intihara sürüklemektedir. İntihar genellikle yüksek dozlarda alınan eroinden kaynaklanmaktadır ve bu durum ‘altın vuruş’ şeklinde isimlendirilmektedir (Ögel, 2010).

Eroin sokak isimleriyle ‘beyaz’, ‘toz’, ‘peynir’ şeklinde adlandırılmaktadır. Toleransı hızlı bir şekilde gelişmektedir. Artış sağlanan doz ileri boyutlara ulaşabilmektedir. Saf eroin kullanımında ruhsal bağımlılık hızlı gelişmektedir. Kişi ilk kez aldığı dozdan sonraki aşamada ruhsal sıkıntılar çekmeye başlaması sebebiyle dozu tekrarlama isteği duymaktadır (Ögel, 2020). Ağır bağımlılık durumu gelişen kişide, bırakma girişimleri ve tedavilere rağmen sık depresme ve yinelemeler meydana gelmektedir. Bu nedenle, madde kullanma isteğini azaltıcı tedavilerle gerçekleşen yaklaşımlar önem arz etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Morfin ise intravenöz (IV) ya da cilt altı gibi yollarla alınmaktadır ve etki süresi 4-5 saattir (Engin, 2021). Morfinin tıp alanında kullanım alanları geniştir. Güçlü bir ağrı kesici etkisi olmasıyla birlikte kanser sonucu oluşan geçirilemeyen ağrılarda etkili bir maddedir. Ayrıca yatıştırıcı ve kaygı giderici özellikleriyle tarihte sıkça askerler tarafından kullanılan fakat bağımlılık oluşturmaları sebebiyle tehlikeli olduğu anlaşılan bir madde olmuştur (Ögel, 2010).

Kodein, morfinden ayrıştırılarak kimyacı Pierre Jean Robiquet tarafından ortaya çıkarılmıştır. Yapısı beyaz renkli ve acıdır. Ağrı kesici özelliği morfinin onda biri oranına sahiptir. Bağımlılık sebebi ile tıbbi olarak kontrol altında kullanım sağlanmaktadır (Uzbay, 2009).

Opioidlerin damar yolu ile kullanılması sıkça hepatit B ve AIDS gibi enfeksiyonların görülmesine sebep olmaktadır. Zaman içerisinde kollar ve bacaklarda ülserler oluşmaktadır. Opioid bağımlılığında ilaç sürdürüldüğü sürece herhangi bir uyum problemi ortaya çıkmazken ilacın sağlanmadığı durumlarda hem yasal hem de ekonomik engeller sonucunda birey sosyal yaşamından uzaklaşmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

2.1.2.3.3. Uyarıcılar

Uyarıcı gruptaki maddeler, enerjide ve dikkatte artış sağlar, ayrıca kan basıncı, nabız ve solunum hızında artışa sebep olmaktadır. Bu gruptaki maddeler kokain, amfetaminler ve katinonlardır.

Kokain

Kokain, koka bitkisinin yapraklarından elde edilmektedir ve beyaz toz halindedir. Kokain kullanımı son yıllarda önemli sorunlardan biri olmuştur. Özellikle zengin batı ülkelerindeki kokain kullanımındaki artış bu durumun önemli bir parçasını oluşturmuştur (Gökler ve Koçak, 2008). Kokain, ilk olarak 1857 yılında Almanya’da izole edilmiştir ve 1880’lere gelindiğinde lokal anestezi olarak kullanılmıştır (Akan ve Cumurcu, 2021).

Türkiye dışındaki ülkelerde farklı şekilde isimlendirilmektedir (snow, girl, lady gibi) (Ögel, 2010). Kullanım şekilleri; suda çözülerek kullanıldığında damar yoluyla ya da burna çekilerek alınmaktadır (Engin, 2021).

Kokain, çok hızlı bir şekilde bağımlılık geliştirmektedir. Fiziksel bağımlılıktan önce psikolojik bağımlılık ortaya çıkmaktadır ve bir kez kullanılsa bile gelişebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020; Engin, 2021; Ögel, 2010). Alımından hemen sonra etkisini göstermektedir ve 30-60 dakika arasında etkisi ortadan kaybolmaktadır. Fizyolojik bağımlılık ise tekrarlanan kullanımlar neticesinde tolerans geliştikten sonra ortaya çıkmaktadır. Kokain kesildiğinde yoksunluk belirtileri meydana gelmekle birlikte opiyatlara göre etkileri daha düşüktür. Kan ve idrar gibi vücut sıvılarında etkisi geçmesine rağmen 10 gün süre metabolitlerini barındırabilmektedir (Ögel, 2010).

Kokain, psikostimülan özellikte olan bir maddedir ve öfori yaparak yorgunluk, soğuk, açlığa ve uykusuzluğa karşı dayanıklılık arttırıcı özelliği vardır (Uzbay, 2015). Zaman içerisinde daha fazla alım gerçekleştiğinde ise gerginlik, sıkıntı, öfke ve paranoid psikoz gibi belirtiler oluşmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Kokain bu etkilerini periferdeki sinir uyarımı oluşturması ve iletimini engellemesiyle gerçekleştirmektedir. Bu oluşum ve iletim engeli lokal anestezi özelliğinin ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Diğer taraftan santral sinir sistemini ise dolaysız şekilde uyarmaktadır. Bunu da katekolamin ve dopamin gibi

nörotransmitterlerin geri alımını engelleyerek yapmaktadır. Sonuç olarak, hareketlerde artış, iştahta azalma ve uyanıklık ortaya çıkmaktadır (Dilbaz, 2012).

Amfetaminler

Amfetaminler, sentetik uyarıcı maddelerdir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda tedavi amaçlı kullanılsa da bunlar dışında tıbbi olarak kullanımı sınırlıdır çünkü bağımlılık yapma potansiyeli oldukça yüksektir (Öztürk ve Uluşahin, 2020; Bayrak, 2021). Türkiye’de 1975 yılından beri hem satışı hem de kullanımı yasaklanmıştır (Gökler ve Koçak, 2008). Amfetaminler, en eski sentetik maddelerden biri olmakta ve “speed” şeklinde adlandırılmaktadır (Blanckaert ve diğerleri, 2013).

Amfetamin, ağız yolu ile alındıktan sonra nabız artışı, tansiyon yükselmesi ve solunum sayısında artış gibi etkiler göstermektedir. Damar yolu ile alınan ve yüksek dozlardaki amfetamin kullanımı bireylerde dolaşım bozukluklarına yol açar ve ani ölüm gerçekleşebilmektedir (Engin, 2021).

Ülkemizde amfetaminlerin kullanımı zihin açıcı ve uyarıcı şeklinde bilinmektedir. Hatta bu sebeple uzun yol sürücüler ve sınavlara hazırlanan öğrencilerin kullandığı görülmektedir. Amfetamin ve türevleri arasındaki en yaygın kullanım metamfetamindir. Metamfetamin, dünyada en çok tüketilen uyarıcı maddelerin başında geldiği bildirilmektedir. Avrupa’da uyuşturucu tedavisi gören bireylerin dörtte birinden fazlası bir oranda amfetamin türü kullanmaktadır (EMCDDA, 2021). 20.yüzyılın başlarında amfetaminden geliştirilmiştir. Uyanıklık, enerji ve öfori gibi duygularla sonuçlanması, maliyetinin düşüklüğü ve etkilerinin uzun sürmesi nedeniyle gençler arasında popüler hale gelmiştir (NIDA, 2022). Bu maddeler genel olarak ağızdan, damar ve inhalasyon yolu ile kullanılmaktadır (Arıkan, 2011).

Ekstazi

MDMA (3,4-metilendioksi-metilamfetamin, diğer adıyla "ecstasy") ilk olarak 1912 yılında sentezlenen (Passie ve Benzenhöfer, 2016) amfetamin türevi bir maddedir. Etki alanı amfetaminlere benzediği kadar halüsinojenlere de benzemektedir. Ruh hali ve çevredeki nesnelerin farkındalığı ile oluşan algıyı değiştiren sentetik bir maddedir (NIDA, 2020).

Ekstazi, tablet, kapsül, toz ya da sıvı şekillerde üretilmektedir. Kullanım şekilleri; ağız yoluyla, damar yolu ile enjekte ve burundan çekme şeklindedir. Tabletlerin üzerinde kuş, fil gibi resimler bulunmaktadır. Gençler arasında farklı isimlerle anılmaktadır. Ekstazi, bağımlılık yapıcı diğer maddelerle kıyaslandığında daha ucuza satın alınabilmektedir. Bu durum ise yaygınlaşmasını artırarak önemli bir risk oluşturmaktadır (Ögel, 2010).

Ekstazi kullanımından sonra ortaya mide bulantısı, kas krampları, bulanık görme, titreme ve terleme gibi etkiler meydana gelmektedir. Etkiler 3 ila 6 saat arasında sürmektedir (NIDA, 2020). Bunun yanında birçok çalışma, uzun süreli ve fazla şekilde MDMA kullanımının öğrenme ve hafıza gibi problemleri de içeren bilişsel sorunlarla bağlantılı olabileceğini bildirmektedir (Gouzoulis-Mayfrank, Daumann ve Tuchtenhagen, 2000). MDMA'nın çeşitli bilişsel, psikolojik ve nörolojik etkilerinin yanında kullanımının halk sağlığı açısından önemli olmasının esas nedenlerinden biri, ecstasy isimli satılan tabletin içeriğinde MDMA yanında birçok farklı maddenin kombinasyonlarını içermektedir (Tanner-Smith, 2006). Bunlar metamfetamin, kafein, dekstrometorfan, kokain ve efedrin gibi maddelerdir (Ögel, 2010).

2.1.2.3.4. İnhalanlar

İnhalanlar, soluma yoluyla çeşitli kimyasalların kan dolaşımına ve oradan hızla beyne ve organlara ulaştırdığı maddelerdir. Solunduktan birkaç saniye sonra alkol benzeri etkiler yaşatmaktadır. Bu etkiler kısa süreli olması nedeniyle sıklıkla tekrarlı solumalar görülmektedir ki bu maddelerin tehlikeli yanı bu noktadır. Tekrarlanan inhalasyonlar, kişinin bilinç kaybına ve hatta ölümüne sebep olabilmektedir (NIDA, 2023). Yaygın olarak kullanılan uçucu maddelerin alkol, sedatif ve anestezikler gibi merkezi sinir sistemini baskılayan maddelere benzer nörodavranışsal etkilere benzerliğini hayvan çalışmaları göstermektedir (NIDA, 2022). Baş dönmesi, göz kararması, konuşma güçlüğü, sallanarak yürüme, psikomotor yavaşlama, tremor, görme bulanıklığı ya da diplopi ve öfori gibi etkiler ortaya çıkmaktadır Etkisi 5 dakika içerisinde başlayarak 15-45 dakika kullanma dozuna bağlı olarak sürmektedir. Kanda 4 ila 10 saat arasında bulunabilmektedir (Dilbaz, 2012)

Uçucu maddeler odada gaz ya da sıvı formda bulunan maddelerdir. Boya incelticiler, saç, vücut ve oda spreyleri, yağ çıkarıcılar, yapışkanlar, tiner, benzin gibi

maddeler bu gruptadır. Ayrıca uçucu maddeler yasal ve çok pahalı olmayan maddeler olması nedeniyle kolay bir şekilde elde edilerek genç ve yoksul bireyler tarafından yüksek oranlarda kullanımı bildirilmiştir (Engin, 2021). Türkiye’de ve çeşitli gelişmekte olan ülkelerde bu kolay ulaşılabilirlik ve ucuzluk, tiner ve yapıştırıcı kullanımını en sık kullanılanlar grubuna dahil etmiştir (Vural ve Ögel, 2005).

2.1.2.3.5. Halüsinojenler

Halüsinojenler, LSD (liserjik asit dietilamid), peyıt, meskalin gibi maddelerdir. Diğer ismiyle “psikoz doğurucu (psikozomimetik) ilaçlar olarak bilinmektedir. Bu maddelerden sadece LSD Türkiye’de az çok kullanılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Halüsinojenler, renk ve koku gibi algıların artmasıyla renklerin olduğundan canlı, kokuların ise daha keskin bir şekilde algılanmasına neden olmaktadır. Ayrıca görsel olarak illüzyon ve halüsinasyonları da beraberinde getirmektedir (Engin, 2021).

LSD, ilk sentetik halüsinojendir ve farklı bir madde araştırması sırasında ortaya çıkmıştır LSD, İsviçreli kimyager Albert Hoffman tarafından, fark edilmeden perkütan olarak maruz kalması sonucunda halüsinasyonların ortaya çıkmasıyla keşfedilmiştir. Sandoz laboratuvarları, bu yeni ilacı piyasaya sürdükten sonra psikiyatrik tedavilerde hastalıkların patogenezi araştırmaları için kullanmaya başlamıştır. Kullanımının artması sonucunda olumsuz sonuçları bildirildikçe toplum sağlığını riske atması nedeniyle 1966’da yasaklanmıştır (Dilbaz, 2012). LSD, özellikle sosyoekonomik düzeyi yüksek şehirlerde gençler arasında yaygın olarak görülen maddelerden biridir (Gökler ve Koçak, 2008). Ülkemizde yaygın bir şekilde kullanılan bir madde değildir ve bulunması zordur. LSD, kullanan bireylerde göz bebeklerinin küçülmesi, kalp hızında ve basıncında artış, terleme, ağız kuruması gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır (Engin, 2021). Etkisi bir saat içerisinde başlayarak 2-4 saatte pik yapıp 8-12 saat içerisinde sonlanmaktadır (Ögel, 2010).

2.1.2.3.6. Sedatif ve Hipnotikler

Barbitüratlar ve benzeri hipnotikler, benzodiazepin gibi sedatif ve bunaltı giderici ilaçlar bu grupta yer almaktadır. Bu kategorideki ilaçlar ajitasyon ve anksiyete tedavisinde kullanılmaktadır. Bu ilaçların bağımlılık riski yüksek olup benzodiazepin ve barbitüratların kötüye kullanımları olduğu görülmektedir (Bayrak, 2021).

Ülkemizde bu ilaçların kullanımı önlenmiştir ve yeşil reçete ile alınabilmektedir. Bağımlılık durumu söz konusu olduğunda ise ilaç aşamalı şekilde bırakılmaktadır çünkü birden bırakılınca epilepsi ve deliryum tablosu ile karşı karşıya kalınmaktadır. Bu ilaçların bağımlılığı durumunda, hareketlerde, konuşmada ve düşüncede yavaşlama, bellekte zayıflama, dikkat ve duygusal bozukluk gibi belirtileri görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Benzodiazepinler, barbitüratlar ve diğer sedatif ilaçlarla karşılaştırıldığında daha sık kullanılmaktadır. Keşfinden sona barbitüratların hızlı bir şekilde önüne geçerek daha çok reçete edilmeye başlanmıştır. Bunun sebebi daha az solunum depresyonu yaparak anksiyeteyi azaltıp daha az sedasyon yapmasıdır (Uzbay, 2015). Benzodiazepinler anksiyolitik, hipnotik, kas gevşetici ve antikonvülsan gibi birçok etkiye sahiptir (Temiz ve Şener, 1994; Lader, 2014). Bu etkilerinin yanında benzodiazepinleri kötüye kullanan kişi, diğer bağımlılık yapıcı maddelerle (kokain ya da amfetaminler gibi) etkileşim oluşturmak amacıyla bir aracı olarak da kullanabilmektedir (Lader, 1994).

2.1.3. Tedavi

Alkol ve madde kullanım bozuklukları tedavisi ayaktan ve yatarak olmak üzere iki şekildedir. Tedavi 4 aşamadan oluşmaktadır. Bunlar; bireyin madde kullanımına bağlı intoksikasyonlarının veya yoksunluk belirtilerinin olduğu ilkyardım (1. ve 2.gün), detoksifikasyon sürecine devam edilen ve grup/bireysel psikoterapilerin başlanabileceği erken dönem(0-4.hafta), bağımlılığa sebep olduğu düşünülen ruhsal bozuklukların tedavi edildiği ve psikoterapilere devam edilen uzun dönem (4-24 hafta) ve bireyin izlenmeye devam ettiği rehabilitasyon aşaması (6 ay-2 yıl) şeklindedir (Bayrak, 2021).

Yatarak tedavi edilmesi, bireyin bağımlılık şiddetini değerlendirmek, detoksifikasyon, madde sonucu oluşan etkileri kontrol altına almak, ruhsal durumunu daha iyi değerlendirmek ve en önemlisi de maddeden soyutlanmış bir ortamda bulundurmak gibi nedenlerle daha işlevseldir (Engin, 2021).

Birey için sadece arındırma tedavisi yeterli olmamakla birlikte, madde kullanmadan kalmayı sağlamak için arındırma programına ek olarak psikososyal müdahaleler ile desteklenmelidir (Dilbaz, 2012). Bu psikososyal müdahaleler, bireyin

ilerleyen aşamalarda yaşamını planlamak ve yapılandırmakla birlikte doğru savunma sistemleri geliştirmeyi amaçlamaktadır (Evli ve Albayrak, 2021).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireyler ilk olarak hastanelerden, profesyonellerden yardım almaktadır ve bunlar genel olarak akut dönemlerdedir. Adsız Alkolikler ya da Adsız Narkotikler gibi kendine destek grupları bireylerin ilerleyen aşamalarda da yardım arayışları için önemli bir yere sahiptir (Yıldız, 2021).

2.2. Damgalama

Damga (stigma) sözcük anlamı olarak “delik, delmek, yara, iz” anlamlarına gelmektedir fakat günümüzde daha çok “kara leke” anlamında kullanılmaktadır. Orta Çağ’da suçlu kişiler kızgın bir demir ile dağlanmaktaydı ve bu uygulama suçluluğun bir göstergesiydi. Böylece “damga” kişilerin veya grupların farklı olduğunu vurgulayarak utanılması gereken bir durumun belirtisi olarak değerlendirilmiştir (Taşkın, 2007). Birey veya toplum kendisini rahatsız ederek ürkmesine sebep olan bir durumla karşı karşıya kaldığında onu kendisinden dışlayıp yabancılaştırma yoluna gider ve aslında bu da ayrımcılığın başlangıcı olarak kabul edilebilir (Çam ve Çuhadar, 2011). Orta Çağ’dan günümüze kadar olan tarihi süreç içerisinde kızgın demir ile bedenlere yapılan damgalama, modern dünyada yerini kişilere olumsuz tutum ve davranışlar gösterilerek toplumdan uzaklaştırmak ve dışlanmak şeklinde somutlaşmıştır (Özmen ve Erdem, 2018). Damgalama kuramının öncüsü olarak bilinen Amerikalı sosyolog Goffman damgalamayı (stigma), “damgalanan bireye daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi algılanmaması” şeklinde yorumlamıştır (Oran ve Şenuzun, 2008).

Erken çağlardan bu yana pek çok olgu ve durum için görülen damgalama; cüzzam, HIV/AIDS, kanser, ruhsal hastalıklar, epilepsi ve tüberküloz gibi kronik sağlık durumlarıyla ilişkilendirilmektedir (Taşkın, 2007; Van Brakel, 2006). İnsanlar bu hastalıklar hakkında yeterli bilgiye sahip olmasalar bile önyargılarla birlikte yaşamaktadır. Bu tür olumsuz önyargıların ilk hedefinde ruhsal bozukluklar yer almaktadır. Çünkü diğer hastalıklardan farklı olarak damga, ruhsal hastalıkların tümünü kapsamaktadır (Üçok, 2003).

İnsanlık tarihinin daha çok bilgisizlik ve güçsüzlüğün hüküm sürdüğü dönemlerinde ruhsal hastalıklar insanlarda korkuya neden olmuştur. Bunun sebebi hastalık belirtilerinin açıklanamaz ve anlaşılmaz olmasıyla birlikte bireylerin duygu,

düşünce ve davranışlarında ortaya çıkan değişikliklerin normal dışı kabul edilmesinden kaynaklanmaktadır. “Tehlikeli”, “etrafa zarar veren” ve “ne zaman ne yapacağı belli olmayan kişiler” şeklinde oluşan toplum algısı, ruhsal hastalıkların damgalanması ve dışlanmasında en önemli değişken haline gelmiştir (Taşkın, 2007; Açıkgoz ve Akkuş, 2018).

Damgalama süreci, “etiketleme” ile başlayıp ayrımcılık ve dışlama ile sona ermektedir. Ruhsal hastalık tanısı almak kişide bir etiket oluşturmaktadır. “Ruhsal hastalık” etiketi, “toplumun ortak görüşü” ve “bir kez oluştuktan sonra değişmeyen” anlamlarına gelen “stereotipi”leri meydana getirir. Stereotipi içeriği ise, ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli ve ne yapacağının belli olmaması şeklindedir. Bu durum sürecin diğer basamağı olan “önyargı”ları ortaya çıkarmaktadır. Önyargı ise, bireylerin biliş süzgecinden geçirilmeden toplumun bir durum konusundaki önceki yargıları ve stereotipleri üzerine oluşmaktadır. Bu stereotipler ile hastanın artık gerçek kimliğine ya da diğer özelliklerine bakılmaksızın tehlikeli olarak değerlendirilmeye başlanması, süreci devam ettirmektedir. Stereotipleri destekleyen önyargılar sonucunda bazı “duygusal reaksiyonlar” ortaya çıkmaktadır. Ruhsal hastalığa sahip kişiler için oluşan duygusal tepkiler genellikle korku ve öfkedir. Tehlikeli oldukları düşüncesi ile korku, hastaların toplumun düzenini bozdukları, kendilerine bakamadıkları düşüncesi ile de öfke duygusu açığa çıkmaktadır. Bilişsel ve duygusal tepkiler sonucunda da damgalanan bireyler, “sosyal konumda bir yitim” yaşayacaktır. Toplum, bu kişileri kendilerinden uzak tutarak açık bir şekilde ayrımcılık ve dışlanmaya maruz bırakmaktadır. Sürecin son basamağı olan “ayrımcılık”ta ise hastalar toplumsal yaşam içerisinde birçok kısıtlamalara maruz kalarak toplum dışında kalır. Ayrımcılık, stereotipler ve önyargıların birleşimi ile değerlendirilen bir durum sonucu ortaya çıkan bilişsel ve duygusal tepkilerin davranışa yansımaları olarak kavramsallaştırılabilir (Taşkın, 2007).

Günlük yaşamda film, gazete, dergi, kitap ya da radyo programları gibi çeşitli medyatik araçlar ruhsal hastalığı olan bireylerin deneyimlerini iletmek için bir yol olmuştur. Fakat yanlış bir şekilde beyan edilen ve muhatabını aşağılayan, küçük düşüren yapıda bir dilin kullanılması nedeniyle bu kişiler bu yollarla da toplumsal olarak ayrımcılığa maruz kalmaktadır (Corrigan, 1998; Üçok, 2003). Ruhsal hastalığa sahip kişiler aslında iki zorlanmayı bir arada yaşamaktadır. Bir taraftan hastalıklarından kaynaklanan belirtiler ve engellerle mücadele ederken diğer taraftan

toplum tarafından yanlış kanılardan kaynaklanan önyargılarla da mücadele etmektedir (Corrigan ve Watson, 2002).

Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik olumsuz sosyal tutumlar, toplum ile bütünleşme ve kabul edilebilirliğin önünde engel oluşturmakta olup arkadaşlık ilişkilerini, iş yaşamını, okul yaşamını, sosyal ve aile ilişkilerini, barınma ve istihdamı olumsuz yönde etkilemektedir (WHO, 2001; Taşkın, 2007; Lundberg ve diğerleri, 2008). Bu tür bir dışlama sıklıkla benlik saygısının düşmesine, kişinin hedeflediği bir işi devam ettirme korkusuna ve sosyal fırsatların kaybına sebep olmaktadır (Corrigan, 1998). Bu soyutlayıcı tutumlar, bireylerin daha az sosyal destek almalarına yol açarken sağaltım için de önemli bir olumsuzluk haline gelmektedir (Taşkın, 2007). Bireylere etkili tedavi sunulması için doğru tanı konulmasına engel oluşturmaktadır (Açıkgöz ve Akkuş, 2018). Tedaviye uyum sağlamalarında sorunlara (Ersoy ve Varan, 2007) ve ihtiyaç duydukları yardımı etkili bir şekilde alamamalarına yol açmaktadır (WHO, 2002). Bu nedenle, damgalama ile mücadele ruh sağlığı tedavisi için oluşturulmuş standartların iyileştirimi konusunda ön planda tutulmaktadır (Kuş, 2010).

2.2.1. İçselleştirilmiş Damgalanma

Ruhsal hastalığı olan bireyler, toplumdaki diğer bireyler gibi ortak kalıp yargılar ile yüz yüze gelmektedir. Kendileri ya da başka insanlar tarafından etiketlendiklerinde, artık kendilerini istemeyerek de olsa bu grubun bir üyesi olarak görmektedirler. Damgalamayı psikolojik olarak sindirmiş bireyler, bu kalıp yargıları onaylamaya daha yatkın hale gelerek kendilerine uygulanabilir olduğuna inanmaktadır. Damgalanmanın içselleştirilmesiyle birlikte ortaya utanç duygusu da çıkmaktadır (Ritsher ve diğerleri, 2003; Ersoy ve Varan, 2007).

Bazı çalışmalarda, bireylerin psikiyatriye başvurup tanı aldıktan sonraki süreçte, açık bir şekilde ayrımcılıkla karşı karşıya kalmasalar bile kendilerini damgalanmış hissettikleri görülmektedir (Taşkın, 2007). Bu durumu açıklayan kavram ise içselleştirilmiş damgalanmadır. Corrigan, içselleştirilmiş damgalanmayı, “Olumsuz stereotiplerin kişinin kendisine uygulanmasıyla tetiklenen değersizleştirme, utanma, gizlilik ve geri çekilmedir” şeklinde tanımlamıştır (Corrigan, 1998).

Bireyin damgalanma algısı kişinin damgalamaya uğradığını hissetmesiyle, içselleştirilmiş damgalanma bireyin aslında kendi kendini damgalamasıdır (Baysal, 2013). Bu kavram, damgalamanın sebep olduğu içsel psikolojik zararın merkezinde

yer almaktadır (Ritsher ve diğeri, 2003). Toplumsal damgalamanın etki ettiği dışsal ve nesnel (istihdam, barınma gibi) faktörler olabilir fakat içselleştirilmiş damgalanmada içsel subjektif deneyimlere ve psikolojik etkilere odaklanılmasının yanında, bu nesnel engeller ile baş etmeyi de zorlaştırmaktadır (Ritsher ve diğeri, 2003).

Ruhsal hastalık tanısı sonrasında yüksek düzeyde damgalanma hastalığın seyrini etkilemektedir. Maruz kalan bireyleri birçok alanda dezavantajlı duruma getirmektedir (Baysal, 2013). Bireyin uğradığı ayrımcılığın nesnel derecesi ne olursa olsun, içselleştirilmiş damgalanma kişinin öz saygısı ve kaygı düzeyini etkileyerek değersizleştiğine ve ötekileştirildiğine dair bir algı oluşturmaktadır (Ritsher ve diğeri, 2003). Bireyin daha önceden sahip olduğu kimliklerini (öğrenci, işçi, ebeveyn vb.) kısıtlayarak sınırlamaya sebep olmaktadır (Yanos, Roe ve Lysaker, 2011). Hastalarda, bulunduğu durumdan utanma, yetersiz hissetme, sosyal ilişkilerinden kaçınma, olumsuz otomatik düşüncelerde artma, moral bozukluğu, sosyal uyumda bozulma, işsizlik, gelir kaybı görölmektedir (Taşkın, 2007; Ritsher ve Phelan, 2004).

Toplumdaki ruhsal hastalığa sahip kişilere yönelik önyargılar ile hemfikir olan kişiler zayıf olduklarını ve kendi başlarının çaresine bakamayacak düzeyde yetersiz olduklarını düşünerek ön yargıları onaylar. Bu kendine ön yargı, olumsuz duygusal tepkilere yol açmaktadır. Bireyler, benlik saygısı ve öz yeterlilik kaybı gibi olumsuz duygusal tepkiler yaşamaktadır (Corrigan ve Watson, 2002; Corrigan, Larson ve Rüsch, 2009). Bu alanda yapılan bir çalışmaya göre, psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma yaşadıklarını ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça benlik saygısının azaldığı sonucu çıkmıştır (Tel ve Pınar, 2012). Ayrıca kişinin yaşam amaçlarına ve kalitesine de önemli ölçüde müdahale etmektedir (Corrigan ve Watson, 2002).

Damgalama ve içselleştirilmiş damgalanmada etkili olan olumsuz kalıp yargıların belirlenerek olumluya dönüştürölmesi gerekmektedir. Bu nedenle hasta, aile ve topluma yönelik bilinçlendirme çalışmalarının daha iyi bir ruh sağlığı politikasına ulaşmak amacıyla yasalar ve sivil toplum örgütlerini kapsayıcı şekilde yürütölmesi önemlidir (Çam ve Çuhadar, 2009).

2.2.2. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu ve İçselleştirilmiş Damgalanma

Alkol ve madde kullanım bozukluğu ruhsal bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Fakat toplumun bu kişilerin yaşadıkları durumu kişisel bir tercihmiş gibi algılayarak ruhsal hastalık kategorisine almamaları ve bu nedenle olumsuz tutum sergilemeleri bu kişileri damgalamaya maruz bırakmaktadır (Yıldırım, Sokullu ve Köknel, 2012).

Çeşitli araştırmalar, diğer ruhsal hastalıklar ile karşılaştırıldığında alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin daha çok damgalandığını (Rao ve diğerleri, 2009; Schomerus ve diğerleri, 2011) ve toplumun bu bireyleri tehlikeli, tahmin edilemez ve rahatsızlıklarının sorumlusu olarak nitelendirdikleri görülmektedir (Crisp ve diğerleri, 2000; Schomerus, Matschinger ve Angermeyer, 2006). Ayrıca madde kullanım bozuklukları toplum tarafından sağlık sorunu olmaktan çok hem ahlaki hem de cezai bir problem olarak görülmektedir. Bunun nedeni, yasal maddelerden çok yasa dışı maddelerin kullanımının toplum tarafından onaylanmaması ve bu tür davranışların suç olarak betimlenmesinden kaynaklanmaktadır (Livingston ve diğerleri, 2012).

Hastalar ve hasta yakınları ile yapılan bir diğer çalışmada ise, iki grubun da alkol ve madde kullanmayı ahlak zayıflığı ve kişilik problemi olarak değerlendirirken aynı zamanda bir hastalık olduğunu da kabul ettiğini ortaya koymuştur (Arıkan, 2004). Buradan hareketle, sadece toplumun değil, AMKB olan bireylerin de kendisini damgalayarak damgayı içselleştirdiği görülmektedir.

Olumsuz klişeleri içselleştiren bireyde, düşük özsaygı ve olumsuz bir toplumsal duruş ortaya çıkacaktır. Bu toplumsal duruş, etkilenen bireyleri güvenilirmez görerek halkın katılımından dışlamakta ve bireyin farklı alanlarda içe çekilme yaşamasına neden olmaktadır. Örneğin, iş başvurusunda bulunmayarak kendilerini kamusal yaşamdan dışlayacaklardır, kendilerini sorumlu birer vatandaş olarak görmekten vazgeçeceklerdir veya kendilerini kendilerine uygulanan davranışların nesneleri olarak görmeye başlayacaklardır (Matthews, Dwyer, Snoek, 2017).

Olumsuz durumlar ve duygulanımlar üzerine AMKB olan birey kısır bir döngüye girmektedir. Birey, alkol veya madde kullanımı neticesinde oluşan olumsuz duygulanımlarla yine alkol veya madde kullanarak baş ettiğini düşünmektedir. Madde kullanımı sonrasında gelen pişmanlık, bağımlılığını durduramamak, başa çıkmak için çabaladığı deneyimlerin çözüme varamaması ve kullandığı maddenin gücü karşısında

ezildiğini hissetmesi sonucunda suçluluk ve utanç duygularının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Çam ve Ayakdaş Dağlı, 2017; Dearing ve diğerleri, 2005; Treeby ve Bruno, 2012).

İçselleştirilmiş damgalanma, AMKB olan bireylerin sağaltım sürecinde ve iyilik hallerine ulaşabilmelerinde önemli bir engel olduğu düşünülmektedir. Hastaların kendilerinden kaynaklandığı düşüncesiyle oluşturduğu içsel damgasını içeren bu süreç nedeniyle; ortamdaki uzaklaşma isteği, yaşam standartlarında düşme, kullandığını saklama eğilimi ve tedavi merkezlerine başvurmakta gecikmeyle birlikte tedaviyi reddetme gibi durumlar ortaya çıkmaktadır (Chan ve Mak, 2014; Çam ve Ayakdaş, 2017; Çam ve Çuhadar, 2011).

Oexle ve arkadaşlarının yapmış olduğu boylamsal araştırmada, ruhsal hastalığa sahip bireylerin içselleştirilmiş damgalanmasının artmasının iyileşmeyi azalttığını ortaya koymuştur (Oexle ve diğerleri, 2017). Bu nedenle içselleştirilmiş damgalanma, tedavi sürecinde üzerinde durularak iyileştirmesi sağlanması gereken önemli bir problemdir. Ayrıca toplumsal damgalama ile karşılaştırıldığında bireyin zihnindeki damgalama üzerinde çalışmak daha ulaşılabilir ve kolay olarak değerlendirilmektedir (Ersoy ve Varan, 2007).

2.3. Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık, İngilizce’de “resilience”, Latince’de ise “resiliens” kökünden türemiş ve elastikiyet yani bir maddenin önceki haline kolay bir şekilde dönüşümünü ifade eden (Gizir, 2007) kavram Türkçe’ye çeşitli şekillerde çevirilmiştir. Bunlar; yılmazlık (Demirbaş, 2010; Çakar, ve diğerleri, 2015; Gürkan, 2006), kendini toplama gücü (Traş ve Aydın, 2019), dayanıklılık (Basım ve Çetin, 2011; Eminağaoğlu, 2006), psikolojik sağlamlık (Gizir ve Aydın, 2006; Kararımak, 2006) gibi kavramlardır. Psikolojik dayanıklılığın ulusal literatür çerçevesinde incelendiğinde farklı anlam boyutlarında kullanılması ve çevirilerde ortak bir kavramda bütünleşmek adına Basım ve Çetin (2011), yaptıkları çalışmada psikiyatri ve psikoloji alanındaki öğretim üyeleriyle birlikte en uygun kavramın ‘psikolojik dayanıklılık’ olduğu görüşüne varmıştır. Bu çalışmada da bu kavram kullanılacaktır.

Psikolojik dayanıklılık kavramının temelleri II.Dünya Savaşı yıllarına kadar dayanmaktadır. Savaş sürecinde travmatik durumların ardından ruhsal hastalıkların gelişmesini azaltmak amaçlı çocuklara girişimler planlanmıştır. Araştırmacılar, bazı

çocukların ciddi sıkıntılar ve olumsuz durumlara maruz kalmalarına rağmen kendilerini toparlayabildiklerini ve olumsuz tecrübelerle uyum sağlayabildiklerini fark ederek psikolojik dayanıklılık kavramının gelişimine ilk adımlarını atmıştır (VanMeter ve Cicchetti, 2020).

Psikolojik dayanıklılığın ortak kavramda birleşmenin yanında anlamı bakımından da araştırmacılar tarafından farklı yorumlanmıştır. Literatür incelendiğinde kavramın tanımlanmalarını “iyileşme yeteneği”, “kişilik türü”, “geri dönme kapasitesi”, “zaman içerisinde gelişim gösteren dinamik süreç” ve “yaşam koşullarına karşı olumlu uyum” şeklinde sınıflandırabiliriz (Sisto ve diğerleri, 2019).

Bazı araştırmacılar kişilerin yaşadıkları travmatik yaşam olayları ya da kayıplar gibi olumsuz durumlara rağmen kişiliği, ailesi ve sosyal kaynakların da katkısı ile iyileşme veya toparlanma gücü olarak tanımlamıştır (Patel ve diğerleri, 2017; Leipold, 2009; Bonanno ve diğerleri, 2010; Rutten ve diğerleri, 2013).

Psikolojik dayanıklılığı ‘bireyi karakterize eden bir işlevsellik türü’ olarak tanımlayan araştırmacılar, dayanıklı bireylerin stres karşısında psikolojik yönden sağlıklı kalabilmeleri ve hatta gelişim göstermeleri hususundaki ana noktanın uyum sağlayan tutum ve davranışlara sahip bir kişilik olduğunu vurgulamaktadır. Kısaca travmatik durumlar ve strese karşı kişisel özelliklerin koruyucu bir faktör olduğunu ve uyum yeteneğinin psikolojik dayanıklılığın temelinde olduğunu bildirmektedir (Connor ve Davidson, 2003; Luthar ve diğerleri, 2000; Ong ve diğerleri, 2006; McAllister ve Lowe, 2011; Terzi, 2008; Öz ve Yılmaz, 2009; Basım ve Çetin, 2011; Schumacher ve diğerleri, 2014)

Bazı araştırmacılar ise psikolojik dayanıklılığı, zorluk ya da stresli bir olayla karşılaşılması durumunda kişisel potansiyelini geliştirmesinin yanında kendini toparlayarak problem ile yüzleşme ve olumsuz tecrübelerden “geri dönme kabiliyeti” şeklinde tanımlamıştır (Davidson ve diğerleri, 2005; Prince-Embury ve Saklofske, 2013; Klein ve diğerleri, 2003; Earvolino-Ramirez, 2007; Windle, 2011). Psikolojik dayanıklılık, bireyin olumsuz ve stres verici durumlarla başa çıkmasında bireysel, ailesel ve sosyal kaynakların dinamik uyumu şeklinde de tanımlanmaktadır. Yani psikolojik dayanıklılık, sadece kişisel bir özellik değil aynı zamanda risk faktörlerine karşı koruyucu faktörlerin rol oynadığı dinamik bir süreçtir (Brando ve diğerleri, 2011; Caldeira ve Timmins, 2016; Luthar ve Brown, 2007; Masten, 2011; Öz ve Yılmaz 2009).

Özetle, psikolojik dayanıklılıkta üç ana nokta ortaklığı belirtilmektedir. Risk faktörleri, olumlu uyum göstererek baş etme yeteneği ve koruyucu faktörlerdir (Gizir, 2007). Risk faktörleri, “olumsuz bir durumun ortaya çıkma olasılığını arttıracak ya da olası bir problemin süregelmesine neden olacak etkiler” şeklinde tanımlanmaktadır (Kirby ve Fraser, 2007). Risk faktörleri; kişisel (kronik ya da ruhsal hastalık, düşük özgüven, etkili başa çıkma mekanizmaları kullanılamaması, adolesan gebelik, madde kullanımı vb.), ailesel (kronik/ruhsal hastalığı olan ebeveyne sahip olma, aile içi şiddet, ihmal ya da istismarın olması, madde kullanımı ya da suç işlemiş ebeveyne sahip olma vb.) ve çevresel/toplumsal risk faktörleri (düşük sosyoekonomik durum, yoksulluk, evsizlik, işsizlik, toplumsal şiddet, madde kullanımı vb.) şeklinde sınıflanmaktadır (Ülker ve Recepoğlu, 2013; Öz ve Yılmaz, 2009).

Koruyucu faktörler; Masten (1994)’e göre “risk ya da zorluğun etkisini azaltan ya da ortadan kaldıran, sağlıklı uyumu ve bireyin yeterliklerini geliştiren durumlar” şeklindedir. Bireysel koruyucu faktörler; zekâ, iç kontrol odaklı olmak, yüksek benlik saygısı, özyeterlilik, kişisel farkındalık, etkili problem çözme becerileri, mizah anlayışına sahip olmak şeklindedir. Ailesel koruyucu faktörler; yakın ilişkili ve destekleyici aile bağı, aile ile yaşama, aile içi olumlu beklentiler sağlanması, avantajlı sosyoekonomik durum vb. şeklindedir. Çevresel koruyucu faktörler incelendiğinde; toplumsal destek, akran desteği, yetişkinler arası olumlu ilişkiler gösterilebilmektedir (Gizir, 2007; Kararımak, 2006; Öz ve Yılmaz, 2009). Olumlu sonuçlar ise “bireyin sahip olduğu içsel ve dışsal koruyucu faktörlerle, risk faktörlerinin üstesinden gelmesi sonucunda kazandığı yeterliliklerdir” şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyin, verilen görevlerini yerine getirmesi, olumlu sosyal ilişkiler edinmesi, suç içeren davranışlardan kaçınması, mutlu olması, kendinin farkında olarak kabul etmesi ve uyumlanması, iyilik hali ve yaşam doyumu gibi olumlu sonuçları içermektedir (Ülker ve Recepoğlu, 2013).

Risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin psikolojik dayanıklılıktaki rolünü gösteren önemli çalışmalardan biri Werner ve Smith (1992)’in yaptığı boylamsal araştırmadır. Kauai’de (Hawaii) doğan 698 çocuktan oluşan örneklem 30 yıl sürmüştür. Çalışmaya, zor doğum, yoksulluk, alkolizm sorunu yaşayan aileler, ruhsal hastalık ve saldırganlık gibi risk faktörlerine maruz kalmış kişiler dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan çocukların genel olarak birden fazla risk faktörüne maruz kalmasına rağmen yüzde 28’inin iyi uyum gösterdiği ve sosyal işlevselliğinin ve kendine güven

durumlarının iyi seviyede olduğu görülmüştür (Sisto ve diğeri, 2019). Bu ve benzeri nitelikteki çalışmalar gösteriyor ki, riskli duruma maruz kalan bireylerin gelişimi her ne kadar olumsuz etkilense de koruyucu faktörlerin bireylerin olumlu gelişimine katkı sağlayacak şekilde olması, ruhsal bakımdan olumlu sonuçlar ortaya çıkarmaktadır (Öz ve Yılmaz, 2009).

2.3.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu ve Psikolojik Dayanıklılık

İnsanlar olumsuz bir deneyim yaşadıklarında uyum yetenekleri farklılık göstermektedir. Stresli ve travmatik durumlara karşı bazı bireyler uyumluluk gösterirken bazı bireyler bu durum karşısında olumsuz etkilenmektedir. Çalışmalar gösteriyor ki, bu tepkilerdeki farklılık bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile açıklanabilmektedir (Kim Cohen, 2009).

İnsanların, stres karşısında oluşan olumsuz duygular ile baş etmek için sıklıkla alkol ya da maddeye yöneldiği görülmektedir. Ancak bazı insanların bu olumsuz duygularla daha uyumlu yollarla baş edebiliyorken bazılarının alkol ve maddeye yönelmesindeki etmenin psikolojik dayanıklılığın önemli rol oynadığı düşünülmektedir (Kashdan ve diğeri, 2010; Wingo ve diğeri, 2014). Wingo ve diğeri (2014), 2024 yetişkin ile psikolojik dayanıklılık özellikleri ve yaşam boyu alkol ve yasadışı uyuşturucu kullanımı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, psikolojik dayanıklılık özelliklerinin madde kullanım bozuklukları riskini azalttığı bildirilmiştir.

Araştırmalar, psikolojik dayanıklılığı yüksek insanların zihinsel sağlık açısından daha iyi durumda olduğunu, daha yüksek özyeterliliğe ve benlik saygısına sahip olarak uyuşturucu madde kullanımı gibi riskli davranışlarda bulunma ihtimallerinin düşük olduğunu göstermektedir. Fadardi ve diğeri (2010) 120 üniversite öğrencisinde madde kötüye kullanımı ve psikolojik dayanıklılık ilişkisini inceleyen çalışmasında, madde kötüye kullanımı ile psikolojik dayanıklılık ilişkisinin ters yönlü olduğu bildirilmiştir.

Cuomu ve diğeri (2009) madde kullanımı olan ve olmayan mahkumlarda yaptığı çalışmada madde kullanımı olan bireylerde daha düşük psikolojik dayanıklılık saptanmıştır. Psikolojik dayanıklılığın madde kullanım riskine karşı koruyucu olan olumlu duygularla ilişkisi olduğuna dair çalışmalar da mevcuttur (Fredrickson ve diğeri, 2003; Bonanno ve diğeri, 2007). Benzer şekilde travmatik

durumlarla karşı karşıya kalan tüm bireylerin alkol ya da madde bağımlılığı geliştirmemesindeki faktörün zihinsel olarak sağlıklarını koruyan bireysel ve ailesel dayanıklılık olduğunu da vurgulamak gerekmektedir (Cadet, 2016).

Baum ve diğerlerinin (2022) yaptığı bir diğer çalışmada, COVID-19 salgını sırasında psikolojik dayanıklılığın strese karşı olumlu bir uyum göstererek tampon görev yaptığını bildirmektedir. Ayrıca çalışmada, yüksek dayanıklılığın esrar dışındaki tüm maddelerde daha düşük madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu sonuçlanmıştır.

Psikolojik dayanıklılık, madde kullanımına başlamada, madde kullanımını sürdürme ve nükslerde önemli bir etkidir ve psikolojik dayanıklılığı arttırmaya yönelik yapılacak girişimlerin, alkol ve madde kullanımının şiddetini azaltma, intihar girişimlerini önleme gibi pek çok açıdan önemli katkıları bulunmaktadır (Yalçın Şahiner ve diğerleri, 2022).

2.4. Öznel İyi Oluş

İyi yaşamın anlamına yönelik araştırmalar eski zamanlara kadar uzanmasına rağmen psikoloji ve ruh sağlığı çalışmaları genel olarak olumsuz duygular üzerine gerçekleşmiştir. Depresyon, acı ve üzüntü gibi duygular ve psikopatolojiler ön plana çıkarılarak insanın gelişimini ve doyumunu sağlayacak olumlu duyguların incelenmesi yakın zamana kadar ihmal edilmiştir (Öztürk, 2013). Bu durumun farkına varan araştırmacılar, ruh sağlığının olumlu yönlerine yönelmeye başlamıştır (Diener ve Lucas, 2000).

Sağlığın tanımı, 1948 yılındaki DSÖ Tüzüğü'ne göre “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu” şeklindedir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu tanımlama yapıldıktan sonra, sağlığın olumlu yönünün gelişimine vurgu yapan pozitif psikoloji çalışma alanının büyük çoğunluğu iyi oluş araştırmalarını kapsamıştır (Öztürk, 2013).

Öznel iyi oluş, Diener (1984)'e göre “bireylerin yaşam doyumlarına ve olumlu-olumsuz duygulanımlarına ilişkin genel bir değerlendirmedir.” Bu değerlendirmeler, kişilerin olay ve durumlar karşısındaki duygusal yanıtlarını, ruhsal hallerini ve yaşam doyumları hakkındaki bilişsel yargılarını içermektedir (Diener, Oishi ve Luceas, 2003). Bireyin yaşamında geçmiş, şimdi ve gelecek alanı içerisinde nelerin yaşandığı, yaşanıyor olduğu ve yaşanmak istendiği ve tüm bunlar karşısında duygulanımının nasıl olduğu ile ilişkilidir (Öztürk, 2013).

Olumlu duygular; neşe, ilgi, güven ve uyanıklık gibi duyguları içerirken olumsuz duygular; öfke, korku, üzüntü, suçluluk, tatminsizlik ve öznel sıkıntı/stresi tanımlamaktadır (Ben-Zur, 2003a; 2003b). Tuzgöl-Dost (2005)'e göre hoş duygulanım, hoş olmayan duygulanım ve yaşam doyumunu kapsayan öznel iyi oluşta, bireyin yaşamındaki hoş duygulanımların hoş olmayan duygulanımlardan fazla olmasıyla birlikte yaşamını olumlu nitelikte değerlendiriyorsa öznel iyi oluşu yüksektir. Ayrıca öznel iyi oluş anlık gelişen ruhsal durumlara karşın uzun süren duygulara yoğunlaşmaktadır (Diener ve diğerleri, 1997).

2.4.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu ve Öznel İyi Oluş

Madde kullanımı bireyi çeşitli yaşam alanlarında etkilemekte ve yıkıcı sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Bireyler maddeyi başlangıçta olumsuz duyguları hafifletmek için alsa da zamanla kullanım kontrolden çıkmaktadır. Madde kullanımı sonrasında, bireylerde pişmanlık ve umutsuzluk gibi olumsuz duygular açığa çıkmaktadır ve birey bu olumsuz duygularla baş etmek için yeniden madde kullanımına yönelerek kısır bir döngü içerisine girmektedir (Bayır, 2021).

Alkol veya madde kullanım durumlardaki etmenlerden birisi öznel iyi oluş olabileceği öngörülebilir. Nedungottil ve diğerleri (2022), alkol bağımlılığı olan ve olmayan bireylerdeki öznel iyi oluşu karşılaştırmıştır ve sonuç olarak alkol bağımlılığı olmayan bireylerde yüksek olumlu duygulanım ve yaşam doyumu ortaya çıkarken alkol bağımlılığı olan bireylerde olumsuz duygulanım anlamlı olarak yüksek puan almıştır.

2.5. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunda İçselleştirilmiş Damgalanma, Psikolojik Dayanıklılık, Öznel İyi Oluş ve Psikiyatri Hemşireliği

Psikiyatri hemşireliği; birey, aile ve toplumun ruh sağlığının geliştirilmesinde, ruhsal hastalıkları önleme ve koruma noktasında gerekli baş etmedeki profesyonel yardımın sunulduğu, terapötik iletişim ve yaklaşımı hedefleyerek psikososyal bakım konusunda etkili sonuçlar yaratmak için müdahaleleri kapsayan bir disiplindir (Öz, 2020).

Ülkemizde 19 Nisan 2011 tarihli ve 27910 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nde çalışılan birimlere göre hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir (Öz, 2020) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

hemşireliği bağlamında, alkol ve madde bağımlılığı hemşiresinin görev tanımında “hastaların bireysel gelişimini ve sosyalizasyonunu sağlayacak, kişisel benlik saygılarını, girişimciliğini arttıracak terapötik grup düzenler, hastaların katılımını teşvik eder ve gözlemler” gibi sorumlulukların yanında “toplumu bilgilendirme aktivitelerinde rol alır, ruhsal sağlığını koruma ve geliştirme konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti” şeklinde görev, yetki ve sorumluluklar yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Yani alkol ve madde bağımlılığı hemşiresi, alkol ya da diğer maddeleri bırakmak isteyen bireyleri ve ailelerinin sağlığına gelişimde katkı sağlayan, psikososyal problemleri tanımlayarak bakımlarını sağlayan, değerlendiren ve danışmanlık yapan, psikoeğitim programlarını ve kazandırılması gereken sosyal becerileri organize eden ve diğer taraftan da madde kullanımını önlemeye yönelik toplumu bilinçlendirme amaçlı eğitimlerde bulunmaktadır (Özaydın ve Yıldırım, 2011). Ayrıca hemşirelerin kanıta dayalı çalışmaları bağımlılık konusunda yürütmeleri ve sahada da uygulanabilir hale getirmeleri önemlidir (Evli ve Albayrak, 2021).

Alkol ve madde bağımlılığı merkezi hemşiresinin ve bağımlılık ile çalışan tüm sağlık personellerinin bağımlılığın tedavisinin yanı sıra bireylere uygulanan damgalama ve bireylerin içselleştirdiği damgalanma konusunda da girişim planlamaları önemlidir. Toplumdaki bu bireylere yönelik olumsuz tutum ve inançlar neticesinde damgalama ile mücadele önemli bir konudur. Hatta “Herkes için sağlık” başlığı altında Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa ülkeleri için açıkladığı “Ruh Sağlığı Eylem Planı” nda damgalama ve ayrımcılıkla mücadele eylem planının ana başlığında yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011; Açıkgöz ve Akkuş, 2018).

Damgalamayı azaltmada en önemli faktörlerden biri dildir. Ruh sağlığı alanında çalışan hemşireler, insanların değerini hissettirebilmek adına insanları sınıflandırarak etiketleyen “bağımlılar” “alkolikler” “kullanıcılar” ve hatta bu anlamlara gelen birçok argo kavramların kullanılmaması konusunda öncü olmalıdır. Bu terimler, insanların hali hazırdaki yaşantısını ve kişiliğini hiçe sayarak kimliğinin yok olmasına ve bireyde, değişme olasılığının olmadan aynı davranışlara sahip olacağı düşüncesiyle birlikte utanç duygusunun açığa çıkmasına sebep olmaktadır (Bayır, 2021). John ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, “madde bağımlısı” teriminin kullanılması “madde kullanım bozukluğu” terimine göre daha çok sosyal tehdit içererek cezayı hak eden bireyler şeklinde bir algı oluşturmaktadır. Bu şekilde

damgalayıcı yanı ön plana çıkararak bireyin tedavi arayışlarına da engel teşkil ettiği ifade edilmektedir (Kelly, Dow ve Westerhoff, 2010). Bu durumların yanı sıra damgalamayı azaltmada önemli faktörlerden biri, ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin bu hastalara karşı damgalayıcı bakış açılarının farkında olmalarıdır. Olumsuz tutumlarının farkında olarak bu tutumları olumluyla değiştirmeleri önemlidir (Çam ve Çuhadar, 2011). Hemşirenin kendi tutumlarının ve duygularının farkında olması, hastaların tutumları ve olumsuz duygularının farkındalığına fayda sağlayacaktır. Toplumun damgalamasını kendine döndürerek ortaya çıkan içselleştirilmiş damgalanma, hasta ve ailesinin yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir. Etki alanları, ruhsal hastalığa sahip bireyin tedavi aşamaları, sosyal alanı, öz benliği ve toplumsal ilişkileridir. Bu nedenle, ruh sağlığı ekibinin en önemli rollerinden biri, içselleştirilmiş damgalanmanın belirlenmesi ve azaltılmasına yönelik uygulamalar planlamasıdır (Çevik Durmaz, 2021; Çam ve Çuhadar, 2011).

İçselleştirilmiş damgalanmanın değerlendirmesinin ardından psikiyatri hemşiresinin farmakolojik tedavi haricinde holistik bir bakım ile danışmanlık rolünü yerine getirmesi gerekmektedir. Sosyal geri çekilmenin önlenmesi, uğraş bulunması ve psikososyal becerilerinin gelişimi gibi eğitimler düzenlenebilir. Ayrıca, yine psikiyatri hemşirelerinin düzenleyeceği psikoeğitimler de bireyin bulunduğu durumla ilgili inanç ve farkındalıklarını arttırmada önemli bir yere sahiptir (Çevik Durmaz, 2021).

Psikolojik dayanıklılık, hemşireler ve hatta toplum ruh sağlığı hemşireliği için önemli bir konudur. Toplumun daha iyi bir ruhsal sağlığa ulaşması ya da sürdürmesi için risk faktörlerinin indirildiği ve koruyucu faktörlerin öne çıkarılacağı girişimler söz konusu olmalıdır. Bireylerin, ailesel, bireysel ve çevresel özellikleri strese karşı uyumlanacak şekilde geliştirilmesi, bireylerin biyopsikososyal anlamda sağlıklı olmasını sağlayacaktır. Bu noktada psikiyatri hemşiresine büyük sorumluluklar düşmektedir. Bireylerin kendilerini tanımalarında, güçlü ve zayıf yönlerini fark etmelerinde ve böylece gelişimini sağlamalarında katkıları olacaktır. Psikiyatri hemşiresi, madde bağımlılığı, adolesan gebelik, kronik ya da ruhsal hastalığı olan, ihmal ya da istismar yaşayan bireylerin, kalabalık ailede olan, göç zorunluğu, ölüm, ayrılık deneyimlemiş bireylerin erken tespiti ve ruhsal gelişiminin desteklenmesinde önemli rol oynamaktadır. Etkili baş etme becerileri için girişimler

uygulanarak beceri gelişimi oluşturmak ve hemşireliğin danışmanlık rolü gereği ilgili yönlendirmelerde bulunabilmektedir (Öz ve Yılmaz, 2009).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin gün içerisinde duygu değişimlerini yakından gözlemlene fırsatı olan psikiyatri hemşireleri, bireylerin bu duyguları fark ederek olumsuz duygularla baş etmesine yardımcı olmasında, devamlılığı sağlamamasında ve iyileşmesinde önemli bir yere sahiptir (Baysan Arabacı ve diğerleri, 2018). Madde kullanımı görülen hastalardaki olumsuz duygu durumların bağımlılığın şiddetinde artışa neden olması göz önüne alındığında, hemşirelik yaklaşımlarının bu yönde olması önem arz etmektedir. Ayrıca bağımlılığın her evresinde relapsın en önemli nedenlerinden birisi olumsuz duygulardır. Bu duyguların neler olduğunun bilinerek müdahale edilmesi bağımlılık tedavisi ve relaps riskine karşı önleyici bir yaklaşım olacaktır (Bayır, 2021). Bu gibi olumsuz duyguların daha az olumlu duyguların fazla olması ve yaşam doyumunu içeren öznel iyi oluş, psikiyatri hemşirelerinin üzerinde durması gereken bir alandır. Hemşirelik girişimlerinin yanında hemşireliğin danışmanlık rolleri gereği öznel iyi oluşu geliştiren programlar uygulanması bireylerin gelişimine katkı sağlayacaktır. Bu durumla ilgili olarak, Özer ve Eldeleklioğlu (2021)'in öznel iyi oluş artırma programlarının zararlı alışkanlıkları olan ergenlerdeki öznel iyi oluşlarını incelediği araştırmada, kontrol ve deney grupları karşılaştırıldığında 10 oturuma katılan deney grubunda sigara ve alkol kullanımında azalma görülmüştür.

Sonuç olarak, ruh sağlığı alanındaki önemli rol ve sorumluluklara sahip olan psikiyatri hemşiresi, bireylerin içselleştirilmiş algılarına yönelerek içselleştirilmiş damgalanmanın ortaya çıkardığı korku, öfke gibi olumsuz duyguların (Çam ve Çuhadar, 2013) farkında olunması, duyguların olumluları ile değiştirmesinde ve bireylerin baş etmelerinde (Baysan Arabacı ve diğerleri, 2018) önemli bir role sahiptir. Hem olumlu benlik hem de öznel iyi oluşun içselleştirilmiş damgalanmadan etkilendiğini (Morgades- Bamba, 2017) göz önüne alarak planlamalar bu yönde olmalıdır. Ayrıca içselleştirilmiş damgalanma sonucu ortaya çıkan sosyal geri çekilme ve düşük benlik saygısı gibi davranışsal tepkiler göz önüne alındığında (Çevik Durmaz, 2021) psikolojik dayanıklılığın artırılması; benlik saygısına (Söğütü ve diğerleri, 2021) ve sosyal kaynakları iyi kullanmasına olan olumlu katkısıyla dolaylı olarak da içselleştirilmiş damgalanmayı azaltan (Karabacak Sağman, 2022) bir yere

sahip olmasıyla hemşirelik müdahalelerinin bu yönde planlanması önem arz etmektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma, psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş düzeylerin belirlenmesi ve aralarında ilişki olup olmadığının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Kasım 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında, Kayseri Devlet Hastanesi AMATEM Kliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

Kayseri Devlet Hastanesi AMATEM Kliniği, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi içerisinde yer alan ve 2007 yılında hizmete başlayan 10 yataklı bir klinikdir. Kurumda hem yataklı hem de ayaktan bağımlılık tedavisi uygulanmaktadır. Öncelikle bireyler AMATEM polikliniğinde değerlendirilmekte, yatış kararı verildiğinde ise randevu sistemi ile yatışı alınmaktadır. Yatışı yapılan bireylere 21 günlük detoksifikasyon süreci içerisinde; farmakolojik tedavinin yanı sıra bireysel ya da grup toplantıları, sosyal faaliyetler yapılmaktadır. Klinik içerisinde hastaların sosyalleşmelerini sürdürmek için geniş bir bahçe, etkinlik odası ve toplantı odaları mevcuttur. Klinikte psikiyatristler, hemşireler, psikolog, güvenlik görevlileri ve temizlik personelleri görev yapmaktadır. Hemşireler, bireyin farmakolojik tedavisinin sürdürülmesinin yanında, kliniğe yatışından taburculuk sürecine kadar kliniğe uyum, kurallar ve düzen konusunda bilgilendirme, aktivitelerin sürdürülmesi gibi terapötik ortam içerisinde sorumluluklarını sürdürmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2022-2023 yılları içerisinde Kayseri Devlet Hastanesi AMATEM Kliniğinde DSM-V tanı ölçütlerine göre alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı alan ve yatarak tedavi gören erkek hastalar oluşturmaktadır. Kadın hastalar çok az (nadir) sayıda yattıkları için araştırmaya dahil edilmemiştir. Böylece dahil edilme kriterleri; erkek hasta ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, 18 yaş ve üzeri olmaktır.

Hastane kayıt sistemindeki 2022 verilerine göre AMATEM’e yatan hasta sayısı 222’dir. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde evreni bilinen örneklem hesaplaması kullanılarak %95 güven düzeyi ve %5 güven aralığı ile değişken arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanabilmesi için çalışmaya alınması gereken örneklem büyüklüğü 141 kişi olarak hesaplanmıştır. Veri kaybı olma ihtimaline karşı toplam 150 kişiden veri toplanmış olup 4 kişi veri toplama sırasında yarım bıraktığı, 5 kişi ise verileri eksik doldurduğu için analiz sürecine dahil edilmemiştir. Araştırma 141 kişi ile tamamlanmıştır.

Örneklem sayısının belirlenmesi için yapılan hesaplama aşağıda verilmiştir.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Formüldeki simgelerin açılımı şöyledir:

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma olarak simgelenmiştir.

p= 0.50

q= 0.50

t= 1.96 tablo değeri

d= 0.05

$$\frac{222 (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}{(0,04)^2 \cdot (222-1) + (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50} = 141$$

3.4. Araştırmanın Bağımlı/Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, içselleştirilmiş damgalanma, psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş puanlarıdır. Bireylerin yaş, eğitim düzeyi ve alkol/madde

kullanımı gibi sosyodemografik veriler araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, tanıtıcı bilgi formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YIPDÖ) ve Öznel İyi Oluş Ölçeği (ÖİO) ile toplanmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı bilgi formu, literatür taramasından yararlanılarak (Demir ve diğerleri, 2022; Şahin ve diğerleri, 2022; İlhan, 2009) araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Form, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu gibi sosyodemografik ve tanıtıcı özellikleri içeren 21 açık uçlu sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan RHİDÖ 29 maddeden oluşmakta olup içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeği niteliğindedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır. İç tutarlılık katsayısı .93 olan ölçek beş alt boyut ve 29 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; yabancılaşma (6 madde), yargıların onaylanması (7 madde), algılanan ayrımcılık (5 madde), sosyal geri çekilme (6 madde) ve damgalanmaya karşı dirençtir (5 madde).

RHİDÖ dördümlü likert tipi ile yanıtlanmakta olup ölçekte yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklindedir. RHİDÖ puanı 26 ila 116 puan aralığındadır ve “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeği ters olarak puanlanmaktadır. RHİDÖ’nün yüksek puan çıkması, bireyin içselleştirilmiş damgalanma durumunun yüksek olduğunu göstermektedir (Ersoy ve Varan, 2007). Bu araştırmada yapılan Cronbach Alpha katsayısı 0,89’dur.

3.5.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

YPDÖ, yetişkinlerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirlemek için Friborg ve diğerleri (2005) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması

Basım ve Çetin (2011) tarafından yapılarak “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)” adıyla 33 madde ve 6 boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, ‘kendilik algısı’ (1,7,13,19,28,31), ‘gelecek algısı’ (2,8,14,20), ‘yapısal stil’ (3,9,15,21), ‘sosyal yeterlilik’ (4,10,16,22,25,29), ‘aile uyumu’ (5,11,17,23,26,32), ‘sosyal kaynaklar’ (6,12,18,24,27,30,33) gibi alt boyutlardan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,86 olarak saptanmıştır (Basım ve Çetin, 2011). Bu araştırmada Cronbach Alpha değeri .84 olarak bulunmuştur.

Ölçekte, maddelerin tercihi sırasında önyargılı değerlendirmeden kaçınmak amacıyla, olumlu ve olumsuz özellikleri farklı taraflarda yer alarak yanıtlar için beş ayrı kutucuklu 5’li likert tipi bir ölçek olarak sunulmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 33 iken en yüksek puan 165’tir. Bazı maddeler (33.,31.,27.,25.,24.,23.,16.,15.,14.,13.,12.,11.,8.,4.,3.ve 1) tersinden puanlanmaktadır. Ölçek maddelerinin değerlendirilmesi orijinal çalışmada olduğu gibi psikolojik dayanıklılığın puanlar yükseldikçe psikolojik dayanıklılığın arttığı şeklinde değerlendirilmiştir (Basım ve Çetin, 2011).

3.5.4.Öznel İyi Oluş Ölçeği (ÖİÖ)

ÖİÖ, Tuzgöl Dost (2005) tarafından geliştirilmiş olup 46 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin amacı, bireylerin yaşamları hakkındaki bilişsel değerlendirmeleri ile yaşadıkları olumlu ve olumsuz duyguların sıklığı ve yoğunluğunu belirleyerek öznel iyi oluş düzeylerini saptamaktır.

ÖİÖ, yaşam alanlarına ilişkin kişisel yargılar ile olumlu ve olumsuz duygu ifadelerinden oluşmaktadır. Cevaplama sistemi her ifade için “(5) Tamamen Uygun”, “(4) Çoğunlukla Uygun”, “(3) Kısmen Uygun”, “(2) Biraz Uygun” ve “(1) Hiç Uygun Değil” olarak beşli Likert ölçeği şeklindedir. Her bir maddenin puanları “5 ile 1” arasında değişmektedir. Ölçek maddelerinin 26’sı olumlu 20’si olumsuz ifade şeklindedir. Olumsuz ifadeler 2, 4, 6, 10, 13, 15, 17, 19, 21, 24, 26, 28, 30, 32, 35, 37, 38, 40, 43 ve 45. maddelerdir. Olumsuz ifadelerin puanlaması tersine çevrilerek yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 46, en yüksek puan 230’dur. Yüksek puan öznel iyi oluş düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Toplam 209 kişilik gruba yapılan uygulama sonuçlarına göre ÖİÖ’nin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .93 olarak bulunmuştur (Tuzgöl Dost, 2005). Bu araştırmada ise toplam ölçek Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı ise 0,88 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, Kayseri Devlet Hastanesi AMATEM Kliniği'nde 17.11.2022-06.07.2023 tarihleri arasında ve 10.00-16.00 saatleri arasında toplandı. Kayseri İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli yazılı izinler alındı (EK-2). Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek katılımın gönüllülük esasına dayandığı, istemezlerse uygulama sırasında da çekilebilecekleri açıklandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara “Araştırma Amaçlı Aydınlatılmış Onam Formu” ve “Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu” nu okuyup doldurmaları istendi. Ölçüm araçlarının doldurulması, kliniğin toplantı odasında gerçekleştirilmiş olup toplam 45 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS-27 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı özellikler için frekans tablosu oluşturulmuştur. Değişkenlerin grup ortalamalarındaki farklılıkları görebilmek için 2 gruplu değişkenlerde bağımsız örneklem t-test, parametrik testler için yeterli gözlem sayısı olmadığında 2 gruplu değişkenler için non-parametrik Mann Whitney-U analizi, 3 ve daha fazla gruplu değişkenlerde ise non-parametrik Kruskal Wallis-H analizi uygulanmıştır. Ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü tespit edebilmek için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini görmek üzere doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analizler $\alpha = 0,05$ seviyesinde uygulanmıştır.

3.8. Araştırmaların Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Lokman Hekim Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (EK-1). Verilerin Kayseri Devlet Hastanesi AMATEM Kliniği'nde toplanması için Kayseri İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır (EK-2). Katılımcıların çalışmayı katılmayı gönüllü olarak kabul ettiklerine dair araştırma amaçlı çalışma için Aydınlatılmış Onam Formu (EK-4) ve Anket Araştırmaları için Aydınlatılmış Onam Formu (EK-3) ile onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma, psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluşlarına ait bulgular yer almaktadır.

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (n=141)

Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Yaş		
18-24	28	19,5
25-34	61	43,2
35-44	29	20,5
45-54	16	11,3
55-64	7	4,9
Medeni Durum		
Bekar	62	44,0
Evli	59	41,8
Boşanmış	20	14,2
Öğrenim Durumu		
İlkokul ve altı	85	60,3
Lise ve üzeri	56	39,7
Düzenli Çalışma Durumu		
Çalışan	67	47,5
Çalışmayan	74	52,5
Sosyal Güvence Durumu		
Var	65	45,7
Yok	76	54,3
Yaşanılan Yer		
Köy/Kasaba/İlçe	36	25,7
İl	105	74,3
Yaşanılan Kişi		
Yalnız	17	12,1
Anne-Baba ile	72	51,1
Eş ve çocuklar	52	36,8
Destek Alma Durumu*		
Aile	91	64,5
Arkadaş	16	11,3
Sevgili/Eş	26	18,4
Diğer (komşu vb.)	32	22,7
AMATEM'e başvurmaya karar verme durumu*		
Kendi İsteği	108	76,6
Aile İsteği	64	45,4
Arkadaş İsteği	3	2,1
Adli	9	6,4
Alkol ve maddeye başlama yaşı(yıl) (ort+ss)	18,81±6,793	
Maddeyi toplam kullanım Süresi (yıl) (ort+ss)	10,47±7,884	

*n katlanmıştır

Tablo 1’de katılımcıların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde katılımcıların 25-34 yaş aralığında (%43,2) yoğunlaştığı, %44’ünün bekar, %41,8’inin evli ve %14,2’inin ise boşanmış olduğu görülmektedir. Öğrenim durumları incelendiğinde, katılımcıların yarısından fazlasının (%60,3) ilkokul mezunu olduğu, %52,5’inin düzenli bir işte çalışmadığı ve %54,3’ünün sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%74,3) ilde yaşadığı ve %51,1’inin anne-baba ile yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların bir sorun olduğunda destek alma durumuna bakıldığında; katılımcıların %64,5’i sorun olduğunda aileden destek alırken %11,3’ü arkadaşlarından, %18,42’ünün sevgili/eşlerinden destek aldığı görülmektedir. Katılımcıların %76,6’sının kendi isteği, %45’inin ise aile isteği, %6,4’sının ise diğer bireyler (adli) isteği üzerine AMATEM’e yatışı yapıldığı görülmektedir. Alkol ve maddeye başlama yaşı ortalama $18,81 \pm 6,793$ olup toplam kullanım süresi ortalama $10,47 \pm 7,884$ yıldır.

Tablo 2. Katılımcıların Madde Kullanmaya Yönelik Özellikleri (n=141)

Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Maddeye Başlama Nedenleri*		
Arkadaş Etkisi	81	57,4
Merak	33	23,4
Sorunlardan Uzak Durmak	20	14,2
Keyif Almak	33	23,4
Ailevi Sorunlar	28	19,9
Diğer Nedenler	11	7,8
AMATEM’de Bulunma Nedeni*		
AKB	53	37,6
MKB	112	79,4
AKB ve MKB	25	17,76
AMATEM’e İlk Başvuru Durumu		
Evet	88	61,9
Hayır	53	38,1
Alkol ve Maddeyi Daha Önce Bırakma Girişimi Durumu		
Evet	117	83,0
Hayır	24	17,0
Bırakma Girişimi Sonrası Başlanılan Madde Aynı Olma Durumu		
Aynı madde	102	86,4
Farklı madde	16	13,6
Bağımlılık Dışında Ruhsal Bozukluk Durumu		
Var	22	15,8
Yok	119	84,2
Madde kullanımı sonrasında aile, sosyal ve iş ilişkilerinde değişiklik olma durumu		
Evet	122	86,4
Hayır	19	13,6

Tablo 2. Katılımcıların Madde Kullanmaya Yönelik Özellikleri (n=141) (devamı)

Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Kullanılan Maddeler*		
Kannabinoidler		
Esrar	19	13,5
Bonzai	10	7,1
Jamaika	11	7,8
Opioidler		
Eroin	12	8,5
İnhalanlar		
Bali	4	2,8
Boya	2	1,4
Uyarıcılar		
Metamfetamin	93	66,0
Kokain	1	0,7
Taş	5	3,5
Ekstazi	1	0,7

*n katlanmıştır

Tablo 2’de katılımcıların madde kullanmaya yönelik özellikleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde %57,4’ünün arkadaş etkisi ile başladığı, %23,4’ünün ise merak ve keyif almak için başladığı görülmektedir.

Katılımcıların %37,6’sında alkol kullanım bozukluğu, %79,4’ünde madde kullanım bozukluğu ve %17,76’sında hem alkol hem de madde kullanım bozukluğu olduğu görülmektedir. Kullanılan ana maddelerin türüne bakıldığında ise bireylerin en fazla kullandığı madde metamfetamin (%66) iken sırasıyla alkol (%37,6), esrar (%13,5) ve heroin (%13,5) takip etmektedir.

Katılımcıların %61,9’unun AMATEM’e ilk başvurusunun olduğu, %83’ünün maddeyi bırakma girişiminin olduğu ve %86,4’ünün bıraktıktan sonra aynı maddeye başladığı görülmektedir. Katılımcıların %15,8’inin bağımlılık dışında ruhsal bozukluğuna sahip ve %86,4’ünün alkol ve madde kullanımı nedeniyle aile, sosyal ve iş ilişkilerinde değişiklik olduğu tespit edilmiştir.

4.2. Katılımcıların Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık ve Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları

Bu bölümde araştırmadaki Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Öznel İyi Oluş Ölçeği ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları (n=141)

Ölçek	Min	Max	X± SS
Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma (RHİDÖ)			
Yabancılaşma Alt Boyutu	6	24	17,34±5,166
Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Boyutu	7	28	18,11±5,455
Algılanan Ayrımcılık Alt Boyutu	5	20	14,55±4,628
Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu	6	24	18,06±5,069
Dalgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyutu	5	20	12,24±3,878
Toplam	35	109	80,29±18,865
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)			
Yapısal Stil Alt Boyutu	4	20	14,09±4,761
Gelecek Algısı Alt Boyutu	4	20	14,13±4,747
Aile Uyum Alt Boyutu	6	30	22,23±6,040
Kendilik Algısı Alt Boyutu	10	30	24,30±5,003
Sosyal Yeterlilik Alt Boyutu	10	30	22,35±4,826
Sosyal Kaynaklar Alt Boyutu	7	35	26,36±5,330
Toplam	41	159	123,46±21,775
Öznel İyi Oluş Ölçeği (ÖİÖ)			
Faktör1 (Yaşamını kendi geçmişi ve başkalarının hayatı ile kıyaslama)	6	30	14,51±6,095
Faktör2 (Olumlu ve Olumsuz duygular)	5	25	15,16±5,327
Faktör3 (Amaçlar)	6	20	15,72±3,914
Faktör4 (Kendine güven)	4	20	16,29±3,500
Faktör5 (İyimserlik)	6	30	24,81±5,174
Faktör6 (İlgi duyulan etkinlikler)	4	20	11,73±4,296
Faktör7 (Arkadaşlık ilişkileri)	4	20	14,90±3,540
Faktör8 (Geleceğe bakış)	3	15	12,68±2,750
Faktör9 (Aile ilişkileri)	3	15	10,38±3,116
Faktör10 (Başkalarının yaşamlarına imrenme)	2	10	5,89±2,726
Faktör11 (Yaşamın Zorluklarıyla baş etme)	3	15	12,70±2,800
Faktör12 (Karamsarlık)	2	10	5,39±2,818
Toplam	77	222	160,14±28,002

X: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 3'te bireylerin RHİDÖ, YPDÖ ve ÖİÖ'nin minimum-maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, RHİDÖ'den alınan toplam puan ortalaması 80,29±18,865 olduğu görülmektedir. Alt boyutlara bakıldığında, en düşük puanın damgalanmaya karşı direnç ve en yüksek puanın kalıp yargıların onaylanması alt boyutundan alındığı bulgusuna ulaşılmıştır. YPDÖ'den alınan toplam puan 123,46±21,775 olarak bulunmuştur. Ölçekte en düşük puan yapısal stil alt boyutuyken en yüksek puan sosyal kaynaklar alt boyutundan alındığı görülmektedir. ÖİÖ'den alınan toplam puan incelendiğinde, 160,14±28,002

olduğu, alt boyutlara bakıldığında ise en düşük puanın karamsarlık alt boyutu alırken en yüksek puan iyimserlikten alındığı görölmektedir.

4.3. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Puan Ortalamaları

Bu bölümde alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.



Tablo 4. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre RHİDÖ Puan Ortalamaları (n=141)

Tanıtıcı Özellikler			RHİDÖ ve Alt Boyutları					
			RHİDÖ Toplam Puan	Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Dalgalanmaya Karşı Direnç
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Medeni Durum	Bekar	62	82,66±17,610	17,90±4,797	18,92±5,214	15,42±4,430	18,65±4,936	11,77±3,770
	Evli	59	78,71±18,668	16,97±5,395	17,37±5,346	13,83±4,796	17,64±5,132	12,90±3,809
	Boşanmış	20	79,84±21,274	17,26±5,205	18,16±6,283	14,42±4,073	18,05±4,755	11,95±4,339
	İstatistik		Z=1,331 p=,514	Z=,827 p=,661	Z=2,477 p=,290	Z=4,042 p=,133	Z=1,070 p=,586	Z=3,251 p=,197
Öğrenim Durumu	İlkokul/Ortaokul	85	80,39±18,708	17,82±4,779	17,91±5,426	14,64±4,533	18,11±4,983	11,92±4,048
	Lise/Üniversite	56	80,14±19,270	16,61±5,669	18,41±5,533	14,41±4,808	17,98±5,241	12,73±3,585
	İstatistik		t=,075 p=,940	t=1,372 p=,172	t=-,536 p=,593	t=,281 p=,779	t=,141 p=,888	t=-1,222 p=,224
Çalışma Durumu	Çalışan	67	76,57±18,401	16,36±5,053	17,15±5,070	13,67±4,649	17,30±5,309	12,09±3,773
	Çalışmayan	74	83,66±18,766	18,23±5,138	18,97±5,676	15,34±4,494	18,74±4,775	12,38±3,992
	İstatistik		t=-2,263 p=,025*	t=-2,177 p=,031*	t=-2,004 p=,047*	t=-2,163 p=,032*	t=-1,701 p=,091	t=-,440 p=,660

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 4. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre RHİDÖ Puan Ortalamaları (n=141) **(Devamı)**

Tanıtıcı Özellikler			RHİDÖ ve Alt Boyutları					
			RHİDÖ Toplam Puan	Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Dalgalanmaya Karşı Direnç
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaşanılan Yer	Köy/Kasaba/İlçe	36	82,28±18,964	17,61±5,341	18,17±5,294	14,78±4,337	18,61±5,331	13,11±3,624
	İl	105	79,66±18,967	17,21±5,163	18,09±5,580	14,50±4,750	17,90±5,028	11,96±3,880
	İstatistik		t=,713 p=,477	t=,394 p=,694	t=,074 p=,941	t=,314 p=,754	t=,716 p=,475	t=1,556 p=,122
Yaşanılan Kişi	Yalnız	17	81,12±18,217	17,35±5,061	19,12±5,395	15,71±4,210	17,94±5,285	11,00±3,674
	Anne-Baba ile	72	82,61±18,583	17,86±4,739	19,00±5,467	14,99±4,493	18,51±4,829	12,25±3,928
	Eş ve çocuklar	52	76,69±18,806	16,50±5,728	16,63±5,081	13,44±4,766	17,27±5,323	12,85±3,644
	İstatistik		Z=2,869 p=,238	Z=1,520 p=,468	Z=6,389 p=,041*	Z=4,340 p=,114	Z=1,269 p=,530	Z=2,698 p=,260

Z=Kruskal Wallis-H Test, t=Bağımsız Örneklem T-Test, *p<0.05

Tablo 4'te tanıtıcı özelliklere göre RHİDÖ'nin puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde, RHİDÖ toplam puan ortalaması ve alt ölçekleri puan ortalamaları hem medeni duruma hem de öğrenim durumuna göre hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo incelendiğinde, RHİDÖ puan ortalaması ve Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık Alt Boyutu puanı çalışma durumuna göre istatistiksel anlamlılıkta bir fark göstermektedir ($p<0,05$). Düzenli bir işte çalışmayanların RHİDÖ ve bu alt boyutlarının puanı ortalaması, çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Düzenli çalışma durumuna göre Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Yaşanılan yere göre RHİDÖ toplam puanı ve alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel anlamlılıkta bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yaşanılan kişi değişkenlerine göre tablo incelendiğinde, RHİDÖ toplam puanı ve Kalıp Yargıların Onaylanması hariç diğer alt boyutlarda istatistiksel anlamlılıkta bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yapılan Post-hoc analizine göre, anne babasıyla yaşayan bireylerin Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu puanı ortalaması, eş ve çocukları ile yaşayan bireylerin Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu puanı ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Tablo 5. Katılımcıların Alkol ve Maddeye Başlama Nedeni Göre RHİDÖ Puan Ortalamaları

Maddeye Başlama Nedeni			RHİDÖ ve Alt Boyutları					
			RHİDÖ Toplam Puan	Yabancılaşma	Kalp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Dalgalanmaya Karşı Direnç
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Arkadaş Etkisi	Hayır	60	75,98±18,536	15,90±5,233	16,58±5,308	14,15±4,804	17,47±4,932	11,88±3,849
	Evet	81	83,48±18,580	18,41±4,878	19,23±5,316	14,84±4,501	18,49±5,155	12,51±3,902
	İstatistik		t=-2,372 p=,019*	t=-2,926 p=,004*	t=-2,930 p=,004*	t=-,874 p=,384	t=-1,191 p=,236	t=-,942 p=,348
Merak	Hayır	108	81,10±19,505	17,60±5,267	18,56±5,447	14,39±4,676	18,13±5,350	12,42±3,699
	Evet	33	77,64±16,596	16,48±4,797	16,61±5,285	15,06±4,500	17,82±4,081	11,67±4,428
	İstatistik		t=,923 p=,358	t=1,088 p=,279	t=1,820 p=,071	t=-,728 p=,468	t=,355 p=,724	t=,972 p=,333
Sorunlardan Uzak Durma	Hayır	121	80,49±19,121	17,44±5,152	18,28±5,473	14,44±4,663	17,88±5,222	12,45±3,890
	Evet	20	79,10±17,648	16,75±5,340	17,05±5,356	15,20±4,467	19,10±3,972	11,00±3,656
	İstatistik		Z=-,446 p=,655	Z=-,532 p=,595	Z=-,936 p=,349	Z=-,695 p=,487	Z=-,690 p=,490	Z=-1,505 p=,132
Keyif Alma	Hayır	108	82,06±18,959	17,76±5,124	18,71±5,472	14,72±4,640	18,51±5,052	12,36±3,792
	Evet	33	74,48±17,600	15,97±5,139	16,12±4,973	13,97±4,613	16,58±4,912	11,85±4,184
	İstatistik		t=2,043 p=,043*	t=1,755 p=,082	t=2,430 p=,016*	t=,816 p=,416	t=1,936 p=,055	t=,663 p=,508
Ailevi Sorunlar	Hayır	113	79,35±18,682	17,20±5,108	17,99±5,406	14,34±4,601	17,83±5,123	11,98±3,884
	Evet	28	84,11±19,460	17,89±5,452	18,57±5,725	15,39±4,725	18,96±4,826	13,29±3,740
	İstatistik		Z=-1,267 p=,205	Z=-,735 p=,462	Z=-,616 p=,538	Z=-1,064 p=,287	Z=-,988 p=,323	Z=-1,721 p=,085
Diğer	Hayır	130	80,75±18,896	17,54±5,139	18,15±5,562	14,68±4,575	18,19±5,021	12,18±3,966
	Evet	11	74,91±18,496	15,00±5,138	17,64±4,154	12,91±5,166	16,45±5,610	12,91±2,663
	İstatistik		Z=-,877 p=,381	Z=-1,530 p=,126	Z=-,389 p=,697	Z=-1,024 p=,306	Z=-,925 p=,355	Z=-,649 p=,517

Z=Kruskal Wallis-H Test, t=t-test, *p<0.05

Tablo 5'te katılımcıların alkol ve maddeye başlama nedenine göre RHİDÖ puan dağılımı verilmiştir.

Alkol ve madde başlama nedeni olarak arkadaş etkisini seçen bireylerin RHİDÖ toplam puanı, Yabancılaşma ve Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Arkadaş etkisini seçen bireylerin RHİDÖ toplam puanı, Yabancılaşma ve Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyut puan ortalaması, seçmeyenlerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. Diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Alkol ve madde başlama nedeni olarak merak, sorunlardan uzak durma, ailevi sorunlar ve diğer nedenlere göre RHİDÖ toplam puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamalarına göre istatistiksel anlamlılıkta bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Alkol ve madde başlama nedeni olarak keyif alma değişkeni ile RHİDÖ toplam puanı ve kalıp yargıların onaylanması alt boyutu puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Keyif alma etkisini seçmeyen bireylerin RHİDÖ puan ortalaması ve Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu, seçenlere göre istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. Diğer alt boyutlarında istatistiksel anlamlılıkta bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. Katılımcıların Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Özelliklerine Göre RHİDÖ Ortalamaları(n=141)

Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Özellikler			RHİDÖ ve Alt Boyutları					
			RHİDÖ Toplam Puan	Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Dalgalanmaya Karşı Direnç
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Alkol Kullanım Bozukluğu	Yok	91	82,60±18,687	17,95±5,069	18,91±5,333	14,91±4,562	18,56±4,967	12,27±3,970
	Var	50	76,08±18,687	16,24±5,208	16,64±5,420	13,88±4,719	17,14±5,175	12,18±3,745
	İstatistik		t=1,985 p=,049*	t=1,892 p=,061	t=2,406 p=,017*	t=1,270 p=,206	t=1,601 p=,112	t=,138 p=,890
Madde Kullanım Bozukluğu	Yok	31	69,39±18,301	14,35±5,244	15,10±5,211	12,42±4,581	15,81±4,490	11,71±4,157
	Var	110	83,36±17,933	18,18±5,244	18,95±5,238	15,15±4,482	18,69±5,061	12,39±3,803
	İstatistik		t=3,816 p=,000*	t=3,816 p=,000*	t=3,626 p=,000*	t=2,977 p=,003*	t=2,870 p=,005*	t=,863 p=,390
AMATEM'e ilk başvuru durumu	Evet	88	79,30±19,144	17,05±5,344	17,97±5,599	13,94±4,699	17,77±5,167	12,58±3,799
	Hayır	53	81,92±18,618	17,85±4,893	18,36±5,288	15,47±4,436	18,49±4,956	11,75±4,033
			t=,793 p=,429	t=,888 p=,376	t=,411 p=,682	t=1,904 p=,059	t=,814 p=,417	t=,793 p=,429
Madde kullanımı sonrası aile, sosya ve iş ilişkilerinde değişiklik olma durumu	Yaşayan	122	82,22±19,144	17,98±5,034	18,52±5,623	15,09±4,535	18,52±5,035	12,12±3,984
	Yaşamayan	19	69,11±11,939	13,89±4,026	15,74±3,478	11,32±3,917	15,37±4,512	12,79±3,084
	İstatistik		Z=-2,998 p=,003*	Z=-3,313 p=,000*	Z=-2,180 p=,029*	Z=-3,274 p=,001*	Z=-2,545 p=,011*	Z=,550 p=,582

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 6’da katılımcıların alkol ve madde kullanımına yönelik özelliklere göre RHİDÖ puan dağılımı verilmiştir. Alkol kullanım bozukluğu değişkenine göre RHİDÖ toplam puan ortalaması ve Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu puanı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Alkol kullanım bozukluğu olmayan bireylerin RHİDÖ toplam puan ortalaması, olan bireylerin RHİDÖ toplam puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. Diğer alt boyutlarının puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Madde kullanım bozukluğu değişkenine göre RHİDÖ ve Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutu hariç diğer alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin RHİDÖ ve Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutu hariç alt boyut puan ortalamaları, madde kullanım bozukluğu olmayan bireylerin RHİDÖ toplam puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

AMATEM’e ilk başvuru durumuna göre RHİDÖ toplam puanı ve alt boyutları puan ortalamalarına göre istatistiksel anlamlılıkta bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Alkol ve madde kullanımına başlama sonrasında aile, sosyal ve iş ilişkilerinde değişiklik olma durumu değişkenine göre RHİDÖ toplam puan ortalaması ve Damgalanmaya Direnç alt boyutu hariç diğer alt boyutlar istatistiksel anlamlılıkta bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Alkol ve madde kullanımına başlama sonrasında aile, sosyal ve iş ilişkilerinde değişiklik olan bireylerin RHİDÖ toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları değişiklik olmayan bireylerden istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Tablo 7. Katılımcıların AMATEM'e Başvurmaya Karar Verme Durumuna Göre RHİDÖ Ortalamaları(n=141)

Başvurmaya Karar Verme Durumu			RHİDÖ ve Alt Boyutları					
			RHİDÖ Toplam Puan	Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Dalgalanmaya Karşı Direnç
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Kendi	Hayır	33	80,94±16,782	17,82±4,376	17,70±5,971	15,09±4,186	18,88±4,801	11,45±3,954
	Evet	108	80,09±19,526	17,19±5,394	18,23±5,310	14,38±4,761	17,81±5,144	12,48±3,841
	İstatistik		t=,225 p=,822	t=,606 p=,546	t=,491 p=,624	t=,772 p=,442	t=1,065 p=,289	t=-1,335 p=,184
Aile	Hayır	77	79,95±18,662	16,94±5,257	18,35±4,839	14,35±4,613	18,19±4,968	12,12±3,900
	Evet	64	80,70±19,247	17,83±5,051	17,81±6,141	14,78±4,672	17,89±5,222	12,39±3,878
	İstatistik		t=-,236 p=,814	t=-1,022 p=,308	t=,569 p=,570	t=-,549 p=,584	t=,354 p=,724	t=-,416 p=,678
Arkadaş	Hayır	138	80,34±18,992	17,36±5,198	18,08±5,481	14,59±4,657	18,07±5,074	12,24±3,903
	Evet	3	78,00±14,000	16,67±4,041	19,33±4,726	12,33±2,517	17,33±5,859	12,33±3,055
	İstatistik		Z=-,386 p=,700	Z=-,338 p=,736	Z=-,394 p=,694	Z=-,959 p=,337	Z=-,180 p=,857	Z=-,122 p=,903
Adli	Hayır	132	80,14±19,336	17,23±5,261	18,08±5,505	14,61±4,695	17,95±5,149	12,29±3,749
	Evet	9	82,44±10,014	19,00±3,240	18,56±4,927	13,67±3,606	19,67±3,536	11,56±5,703
	İstatistik		Z=-,110 p=,913	Z=-,882 p=,378	Z=-,173 p=,862	Z=-,724 p=,469	Z=-,751 p=,452	Z=-,657 p=,511

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 7’de AMATEM’e başvurmaya karar verme durumu özelliklerine göre RHİDÖ puan dağılımı verilmiştir. AMATEM’e başvurmaya karar verme durumlarına göre RHİDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarında istatistiksel anlamlılıkta bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 8. Katılımcıların Bir Sorun Olduğunda Destek Aldığı Kişiye Göre RHİDÖ Ortalamaları (n=141)

Bir Sorun Olduğunda Destek Alınan Kişi			RHİDÖ ve Alt Boyutları					
			RHİDÖ Toplam Puan	Yabancılaşma	Kalp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Dalgalanmaya Karşı Direnç
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Aile	Hayır	50	78,22±19,949	16,98±5,297	17,14±5,714	14,74±4,960	18,32±5,081	11,04±3,849
	Evet	91	81,43±18,255	17,54±5,111	18,64±5,263	14,44±4,460	17,91±5,085	12,90±3,754
	İstatistik		t=-,966 p=,336	t=-,613 p=,541	t=-1,567 p=,119	t=,368 p=,714	t=,456 p=,649	t=-2,791 p=,006*
Arkadaş	Hayır	125	79,17±19,052	17,02±5,238	17,82±5,472	14,35±4,576	17,84±5,117	12,14±3,940
	Evet	16	89,06±15,119	19,88±3,810	20,38±4,897	16,06±4,905	19,75±4,465	13,00±3,367
	İstatistik		Z=-1,899 p=,058	Z=-2,065 p=,039*	Z=-1,684 p=,092	Z=-1,604 p=,109	Z=-1,361 p=,174	Z=-,565 p=,572
Sevgili/Eş	Hayır	115	81,34±17,577	17,59±4,832	18,28±5,241	15,00±4,411	18,19±4,854	12,28±3,874
	Evet	26	75,65±23,597	16,23±6,433	17,35±6,375	12,54±5,109	17,46±6,002	12,08±3,969
	İstatistik		t=-1,013 p=,311	t=-,796 p=,426	t=-,621 p=,535	t=-2,230 p=,026*	t=-,345 p=,730	t=-,134 p=,894
Diğer (komşu vb.)	Hayır	109	81,35±19,648	17,56±5,308	18,75±5,523	14,40±4,706	17,94±5,304	12,70±3,703
	Evet	32	76,69±15,650	16,59±4,648	15,91±4,651	15,03±4,388	18,47±4,220	10,69±4,115
	İstatistik		t=1,393 p=,169	t=,930 p=,354	t=2,911 p=,005*	t=-,673 p=,502	t=-,591 p=,557	t=2,631 p=,009*

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 8’de katılımcıların bir sorun olduğunda destek aldığı kişiye göre RHİDÖ puan dağılımı verilmiştir. Destek alınan kişinin aile olması değişkenine göre Damgalanmaya karşı direnç alt boyutu hariç diğer alt boyutlar ve RHİDÖ toplam puan ortalaması istatistiksel anlamlılıkta bir fark yoktur ($p>0,05$). Aileden destek alan bireylerin Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyut puan ortalaması almayanlardan istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Bir sorun olduğunda destek alınan kişinin arkadaş olması durumuna göre Yabancılaşma Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Arkadaştan destek alan bireylerin RHİDÖ ve diğer alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel anlamlılıkta bir farklılık yoktur ($p>0,05$)

Bir sorun olduğunda destek alınan kişinin sevgili/eş olması durumuna göre RHİDÖ toplam puanı ve Algılanan Ayrımcılık alt boyutu hariç diğer alt boyutlar istatistiksel anlamlılıkta bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bir sorun olduğunda destek alınan kişinin sevgili/eş olduğunu seçmeyen bireylerin Algılanan Ayrımcılık Alt Boyutu Puanı ortalaması, seçen bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Bir sorun olduğunda destek alınan kişinin diğer bireyler (komşu vb.) olması durumu değişkeni gruplarına göre RHİDÖ puan ortalaması ve Yabancılaşma Sosyal Geri Çekilme alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı değilken ($p>0,05$), Kalıp Yargıların Onaylanması ve Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Bir sorun olduğunda diğer bireylerden destek almayan bireylerin Dalgalanmaya Karşı Direnç ve Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu puanı ortalaması, destek alan bireylerinin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

4.4. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puan Ortalamaları

Bu bölümde alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tanıtıcı ve madde kullanma özellikleri ile Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği arasındaki puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 9. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puan Ortalamaları (n=141)

Tanıtıcı Özellikler			YPDÖ ve Alt Boyutları						
			YPDÖ Toplam Puan	Yapısal Stil	Gelecek Algısı	Aile Uyum	Kendilik Algısı	Sosyal Yeterlilik	Sosyal Kaynaklar
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Medeni Durum	Bekar	62	118,61±22,515	13,16±4,893	13,47±4,724	20,89±6,397	24,06±5,269	21,52±4,945	25,52±5,757
	Evli	59	128,83±17,715	15,25±4,463	14,61±4,472	23,69±4,949	24,78±4,299	23,12±4,896	27,37±4,479
	Boşanmış	20	122,11±27,861	13,16±4,549	14,53±5,551	22,26±7,202	23,32±6,101	22,68±4,070	26,16±6,122
	İstatistik		Z=6,291 p=,043*	Z=6,370 p=,041*	Z=1,902 p=,286	Z=5,342 p=,069	Z=,538 p=,764	Z=3,593 p=,166	Z=3,288 p=,193
Öğrenim Durumu	İlkokul/Ortaokul	85	122,42±21,899	13,24±4,700	13,73±4,732	22,84±6,021	23,85±5,340	22,46±5,068	26,32±5,379
	Lise/Üniversite	56	125,04±21,686	15,38±4,599	14,75±4,745	21,30±6,003	25,00±4,398	22,18±4,473	26,43±5,301
	İstatistik		Z=-,696 p=,488	Z=-2,668 p=,009*	Z=-1,252 p=,213	Z=1,480 p=,141	Z=-1,343 p=,182	Z=,336 p=,737	Z=-,121 p=,904
Çalışma Durumu	Çalışan	67	125,63±20,645	14,57±4,982	14,36±4,670	23,31±5,716	24,84±4,447	22,28±4,638	26,27±5,296
	Çalışmayan	74	121,50±22,711	13,65±4,540	13,93±4,838	21,24±6,193	23,82±5,443	22,41±5,020	26,45±5,394
	İstatistik		Z=1,125 p=,263	Z=1,145 p=,254	Z=,531 p=,597	Z=2,056 p=,042*	Z=1,201 p=,232	Z=-,149 p=,882	Z=-,197 p=,844

Tablo 9. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puan Ortalamaları (n=141) **(Devamı)**

Tanıtıcı Özellikler			YPDÖ ve Alt Boyutları						
			YPDÖ Toplam Puan	Yapısal Stil	Gelecek Algısı	Aile Uyum	Kendilik Algısı	Sosyal Yeterlilik	Sosyal Kaynaklar
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaşanılan Yer	Köy/Kasaba/İlçe	36	120,67±24,679	13,39±4,474	12,97±4,878	21,86±6,298	23,69±5,419	22,64±5,276	26,11±5,970
	İl	105	124,34±20,881	14,27±4,883	14,49±4,671	22,34±6,030	24,54±4,887	22,30±4,713	26,40±5,127
	İstatistik		t=-,866 p=,388	t=-,954 p=,342	t=-1,654 p=,100	t=-,405 p=,686	t=-,872 p=,385	t=,359 p=,720	t=-,277 p=,782
Yaşanılan Kişi	Yalnız	17	117,82±22,043	12,88±4,846	12,41±5,001	22,41±7,391	22,47±5,444	22,06±5,018	25,59±5,197
	Anne-Baba ile	72	122,22±22,921	13,54±4,844	13,89±4,909	22,00±5,726	24,39±5,213	22,01±4,695	26,39±5,764
	Eş ve çocuklar	52	128,73±18,858	15,35±4,441	15,19±4,271	23,50±5,141	24,92±4,419	22,98±4,962	26,79±4,726
	İstatistik		t=4,026 p=,134	t=5,317 p=,070	t=4,581 p=,101	t=1,911 p=,385	t=2,636 p=,268	t=1,250 p=,535	t=-,942 p=,624

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0,05

Tablo 9’da katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği dağılımı verilmiştir. Medeni durum değişkeni gruplarına göre YPDÖ Puanı ve Yapısal Stil alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bu anlamlı farklılığı hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Post-Hoc testi uygulanmış, anlamlı farklılığın evli ve bekar bireylerin anlamlı puan ortalama farkından kaynaklandığı görülmüştür. Diğer alt boyut puan ortalamaları istatistiksel anlamlılıkta bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Öğrenim durumu değişkeni gruplarına göre Yapısal Stil alt boyutu puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Lise ve üniversite mezunu bireylerin Yapısal Stil alt boyut puan ortalaması, ilkokul/ortaokul mezunu bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. YPDÖ toplam puanı ve diğer alt boyutları puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çalışma durumuna göre YPDÖ ve Aile Uyumu alt boyutu hariç diğer alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Düzenli bir işte çalışan bireylerin Aile Uyumu alt boyutu Puanı ortalaması, düzenli çalışmayan bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Yaşanılan yer değişkeni ve yaşanılan kişiye göre YPDÖ ve alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 10. Katılımcıların Alkol ve Maddeye Başlama Nedenine Göre Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puan Ortalamaları (n=141)

Alkol ve Maddeye Başlama Nedeni			YPDÖ ve Alt Boyutları						
			YPDÖ Toplam Puan	Yapısal Stil	Gelecek Algısı	Aile Uyumu	Kendilik Algısı	Sosyal Yeterlilik	Sosyal Kaynaklar
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Arkadaş Etkisi	Hayır	60	121,90±22,721	14,28±5,237	14,30±4,823	21,78±5,975	24,23±5,257	22,05±4,696	25,25±5,611
	Evet	81	124,62±21,115	13,94±4,403	14,01±4,716	22,56±6,103	24,36±4,838	22,57±4,937	27,19±4,988
	İstatistik		t=-,731 p=,466	t=,424 p=,672	t=,355 p=,723	t=-,749 p=,455	t=-,146 p=,455	t=-,629 p=,531	t=-2,159 p=,033*
Merak	Hayır	108	125,71±20,637	14,48±4,633	14,51±4,827	22,70±5,922	24,73±4,802	22,50±4,867	26,79±4,847
	Evet	33	116,09±24,025	12,79±5,011	12,91±4,318	20,67±6,248	22,91±5,456	21,85±4,724	24,97±6,565
	İstatistik		t=2,254 p=,026*	t=1,803 p=,074	t=1,706 p=,090	t=1,707 p=,090	t=1,847 p=,067	t=,677 p=,499	t=1,472 p=,148
Sorunlardan Uzak Durma	Hayır	121	125,59±21,111	14,45±4,642	14,36±4,740	22,87±5,857	24,46±5,125	22,74±4,812	26,70±5,105
	Evet	20	110,60±21,818	11,85±4,977	12,80±4,686	18,35±5,806	23,35±4,171	19,95±4,273	24,30±6,284
	İstatistik		Z=-2,897 p=,004*	Z=-2,107 p=,035*	Z=-1,287 p=,198	Z=-3,108 p=,002*	Z=-1,329 p=,184	Z=-2,555 p=,011*	Z=-1,788 p=,074
Keyif Alma	Hayır	108	125,94±20,400	14,43±4,495	14,21±4,718	22,93±5,845	24,61±4,744	22,63±4,868	27,14±4,709
	Evet	33	115,33±24,372	12,97±5,469	13,88±4,904	19,94±6,189	23,30±5,736	21,42±4,637	23,82±6,435
	İstatistik		t=2,495 p=,014*	t=1,545 p=,125	t=,353 p=,725	t=2,534 p=,012*	t=1,318 p=,190	t=1,258 p=,210	t=2,748 p=,009*
Ailevi Sorunlar	Hayır	113	125,27±21,021	14,15±4,725	14,27±4,792	22,73±5,924	24,50±4,963	22,84±4,582	26,80±5,036
	Evet	28	116,14±23,587	13,82±4,982	13,61±4,605	20,21±6,191	23,54±5,182	20,36±5,342	24,61±6,172
			Z=-1,755 p=,079	Z=-,240 p=,811	Z=-,522 p=,602	Z=-2,010 p=,044*	Z=-,946 p=,344	Z=-2,174 p=,030*	Z=-1,738 p=,082
Diğer	Hayır	130	123,03±21,928	14,02±4,754	14,03±4,722	22,31±5,973	24,14±5,034	22,22±4,927	26,32±5,410
	Evet	11	128,55±20,112	14,82±5,016	15,36±5,104	21,27±7,030	26,27±4,338	23,91±3,145	26,91±4,437
	İstatistik		Z=-,877 p=,381	Z=-,550 p=,582	Z=-,955 p=,339	Z=-,453 p=,651	Z=-1,411 p=,158	Z=-1,036 p=,300	Z=-,240 p=,810

Tablo 10’da katılımcıların alkol ve maddeye başlama nedenine göre YPDÖ puan dağılımı verilmiştir. Alkol ve madde başlama nedeni arkadaş etkisi değişkeni Sosyal Kaynaklar alt boyutu haricinde diğer alt boyutları istatistiksel anlamda farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Arkadaş etkisini seçen bireylerin Sosyal Kaynaklar alt boyutu puanı ortalaması seçmeyen bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Alkol ve madde başlama nedeni merak değişkeni gruplarına göre YPDÖ puan ortalaması istatistiksel anlamlılıkta farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Merağı seçen bireylerin YPDÖ puan ortalaması, seçmeyenlerden istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. Fakat alt boyut puanlarından hiçbirisi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Alkol ve maddeye başlama nedeni olarak sorunlardan uzak durma değişkeni gruplarına göre YPDÖ puanı ve Yapısal Stil, Aile Uyum ve Sosyal Yeterlilik Alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Sorunlardan uzak durmayı seçmeyen bireylerin puan ortalaması, seçen bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. Kendilik Algısı ve Sosyal Kaynaklar alt boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Alkol ve madde başlama nedeni keyif almaya göre YPDÖ, Aile Uyum ve Sosyal Kaynaklar alt boyutları puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Keyif almayı seçmeyen bireylerin puan ortalamaları, seçen bireylerin puan ortalamalarından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. Diğer alt boyutlarında istatistiksel anlamlılıkta bir fark yoktur ($p>0,05$).

Alkol ve maddeye başlama nedeni olarak ailevi sorunlara göre YPDÖ ve Aile Uyum alt boyutu hariç diğer alt boyutlar istatistiksel anlamlılıkta bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ailevi sorunlar etkisini seçmeyen bireylerin puan ortalaması, seçen bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Alkol ve maddeye başlama nedeni olarak diğer nedenler değişkeni gruplarına göre YPDÖ toplam puanı ve alt boyutları puan ortalamalarından hiçbirinde istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11. Katılımcıların Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Özelliklere Göre YPDÖ Ortalamaları (n=141)

Alkol ve madde Kullanımına Yönelik Özellikler			YPDÖ ve Alt Boyutları						
			YPDÖ Toplam Puan	Yapısal Stil	Gelecek Algısı	Aile Uyumu	Kendilik Algısı	Sosyal Yeterlilik	Sosyal Kaynaklar
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Alkol Kullanım Bozukluğu	Yok	91	124,33±21,913	14,23±4,838	14,34±4,465	22,52±6,082	24,54±4,947	22,40±5,066	26,31±5,293
	Var	50	121,88±21,651	13,82±4,654	13,76±5,247	21,70±5,987	23,88±5,126	22,26±4,402	26,46±5,448
	İstatistik		t=,638 p=,525	t=,489 p=,626	t=,694 p=,489	t=,767 p=,444	t=,746 p=,457	t=,166 p=,869	t=,162 p=,872
Madde Kullanım Bozukluğu	Yok	31	123,13±21,166	14,71±4,642	14,68±5,412	21,26±5,888	24,23±4,938	21,61±4,869	26,65±5,174
	Var	110	123,55±22,038	13,91±4,800	13,98±4,557	22,50±6,080	24,33±5,043	22,55±4,815	26,28±5,393
	İstatistik		t=,096 p=,924	t=,826 p=,410	t=,719 p=,473	t=-1,011 p=,314	t=-,099 p=,921	t=-,959 p=,339	t=,334 p=,739
AMATEM’e ilk başvuru durumu	Evet	88	127,03±19,835	14,83±4,561	14,73±4,531	23,01±5,898	24,48±5,089	22,70±4,897	27,29±4,573
	Hayır	53	117,94±23,833	12,81±4,868	13,08±4,969	21,15±6,169	24,00±4,891	22,00±4,624	24,91±6,203
	İstatistik		t=2,428 p=,016*	t=2,465 p=,015*	t=2,018 p=,046*	t=1,775 p=,078	t=,544 p=,587	t=,833 p=,406	t=2,423 p=,017*
Alkol ve madde kullanımına başlama sonrasında aile, sosyal ve iş ilişkilerinde değişiklik olma durumu	Yaşayan	122	123,22±22,002	14,10±4,769	14,13±4,651	22,17±6,184	24,40±5,031	22,42±4,748	26,00±5,425
	Yaşamayan	19	126,68±19,768	14,16±4,913	14,11±5,567	22,68±5,313	24,26±5,031	22,42±4,981	29,05±3,628
	İstatistik		Z=-,533 p=,594	Z=-,031 p=,976	Z=-,105 p=,917	Z=-,150 p=,881	Z=-,380 p=,704	Z=-,086 p=,932	Z=-2,323 p=,020*

Tablo 11’de katılımcıların alkol ve madde kullanımına yönelik özelliklere göre YPDÖ dağılımı verilmiştir. AMATEM’de alkol kullanım bozukluğu ve madde kullanım bozukluğuna sahip olma durumuna göre YPDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel anlamlılıkta farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

AMATEM’e tedavi için ilk başvuru yapma durumuna göre YPDÖ toplam puanı, Yapısal Stil ve Gelecek Algısı alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). AMATEM’e ilk başvurusu olan bireylerin puan ortalamaları, birden fazla başvurusu olan bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. Diğer alt boyutlar istatistiksel anlamlılıkta bir fark göstermemiştir ($p>0,05$).

Alkol ve madde kullanımından sonra aile, sosyal ve iş ilişkilerinizde değişiklik olma durumuna göre YPDÖ toplam puanı ve Sosyal Kaynaklar alt boyut puan ortalaması hariç diğer alt boyutlar istatistiksel anlamlılıkta bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Değişiklik yaşamayanların YPDÖ toplam puanı ve Sosyal Kaynaklar alt boyut puanı ortalaması değişiklik yaşayanlardan istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Tablo 12. Katılımcıların AMATEM'e Başvurmaya Karar Verme Durumuna Göre YPDÖ Ortalamaları (n=141)

AMATEM'e			YPDÖ ve Alt Boyutları						
Başvurmaya Karar Verme Durumu			YPDÖ Toplam Puan	Yapısal Stil	Gelecek Algısı	Aile Uyum	Kendilik Algısı	Sosyal Yeterlilik	Sosyal Kaynaklar
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Kendi	Hayır	33	120,27±19,396	12,64±4,068	13,18±4,799	22,70±5,411	23,82±5,096	22,15±4,417	25,79±4,853
	Evet	108	124,44±22,445	14,53±4,885	14,43±4,715	22,08±6,235	24,45±4,989	22,41±4,962	26,54±5,476
	İstatistik		t=-,961 p=,338	t=-2,019 p=,045*	t=-1,321 p=,189	t=-,509 p=,611	t=-,637 p=,525	t=-,266 p=,791	t=-,705 p=,482
Aile	Hayır	77	122,29±20,265	13,84±4,861	13,68±4,805	21,90±6,288	24,31±4,711	22,14±4,820	26,42±5,066
	Evet	64	124,88±23,549	14,38±4,658	14,69±4,653	22,63±5,750	24,30±5,371	22,59±4,859	26,30±5,670
	İstatistik		t=-,702 p=,484	t=-,658 p=,512	t=-1,263 p=,209	t=-,712 p=,478	t=,017 p=,986	t=-,551 p=,582	t=,131 p=,896
Arkadaş	Hayır	138	123,52±21,922	14,13±4,802	14,21±4,713	22,26±6,071	24,27±5,045	22,32±4,810	26,33±5,371
	Evet	3	120,67±16,073	12,00±,000	10,67±6,110	20,67±5,033	26,00±2,000	23,67±6,506	27,67±3,055
	İstatistik		Z=-,350 p=,726	Z=-,973 p=,331	Z=-1,090 p=,276	Z=-,654 p=,513	Z=-,389 p=,697	Z=-,366 p=,714	Z=-,353 p=,724
Adli	Hayır	132	124,09±22,252	14,33±4,716	14,30±4,785	22,25±6,031	24,40±5,085	22,46±4,857	26,34±5,361
	Evet	9	114,22±9,324	10,44±4,065	11,67±3,464	21,89±6,528	22,89±3,480	20,67±4,213	26,67±5,123
	İstatistik		Z=-1,742 p=,081	Z=-2,458 p=,014*	Z=-1,824 p=,068	Z=-,140 p=,889	Z=-1,348 p=,178	Z=-1,196 p=,232	Z=-,106 p=,915

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 12’de katılımcıların AMATEM’e başvurmaya karar verme durumu özelliklerine göre YPDÖ puan dağılımı verilmiştir. AMATEM’e başvurmaya kendisi karar vermesine göre Yapısal Stil Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Kendisi karar veren bireylerin göre Yapısal Stil Alt Boyutu Puanı ortalaması, kendisi karar vermeyen bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. YPDÖ toplam puan ortalaması ve diğer alt boyutlarında istatistiksel anlamlılıkta bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

AMATEM’e başvurmasını ailesinin ve arkadaşlarının söylemesi durumuna göre YPDÖ toplam puanı ve alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel anlamlılıkta bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

AMATEM’e başvurmada adli olma durumuna göre Yapısal Stil alt boyut puan ortalaması hariç diğer alt boyutlar ve YPDÖ toplam puanında istatistiksel anlamlılıkta bir fark yoktur ($p>0,05$). AMATEM’e adli şekilde yatışı yapılan bireylerin Yapısal Stil alt boyutu puan ortalaması istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Tablo 13. Katılımcıların Bir Sorun Olduğunda Destek Aldığı Kişiyne Göre YPDÖ Ortalamaları (n=141)

Bir Sorun Olduğunda Destek Alınan Kişi			YPDÖ ve Alt Boyutları						
			YPDÖ Toplam Puan	Yapısal Stil	Gelecek Algısı	Aile Uyumu	Kendilik Algısı	Sosyal Yeterlilik	Sosyal Kaynaklar
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Aile	Hayır	50	120,20±20,312	13,60±4,504	13,64±4,923	20,82±6,298	25,00±4,802	22,08±4,681	25,06±4,618
	Evet	91	125,25±22,445	14,35±4,900	14,41±4,652	23,00±5,783	23,92±5,095	22,49±4,922	27,08±5,578
	İstatistik		t=-1,322 p=,188	t=-,896 p=,372	t=-,917 p=,361	t=-2,074 p=,040*	t=1,225 p=,223	t=-,487 p=,627	t=-2,178 p=,031*
Arkadaş	Hayır	125	123,84±22,019	14,05±4,889	14,25±4,778	22,30±5,976	24,46±4,999	22,45±4,942	26,34±5,326
	Evet	16	120,50±20,173	14,38±3,722	13,25±4,539	21,63±6,692	23,13±5,032	21,56±3,829	26,56±5,525
	İstatistik		Z=-,754 p=,451	Z=-,010 p=,992	Z=-,880 p=,379	Z=-,327 p=,744	Z=-1,131 p=,258	Z=-,814 p=,416	Z=-,062 p=,950
Sevgili/Eş	Hayır	115	121,05±22,339	13,44±4,805	13,62±4,773	21,89±6,183	23,89±5,155	22,15±4,785	26,07±5,591
	Evet	26	134,12±15,329	16,92±3,370	16,42±3,951	23,73±5,204	26,15±3,823	23,23±4,998	27,65±3,794
	İstatistik		Z=-2,744 p=,006*	Z=-3,375 p=,000*	Z=-2,823 p=,005*	Z=-1,324 p=,185	Z=-1,994 p=,046*	Z=-1,216 p=,224	Z=-1,124 p=,261
Diğer (Komşu vb.)	Hayır	109	125,91±22,061	14,53±4,741	14,49±4,752	23,07±5,726	24,11±5,154	22,52±4,860	27,18±5,239
	Evet	32	115,13±18,787	12,56±4,579	12,94±4,600	19,34±6,276	24,97±4,461	21,75±4,732	23,56±4,711
	İstatistik		Z=2,509 p=,013*	Z=2,082 p=,039*	Z=1,632 p=,105	Z=3,169 p=,002*	Z=-,853 p=,395	Z=,796 p=,428	Z=3,513 p=,001*

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 13'te katılımcıların bir sorun olduğunda destek aldığı kişiye göre YPDÖ puan dağılımı verilmiştir. Bir sorun olduğunda destek alınan kişinin aile olması durumuna göre Aile Uyumu ve Sosyal Kaynaklar alt boyutlarında istatistiksel anlamlılıkta bir farklılık vardır ($p<0,05$). Ailesinden destek almayı seçen bireylerin göre Aile Uyumu ve Sosyal Kaynaklar alt boyutu puan ortalaması, seçmeyen bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. YPDÖ ve diğer alt boyutlarında istatistiksel anlamlılıkta farklılık yoktur ($p>0,05$).

Bir sorun olduğunda destek alınan kişinin arkadaş olması durumu değişkeni gruplarına göre YPDÖ ve alt boyutları puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Bir sorun olduğunda destek alınan kişinin sevgili/eş olması durumuna göre YPDÖ ve Yapısal Stil, Gelecek Algısı, Kendilik Algısı alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Sevgili/eş destek alan bireylerin YPDÖ ve Yapısal Stil, Gelecek Algısı, Kendilik Algısı puan ortalaması seçmeyen bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. Diğer alt boyut puan ortalamaları istatistiksel anlamlılıkta bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Bir sorun olduğunda destek alınan kişinin diğer bireyler (komşu vb.) olması durumu değişkeni gruplarına göre YPDÖ Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bir sorun olduğunda diğer bireylerden destek almayan bireylerin YPDÖ puanı ortalaması, diğer bireylerden destek alan bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Bir sorun olduğunda destek alınan kişinin diğer (komşu vb.) olması durumuna göre YPDÖ toplam puanı ve Yapısal Stil, Aile Uyumu, Sosyal Kaynaklar Alt Boyutu Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bir sorun olduğunda diğer bireylerden destek almayan bireylerin YPDÖ ve Yapısal Stil, Aile Uyumu ve Sosyal Kaynaklar puanları ortalaması, bir sorun olduğunda diğer bireylerden destek alan bireylerinkinden istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. Diğer alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel anlamlılıkta bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.5. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları

Bu bölümde alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve madde kullanma özelliklerine göre Öznel İyi Oluş Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.



Tablo 14. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları (n=141)

Tanıtıcı Özellikler			ÖİÖ ve Alt Boyutları						
			ÖİÖ Toplam Puan	Faktör 1 (Yaşamını kendi geçmişi ve başkalarıyla kıyaslama)	Faktör 2 (Olumlu-Olumsuz Duygular)	Faktör 3 (Amaçlar)	Faktör 4 (Kendine Güven)	Faktör 5 (İyimserlik)	Faktör 6 (İlgi duyulan etkinlikler)
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Medeni Durum	Bekar	62	157,35±26,272	13,50±5,566	14,82±4,901	15,58±3,532	16,35±3,344	24,69±5,010	11,76±3,970
	Evli	59	162,20±27,817	15,47±6,694	15,68±5,482	15,44±4,103	16,36±3,433	24,93±5,281	11,61±4,457
	Boşanmış	20	160,16±32,894	14,00±4,410	14,26±6,145	16,79±4,479	15,68±4,269	24,84±5,757	11,58±4,718
	İstatistik		Z=1,380 p=,501	Z=2,998 p=,223	Z=1,403 p=,496	Z=2,944 p=,230	Z=,267 p=,875	Z=,237 p=,888	Z=,035 p=,983
Öğrenim Durumu	İlkokul/Ortaokul	85	156,62±27,104	13,76±5,717	14,33±5,430	15,34±3,978	16,05±3,779	24,42±5,001	11,33±4,473
	Lise/Üniversite	56	165,48±28,736	15,64±6,518	16,41±4,954	16,29±3,779	16,66±3,023	25,39±5,419	12,34±3,974
	İstatistik		t=-1,854 p=,066	t=-1,805 p=,073	t=-2,305 p=,023*	t=-1,407 p=,162	t=-1,019 p=,310	t=-1,089 p=,278	t=-1,370 p=,173
Çalışma Durumu	Çalışan	67	163,94±27,859	15,36±5,974	15,73±5,531	15,61±3,958	16,69±3,192	25,22±4,951	11,85±4,425
	Çalışmayan	74	156,70±27,872	13,74±6,142	14,64±5,117	15,81±3,898	15,93±3,743	24,43±5,374	11,62±4,203
	İstatistik		t=1,540 p=,126	t=1,580 p=,116	t=1,222 p=,224	t=-,300 p=,764	t=1,281 p=,202	t=,906 p=,366	t=,315 p=,753

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 14. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları (n=141) **(Devamı)**

Tanıtıcı Özellikler			ÖiÖ ve Alt Boyutları						
			ÖiÖ Toplam Puan	Faktör 1 (Yaşamını kendi geçmişi ve başkalarıyla kıyaslama)	Faktör 2 (Olumlu-Olumsuz Duygular)	Faktör 3 (Amaçlar)	Faktör 4 (Kendine Güven)	Faktör 5 (İyimserlik)	Faktör 6 (İlgi duyulan etkinlikler)
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaşanılan	Köy/Kasaba/İlçe	36	157,08±25,848	13,28±5,213	14,92±5,101	14,75±4,191	16,11±3,293	25,61±4,537	10,08±4,031
	İl	105	161,01±28,952	14,83±6,347	15,24±5,469	16,01±3,795	16,40±3,557	24,49±5,392	12,32±4,236
	İstatistik		t=-,719 p=,473	t=-1,315 p=,191	t=-,313 p=,755	t=-1,668 p=,098	t=-,424 p=,672	t=1,121 p=,264	t=-2,761 p=,007*
Yaşanılan Kişi	Yalnız	17	152,18±32,296	12,94±6,015	14,12±6,441	15,35±3,673	16,06±4,308	22,82±5,692	11,00±4,345
	Anne-Baba ile	72	158,32±26,572	13,72±5,416	14,68±4,791	15,68±4,017	16,06±3,615	25,26±4,809	11,76±4,030
	Eş ve çocuklar	52	165,90±25,914	16,17±6,746	15,98±5,670	15,88±3,699	16,67±3,034	25,19±4,752	11,94±4,493
	İstatistik		Z=3,774 p=,152	Z=5,299 p=,071	Z=1,987 p=,370	Z=,310 p=,857	Z=,485 p=,785	Z=2,978 p=,226	Z=,596 p=,742

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 14. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları (n=141) **(Devamı)**

Tanıtıcı Özellikler			ÖİÖ ve Alt Boyutları					
			Fktr 7 (Arkadaşlık İlişkileri)	Fktr 8 (Geleceğe bakış)	Fktr 9 (Aile İlişkileri)	Fktr 10 (Başkalarının yaşamlarına imrenme)	Fktr 11 (Yaşamın zorluklarıyla başetme)	Fktr 12 (Karamsarlık)
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Medeni Durum	Bekar	62	14,68±3,187	12,40±2,825	9,82±3,107	5,74±2,547	12,69±2,634	5,31±2,785
	Evli	59	14,64±3,947	13,03±2,600	11,10±3,027	5,93±2,888	12,73±2,935	5,27±2,876
	Boşanmış	20	16,16±3,060	12,58±3,024	10,00±3,197	6,00±2,809	12,47±3,062	5,79±2,720
	İstatistik		Z=3,003 p=,223	Z=2,178 p=,336	Z=5,557 p=,062	Z=,080 p=,961	Z=,118 p=,943	Z=,346 p=,841
Öğrenim Durumu	İlkokul/Ortaokul	85	14,60±3,563	12,58±2,656	10,42±2,982	5,88±2,788	12,51±2,852	5,40±2,765
	Lise/Üniversite	56	15,36±3,487	12,84±2,903	10,30±3,335	5,89±2,654	12,98±2,720	5,38±2,921
	İstatistik		t=-1,245 p=,215	t=-,554 p=,581	t=,223 p=,824	t=-,022 p=,982	t=-,988 p=,325	t=,051 p=,959
Çalışma Durumu	Çalışan	67	14,81±3,990	12,81±2,518	10,99±2,733	6,37±2,651	13,00±2,529	5,51±2,830
	Çalışmayan	74	14,99±3,103	12,57±2,957	9,82±3,349	5,45±2,736	12,42±3,016	5,28±2,821
	İstatistik		t=-,301 p=,764	t=,513 p=,609	t=2,263 p=,025*	t=2,040 p=,043*	t=1,233 p=,220	t=,469 p=,640

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 14. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları (n=141) (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler			ÖİÖ ve Alt Boyutları					
			Faktör 7 (Arkadaşlık İlişkileri)	Faktör 8 (Geleceğe bakış)	Faktör 9 (Aile ilişkileri)	Faktör 10 (Başkalarının yaşamlarına imrenme)	Faktör 11 (Yaşamın zorluklarıyla başetme)	Faktör 12 (Karamsarlık)
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaşanılan Yer	Köy/Kasaba/İlçe	36	14,86±3,818	12,97±2,420	10,83±2,741	4,83±2,524	13,08±2,209	5,75±2,442
	İl	105	14,95±3,479	12,53±2,866	10,19±3,251	6,25±2,736	12,51±2,983	5,28±2,955
	İstatistik		t=-,131 p=,896	t=,820 p=,413	t=1,055 p=,293	t=-2,731 p=,007*	t=1,207 p=,231	t=,936 p=,352
Yaşanılan Kişi	Yalnız	17	15,29±3,255	11,82±2,721	9,12±3,276	6,12±2,956	12,82±2,921	4,71±2,756
	Anne-Baba ile	72	14,57±3,591	12,75±2,731	10,25±2,915	5,56±2,511	12,64±2,671	5,39±2,745
	Eş ve çocuklar	52	15,29±3,549	12,96±2,673	11,46±2,805	6,21±2,880	12,71±2,939	5,46±2,924
	İstatistik		Z=1,267 p=,531	Z=2,900 p=,235	Z=9,121 p=,010*	Z=1,849 p=,397	Z=,358 p=,836	Z=,898 p=,638

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 14'te katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan dağılımları verilmiştir. Medeni durum değişkeni gruplarına göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puanı ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Öğrenim durumu değişkeni gruplarına göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Faktör2(olumlu olumsuz duygular) hariç hiçbir alt ölçek puanı istatistiksel bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Lise / üniversite mezunu bireylerin Faktör2(olumlu olumsuz duygular) puanı ortalaması, ilkokul/ortaokul mezunu bireylerin Faktör2 Puanı ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Düzenli bir işte çalışma durumu değişkeni gruplarına göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Faktör9 (Aile ilişkileri) ve Faktör10(Başkalarını yaşamlarına imrenme) alt boyut puanları hariç diğer alt boyutlar istatistiksel anlamlılıkta bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Düzenli bir işte çalışan bireylerin Faktör9 ve Faktör10 Puanı ortalaması, düzenli çalışmayan bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Yaşanılan yer değişkeni gruplarına göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Faktör6 (ilgi duyulan etkinlikler) ve Faktör10 (başkalarının yaşamlarına imrenme) alt Boyutu puanları hariç diğer alt boyutlar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). İlde yaşayan bireylerin Faktör6 ve Faktör10 Puanı ortalaması, köy/kasaba/ilçede yaşayan bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Yaşanılan kişi değişkeni gruplarına göre Faktör9 (aile ilişkileri) alt boyut puan ortalaması hariç ÖİÖ puan ortalaması ve hiçbir alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Eş ve çocukları ile yaşayan bireylerin Faktör9 Puanı ortalaması, yalnız yaşayan bireylerin Faktör9 Puanı ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Tablo 15. Katılımcıların Alkol ve Maddeye Başlama Nedenine Göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları (n=141)

Alkol ve maddeye Başlama Nedeni			ÖiÖ ve Alt Boyutları						
			ÖiÖ Toplam Puan	Faktör 1 (Yaşamını kendi geçmişi ve başkalarıyla kıyaslama)	Faktör 2 (Olumlu- Olumsuz Duygular)	Faktör 3 (Amaçlar)	Faktör 4 (Kendine Güven)	Faktör 5 (İyimserlik)	Faktör 6 (İlgi duyulan etkinlikler)
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Arkadaş Etkisi	Hayır	60	162,23±29,258	15,07±6,316	15,18±5,745	15,78±3,932	16,43±3,377	24,70±5,163	12,25±4,714
	Evet	81	158,59±27,114	14,10±5,932	15,14±5,032	15,67±3,924	16,19±3,606	24,89±5,213	11,35±3,944
	İstatistik		t=,762 p=,447	t=,932 p=,353	t=,052 p=,958	t=,174 p=,862	t=,415 p=,679	t=,214 p=,831	t=1,238 p=,218
Merak	Hayır	108	162,06±28,229	14,76±6,370	15,42±5,309	15,82±4,044	16,48±3,574	25,28±5,025	11,48±4,100
	Evet	33	153,88±26,705	13,70±5,096	14,30±5,376	15,36±3,489	15,67±3,218	23,27±5,433	12,55±4,861
	İstatistik		t=1,474 p=,143	t=,985 p=,328	t=1,051 p=,295	t=,590 p=,556	t=1,172 p=,243	t=1,968 p=,051	t=-1,248 p=,214
Sorunlardan Uzak Durma	Hayır	121	161,14±27,749	14,77±6,141	15,51±5,262	15,66±3,953	16,17±3,598	24,90±5,259	11,81±4,212
	Evet	20	154,10±29,492	12,95±5,708	13,00±5,341	16,05±3,748	17,00±2,810	24,25±4,711	11,25±4,865
	İstatistik		Z=-1,262 p=,207	Z=-1,239 p=,215	Z=-1,962 p=,051	Z=-,423 p=,672	Z=-,783 p=,434	Z=-,998 p=,318	Z=-,646 p=,518
Keyif Alma	Hayır	108	161,12±27,101	14,32±5,918	14,84±5,217	15,90±3,958	16,52±3,551	25,13±5,094	11,84±4,256
	Evet	33	156,94±30,997	15,12±6,702	16,18±5,632	15,12±3,765	15,55±3,270	23,76±5,374	11,36±4,471
	İstatistik		t=,749 p=,455	t=-,656 p=,513	t=-1,267 p=,207	t=,998 p=,320	t=1,403 p=,163	t=1,337 p=,183	t=,559 p=,577
Ailevi Sorunlar	Hayır	113	163,09±27,761	15,05±6,145	15,62±5,357	16,03±3,692	16,52±3,407	24,95±5,123	11,86±4,324
	Evet	28	148,25±26,192	12,32±5,457	13,29±4,852	14,46±4,566	15,36±3,773	24,25±5,434	11,21±4,220
	İstatistik		Z=-2,458 p=,014*	Z=-2,188 p=,029*	Z=-1,999 p=,046*	Z=-1,593 p=,111	Z=-1,519 p=,129	Z=-,787 p=,431	Z=-,390 p=,696
Diğer	Hayır	130	160,27±27,510	14,52±6,072	15,12±5,356	15,81±3,872	16,25±3,542	11,78±4,325	14,92±3,563
	Evet	11	158,64±34,817	14,45±6,669	15,64±5,182	14,64±4,433	16,73±3,069	11,18±4,094	14,64±3,414
	İstatistik		Z=-,054 p=,957	Z=-,008 p=,994	Z=-,197 p=,844	Z=-,857 p=,392	Z=-,211 p=,833	Z=-,306 p=,760	Z=-,106 p=,916

Tablo 15. Katılımcıların Alkol ve Maddeye Başlama Nedenine Göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları (n=141) (**Devamı**)

Alkol ve maddeye Başlama Nedeni			ÖİÖ ve Alt Boyutları					
			Faktör 7 (Arkadaşlık ilişkileri)	Faktör 8 (Geleceğe bakış)	Faktör 9 (Aile ilişkileri)	Faktör 10 (Başkalarının yaşamlarına imrenme)	Faktör 11 (Yaşamın zorluklarıyla başetme)	Faktör 12 (Karamsarlık)
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Arkadaş Etkisi	Hayır	60	15,02±3,332	12,90±2,628	10,28±2,941	6,35±2,692	12,85±2,680	5,42±2,953
	Evet	81	14,81±3,705	12,52±2,842	10,44±3,256	5,54±2,716	12,58±2,898	5,37±2,732
	İstatistik		t=,334 p=,739	t=,813 p=,417	t=-,303 p=,763	t=1,750 p=,082	t=,564 p=,574	t=,096 p=,924
Merak	Hayır	108	15,08±3,628	12,85±2,754	10,56±2,990	6,07±2,750	12,77±2,863	5,48±2,787
	Evet	33	14,30±3,216	12,12±2,701	9,79±3,480	5,27±2,589	12,45±2,611	5,09±2,941
	İstatistik		t=1,109 p=,269	t=1,340 p=,183	t=1,241 p=,217	t=1,484 p=,140	t=,562 p=,575	t=,696 p=,488
Sorunlardan Uzak Durma	Hayır	121	14,88±3,588	12,75±2,612	10,63±3,064	5,91±2,811	12,52±2,873	5,63±2,775
	Evet	20	15,05±3,316	12,25±3,522	8,85±3,066	5,75±2,197	13,75±2,074	3,95±2,704
	İstatistik		Z=-,144 p=,885	Z=-,344 p=,730	Z=-2,304 p=,021*	Z=,000 p=1,000	Z=-1,977 p=,048*	Z=-2,478 p=,013*
Keyif Alma	Hayır	108	15,01±3,500	12,87±2,686	10,69±2,991	5,96±2,679	12,71±2,728	5,32±2,741
	Evet	33	14,55±3,700	12,06±2,904	9,36±3,343	5,64±2,903	12,64±3,070	5,61±3,092
	İstatistik		t=,657 p=,512	t=1,487 p=,139	t=2,160 p=,032*	t=,601 p=,549	t=,137 p=,891	t=-,502 p=,617
Ailevi Sorunlar	Hayır	113	15,27±3,387	12,73±2,765	10,67±3,132	5,96±2,742	12,78±2,718	5,65±2,853
	Evet	28	13,39±3,804	12,50±2,728	9,18±2,790	5,57±2,686	12,36±3,141	4,36±2,453
	İstatistik		Z=-2,111 p=,035*	Z=-,490 p=,624	Z=-2,486 p=,013*	Z=-,883 p=,377	Z=-,671 p=,503	Z=-2,212 p=,027*
Diğer	Hayır	130	14,92±3,563	12,72±2,753	10,38±3,094	5,77±2,704	12,75±2,793	5,38±2,818
	Evet	11	14,64±3,414	12,18±2,786	10,27±3,524	7,27±2,724	12,09±2,948	5,55±2,945
	İstatistik		Z=-,106 p=,916	Z=-,864 p=,388	Z=-,128 p=,898	Z=-1,773 p=,076	Z=-,921 p=,357	Z=-,205 p=,837

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 15’te katılımcıların alkol ve maddeye başlama nedenine göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan dağılımı verilmiştir. Alkol ve madde başlama nedeni arkadaş etkisi ve merak gruplarına göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puanı ve alt boyutlarının puan ortalamaları istatistiksel anlamlılıkta bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Alkol ve maddeye başlama nedeni olarak sorunlardan uzak durma gruplarına göre Faktör9 (Aile ilişkileri), Faktör11 (Yaşam zorluklarıyla baş etme) ve Faktör12 (Karamsarlık) alt boyutları hariç ÖİÖ puan ortalaması ve diğer alt boyutlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Alkol ve maddeye başlama nedeni olarak sorunlardan uzak durmayı seçmeyen bireylerin Faktör9 ve Faktör12 puan ortalaması, seçen bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. Sorunlardan uzak durmayı seçen bireylerin Faktör11(Yaşam zorluklarıyla baş etme) puanı ortalaması, seçmeyen bireylerin Faktör11 Puanı ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Alkol ve madde başlama nedeni keyfi alma değişkeni gruplarına göre ÖİÖ ve Faktör9(Aile İlişkileri) hariç alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Keyif alma etkisini seçmeyen bireylerin Faktör9 Puanı ortalaması, seçen bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Alkol ve maddeye başlama nedeni olarak ailevi sorunlar değişkeni gruplarına göre ÖİÖ puan ortalaması istatistiksel anlamlılıkta farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Alkol ve maddeye başlama nedeni olarak ailevi sorunları seçmeyen bireylerin ÖİÖ puan ortalaması, ailevi sorunları seçen bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. Ayrıca Faktör1 (kendini ve geçmişini başkalarıyla kıyaslama) Faktör2(olumlu olumsuz duygular), Faktör7 (arkadaşlık ilişkileri), Faktör9 (Aile İlişkileri), Faktör11 (Yaşam zorluklarıyla baş etme), Faktör12 (Karamsarlık) alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ailevi sorunları seçmeyen bireylerin Faktör1, Faktör2, Faktör7, Faktör9 ve Faktör11 Alt Boyutu Puanı ortalaması, seçen bireylerin alt boyutu puanı ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. Diğer alt boyutları istatistiksel anlamlılıkta bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 16. Katılımcıların Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Özelliklere Göre ÖİÖ Ortalamaları (n=141)

Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Özellikleri			ÖİÖ ve Alt Boyutları						
			ÖİÖ Toplam Puan	Faktör1 (Yaşamını kendi geçmişi ve başkalarıyla kıyaslama)	Faktör 2 (Olumlu-Olumsuz Duygular)	Faktör 3 (Amaçlar)	Faktör 4 (Kendine Güven)	Faktör5 (İyimserlik)	Faktör6 (İlgi duyulan etkinlikler)
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Alkol Kullanım Bozukluğu	Yok	91	161,29±26,234	14,37±6,022	15,57±5,145	15,78±3,870	16,36±3,358	25,21±5,336	11,84±4,034
	Var	50	158,06±31,135	14,76±6,281	14,40±5,617	15,60±4,030	16,16±3,776	24,08±4,831	11,54±4,773
	İstatistik		t=,653 p=,515	t=-,359 p=,720	t=1,252 p=,213	t=,261 p=,795	t=,328 p=,744	t=1,242 p=,216	t=,389 p=,698
Madde Kullanım Bozukluğu	Yok	31	162,35±31,467	16,03±6,848	14,48±6,093	16,16±3,900	16,29±4,076	24,65±4,565	1=2,84±4,810
	Var	110	159,52±27,071	14,08±5,828	15,35±5,105	15,59±3,927	16,29±3,341	24,85±5,352	11,42±4,109
	İstatistik		t=,497 p=,620	t=1,582 p=,116	t=-,794 p=,428	t=,715 p=,476	t=-,001 p=,999	t=-,198 p=,843	t=1,636 p=,104
AMATEM'e İlk Başvuru Durumu	Evet	86	160,92±30,387	14,77±6,368	15,14±5,495	15,65 ±4,250	16,49±3,363	24,77±5,524	11,92±4,409
	Hayır	53	159,26 ±24,334	14,21±5,658	15,25±5,188	15,81 ±3,329	15,94±3,774	24,94±4,593	11,38±4,184
	İstatistik		t=,353 p=,724	t=,525 p=,601	t=-,113 p=,911	t=-,247 p=,805	t=,885 p=,378	t=-,194 p=,846	t=,717 p=,475
Aile, sosyal ve iş ilişkilerinde değişiklik olma durumu	Yaşayan	122	159,36±28,167	14,27±6,160	14,92±5,378	15,78±3,865	16,30±3,575	24,79±5,326	11,67±4,447
	Yaşamayan	19	164,00±27,622	15,58±5,511	16,37±4,901	15,11±4,254	16,05±3,045	24,74±4,254	12,21±3,360
	İstatistik		Z=-,475 p=,635	Z=-1,114 p=,265	Z=-1,270 p=,204	Z=-,706 p=,480	Z=-,633 p=,527	Z=-,491 p=,623	Z=-,647 p=,518

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 16. Katılımcıların Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Özelliklere Göre ÖİÖ Ortalamaları (n=141) (Devamı)

Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Özellikleri			ÖİÖ ve Alt Boyutları					
			Faktör 7 (Arkadaşlık İlişkileri)	Faktör 8 (Geleceğe bakış)	Faktör 9 (Aile İlişkileri)	Faktör 10 (Başkalarının yaşamlarına imrenme)	Faktör 11 (Yaşamın zorluklarıyla başetme)	Faktör 12 (Karamsarlık)
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Alkol Kullanım Bozukluğu	Yok	91	15,16± 3,331	12,73±2,729	10,40±3,084	5,67±2,729	12,91±2,533	5,29±2,822
	Var	50	14,42± 3,881	12,60±2,814	10,34±3,205	6,28±2,703	12,30±3,221	5,58±2,829
	İstatistik		t=1,197 p=,233	t=,258 p=,797	t=,101 p=,920	t=-1,273 p=,205	t=1,161 p=,249	t=-,592 p=,555
Madde Kullanım Bozukluğu	Yok	31	14,39±4,209	12,68± 3,135	10,23 ±3,283	6,06±2,695	12,68 ±3,198	5,87±3,052
	Var	110	15,05±3,336	12,68± 2,647	10,42 ±3,081	5,84±2,745	12,70± 2,694	5,25±2,748
	İstatistik		t=-,914 p=,362	t=-,008 p=,994	t=-,303 p=,763	t=,410 p=,682	t=-,040 p=,969	t=1,076 p=,284
AMATEM'e İlk Başvuru Durumu	Evet	86	15,10±3,807	12,63±2,833	10,58±3,223	5,74±2,955	12,73±2,851	5,40±2,979
	Hayır	53	14,58±3,128	12,81±2,587	10,09±2,963	6,11±2,375	12,68±2,744	5,45±2,576
	İstatistik		t=,835 p=,405	t=-,383 p=,702	t=,892 p=,374	t=-,809 p=,420	t=,109 p=,914	t=-,120 p=,904
Aile, sosyal ve iş ilişkilerinde değişiklik olma durumu	Yaşayan	122	15,01±3,456	12,79±2,614	10,10±3,113	5,74±2,710	,051±,051	5,25±2,791
	Yaşamayan	19	14,47±4,033	11,84±3,484	11,95±2,656	7,00±2,560	,051±,051	6,26±2,978
	İstatistik		t=,387 p=,699	t=,969 p=,332	t=-2,459 p=,014*	t=-1,957 p=,051	t=-,963 p=,336	t=-1,410 p=,159

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 16’da katılımcıların alkol ve madde kullanımına yönelik özelliklerine göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puan dağılımı verilmiştir. AMATEM’de bulunma nedeni alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu olmasına ve AMATEM’e ilk başvuru durumuna göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puanı ve alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Alkol ve madde kullanımından sonra aile, sosyal ve iş ilişkilerinizde değişiklik olma durumuna göre ÖİÖ puan ortalaması ve Faktör9 (Aile İlişkileri) hariç diğer alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Alkol ve madde kullanımından sonra aile, sosyal ve iş ilişkilerinizde değişiklik olmayan bireylerin Faktör9 Puanı ortalaması, değişiklik olan bireylerin Faktör9 Puanı ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Tablo 17. Katılımcıların AMATEM'e Başvurmaya Karar Verme Durumuna Göre ÖİÖ Ortalamaları (n=141)

Başvurmaya Karar Verme Durumu			ÖİÖ ve Alt Boyutları						
			ÖİÖ Toplam Puan	Faktör 1 (Yaşamını kendi geçmişi ve başkalarıyla kıyaslama)	Faktör 2 (Olumlu- Olumsuz Duygular)	Faktör 3 (Amaçlar)	Faktör 4 (Kendine Güven)	Faktör 5 (İyimserlik)	Faktör 6 (İlgi duyulan etkinlikler)
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Kendi	Hayır	33	155,55±24,242	14,88±5,430	14,27±4,958	14,88±3,638	15,82±4,127	23,27±5,519	11,33±4,021
	Evet	108	161,55±29,012	14,40±6,304	15,43±5,428	15,97±3,975	16,44±3,293	25,28±4,997	11,85±4,387
	İstatistik		t=-1,078 p=,283	t=,395 p=,693	t=-1,089 p=,278	t=-1,409 p=,161	t=-,886 p=,377	t=-1,968 p=,051	t=-,605 p=,546
Aile	Hayır	77	162,79±28,355	14,42±6,473	15,65±5,326	16,10±3,848	16,91±2,983	25,57±4,781	11,84±4,062
	Evet	64	156,95±27,453	14,63±5,655	14,56±5,309	15,25±3,972	15,55±3,932	23,89±5,509	11,59±4,590
	İstatistik		t=1,235 p=,219	t=-,202 p=,840	t=1,208 p=,229	t=1,293 p=,198	t=2,337 p=,021*	t=1,939 p=,054	t=,344 p=,732
Arkadaş	Hayır	138	160,14±28,265	14,50±6,147	15,09±5,342	15,79±3,901	16,30±3,513	24,79±5,216	11,75±4,331
	Evet	3	160,33±12,741	15,00±3,464	18,33±4,041	12,33±3,512	16,00±3,464	25,67±3,055	10,67±2,309
	İstatistik		Z=-,207 p=,836	Z=-,272 p=,785	Z=-1,118 p=,264	Z=-1,541 p=,123	Z=-,305 p=,761	Z=-,115 p=,908	Z=-,482 p=,630
Adli	Hayır	132	159,76±28,635	14,41±6,156	15,20±5,397	15,64±3,974	16,26±3,542	24,86±5,195	11,71±4,334
	Evet	9	165,78±16,022	16,00±5,196	14,44±4,362	16,89±2,804	16,78±2,949	24,00±5,074	12,00±3,905
	İstatistik		Z=-,688 p=,492	Z=-,969 p=,333	Z=-,271 p=,787	Z=-,905 p=,365	Z=-,287 p=,774	Z=-,676 p=,499	Z=-,123 p=,902

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 17. Katılımcıların AMATEM’e Başvurmaya Karar Verme Durumuna Göre ÖİÖ Ortalamaları (n=141) (Devamı)

AMATEM’e Başvurmaya Karar Verme Durumu			ÖİÖ ve Alt Boyutları					
			Faktör 7 (Arkadaşlık İlişkileri)	Faktör 8 (Geleceğe bakış)	Faktör 9 (Aile İlişkileri)	Faktör 10 (Başkalarının yaşamlarına imrenme)	Faktör 11 (Yaşamın zorluklarıyla başetme)	Faktör 12 (Karamsarlık)
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Kendi	Hayır	33	14,97±3,302	11,94±3,030	10,88±3,480	5,61±2,669	12,12±3,471	5,58±3,011
	Evet	108	14,88±3,624	12,91±2,632	10,22±2,996	5,97±2,750	12,87±2,554	5,33±2,768
	İstatistik		t=,127 p=,899	t=-1,784 p=,077	t=1,060 p=,291	t=-,674 p=,501	t=-1,349 p=,180	t=,431 p=,667
Aile	Hayır	77	15,06±3,650	12,95±2,539	10,10±3,177	6,17±2,816	12,64±2,685	5,38±2,791
	Evet	64	14,70±3,421	12,36±2,973	10,70±3,033	5,55±2,594	12,77±2,953	5,41±2,871
	İstatistik		t=,603 p=,548	t=1,250 p=,214	t=-1,138 p=,257	t=1,353 p=,178	t=-,272 p=,786	t=-,062 p=,951
Arkadaş	Hayır	138	14,96±3,533	12,68±2,774	10,35±3,141	5,88±2,755	12,70±2,820	5,36 ±2,830
	Evet	3	12,33±3,512	12,67±1,528	11,67±1,155	6,00±,000	12,67±2,082	7,00±1,732
	İstatistik		Z=-1,308 p=,191	Z=-,583 p=,560	Z=-,825 p=,410	Z=-,199 p=,842	Z=-,293 p=,770	Z=-1,021 p=,307
Adli	Hayır	132	14,80±3,601	12,67±2,742	10,38±3,053	5,86±2,688	12,70±2,727	5,27±2,754
	Evet	9	16,33±2,121	12,78±3,032	10,33±4,153	6,33±3,391	12,67±3,937	7,22±3,270
	İstatistik		Z=-1,274 p=,203	Z=-,098 p=,922	Z=-,017 p=,986	Z=-,553 p=,580	Z=-,691 p=,489	Z=-1,990 p=,047*

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 17’de katılımcıların AMATEM’e başvurmaya karar verme durumuna göre Öznel İyi Oluş Ölçeği puan ortalamaları verilmiştir.

Katılımcıların AMATEM’e başvurmaya kendisi karar vermeye ve arkadaşlarının söylemesine göre ÖİÖ puan ortalaması ve alt boyutlarından hiçbiri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

AMATEM’e başvurmasını ailesinin söylemesine göre ÖİÖ puan ortalaması ve Faktör4 (Kendine güven) alt boyut puanı hariç diğer alt boyut puanları istatistiksel anlamlılıkta bir farklılık yoktur ($p>0,05$). AMATEM’e başvurmasını ailenin söylemesini seçmeyen bireylerin göre Faktör4(Kendine güven) Puanı ortalaması, seçen bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

AMATEM’e adli şekilde gelenlerin durumuna göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puanı ve Faktör12 (karamsarlık) alt boyut puanı hariç istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). AMATEM’e adli gelen bireylerin Faktör12 Puanı ortalaması, diğer bireylerin Faktör12 Puanı ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Tablo 18. Katılımcıların Bir Sorun Olduğunda Destek Aldığı Kişi Özelliklerine Göre ÖİÖ Ortalamaları (n=141)

Destek Alınan Kişi			ÖİÖ ve Alt Boyutları						
			ÖİÖ Toplam Puan	Faktör 1 (Yaşamını kendi geçmişi ve başkalarıyla kıyaslama)	Faktör 2 (Olumlu- Olumsuz Duygular)	Faktör 3 (Amaçlar)	Faktör 4 (Kendine Güven)	Faktör 5 (İyimserlik)	Faktör 6 (İlgi duyulan etkinlikler)
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Aile	Hayır	50	157,20±29,714	14,24±6,561	14,10±5,339	15,54±3,965	16,68±3,467	24,10±5,618	11,22±4,400
	Evet	91	161,76±27,048	14,66±5,856	15,74±5,260	15,81±3,904	16,08±3,519	25,20±4,902	12,01±4,236
	İstatistik		t=-,924 p=,357	t=-,390 p=,697	t=-1,758 p=,081	t=-,395 p=,693	t=,979 p=,329	t=-1,207 p=,229	t=-1,046 p=,297
Arkadaş	Hayır	125	161,09±27,932	14,73±6,075	15,33±5,340	15,94±3,916	16,20±3,601	25,01±5,103	11,66±4,383
	Evet	16	152,75±28,337	12,81±6,178	13,81±5,193	14,00±3,559	17,00±2,556	23,25±5,627	12,31±3,610
	İstatistik		Z=-1,239 p=,216	Z=-1,115 p=,265	Z=-1,086 p=,278	Z=-1,894 p=,058	Z=-,568 p=,570	Z=-1,184p=,237	Z=-,743 p=,457
Sevgili/Eş	Hayır	115	157,77±27,042	14,18±5,893	14,82±5,307	15,58±4,007	16,17±3,519	24,38±5,195	11,53±4,216
	Evet	26	170,65±30,257	15,96±6,856	16,65±5,253	16,31±3,484	16,85±3,426	26,69±4,722	12,62±4,614
	İstatistik		Z=-2,021 p=,043*	Z=-1,144 p=,253	Z=-1,544 p=,123	Z=-,796 p=,426	Z=-,953 p=,341	Z=-2,563 p=,010*	Z=-1,149 p=,251
Diğer (Komşu vb.)	Hayır	109	161,11±27,890	14,59±6,162	15,62±5,373	15,58±3,876	16,37±3,407	25,06±5,099	11,86±4,138
	Evet	32	156,84±28,578	14,25±5,951	13,56±4,918	16,19±4,067	16,03±3,848	23,97±5,421	11,28±4,841
	İstatistik		t=,757 p=,451	t=,274 p=,784	t=1,944 p=,054	t=-,773 p=,441	t=,476 p=,635	t=1,045 p=,298	t=,671 p=,503

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 18. Katılımcıların Bir Sorun Olduğunda Destek Aldığı Kişi Özelliklerine Göre ÖİÖ Ortalamaları (n=141) **(Devamı)**

Destek Alınan Kişi			ÖİÖ ve Alt Boyutları					
			Faktör 7 (Arkadaşlık İlişkileri)	Faktör 8 (Geleceğe bakış)	Faktör 9 (Aile ilişkileri)	Faktör10 (Başkalarının yaşamlarına imrenme)	Faktör 11 (Yaşamın zorluklarıyla başetme)	Faktör12 (Karamsarlık)
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Aile	Hayır	50	15,24±3,503	12,32±2,788	9,62±3,362	6,18±2,960	12,94±2,839	5,02±3,107
	Evet	91	14,71±3,566	12,88±2,724	10,79±2,908	5,73±2,591	12,56±2,786	5,59±2,641
	İstatistik		t=,843 p=,401	t=-1,156 p=,249	t=-2,163 p=,032*	t=,947 p=,345	t=,769 p=,443	t=-1,157 p=,249
Arkadaş	Hayır	125	15,02±3,480	12,64±2,746	10,40±3,087	6,01±2,719	12,73±2,746	5,44±2,795
	Evet	16	14,00±3,983	13,00±2,852	10,19±3,430	4,94±2,670	12,44±3,286	5,00±3,055
	İstatistik		Z=-,942 p=,346	Z=-,668 p=,504	Z=,352 p=,725	Z=-1,392 p=,164	Z=,273 p=,785	Z=,621 p=,534
Sevgili/ Eş	Hayır	115	14,71±3,501	12,51±2,857	10,20±3,115	5,84±2,713	12,48±2,891	5,36±2,722
	Evet	26	15,73±3,661	13,42±2,101	11,15±3,055	6,08±2,827	13,65±2,153	5,54±3,265
	İstatistik		Z=-1,409 p=,159	Z=-1,437 p=,151	Z=-1,138 p=,255	Z=-,362 p=,717	Z=-2,047 p=,041*	Z=-,328 p=,743
Diğer (Komşu vb.)	Hayır	109	14,61±3,666	12,79±2,701	10,84±2,922	5,65±2,720	12,64±2,830	5,50±2,768
	Evet	32	15,88±2,915	12,31±2,923	8,78±3,270	6,69±2,633	12,88±2,733	5,03±3,000
	İstatistik		t=-1,784 p=,077	t=,861 p=,391	t=3,416 p=,001*	t=-1,908 p=,058	t=-,412 p=,681	t=,818 p=,415

Z=Kruskal Wallis-H Test, t-test, *p<0.05

Tablo 18’de katılımcıların bir sorun olduğunda destek aldığı kişilere göre Öznel İyi Oluş Ölçeği puanı ortalamaları dağılımı verilmiştir. Bir sorun olduğunda destek alınan kişinin aile olmasına göre ÖİÖ puan ortalaması ve Faktör9 (Aile ilişkileri) hariç diğer alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bir sorun olduğunda ailesinden destek alan bireylerin Faktör9 puan ortalaması, almayanlara göre Faktör9 Puanı ortalaması istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Bir sorun olduğunda destek alınan kişinin arkadaş olması değişkeni gruplarına göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puanı ve alt boyutlarının hiçbirinde istatistiksel anlamlılıkta farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bir sorun olduğunda destek alınan kişinin sevgili/eş olması durumu değişkeni gruplarına göre ÖİÖ puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Sevgili/eşten destek alan ÖİÖ puan ortalaması, almayan bireylerin ÖİÖ puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür. Ayrıca Faktör5 (iyimserlik) ve Faktör11 (yaşam zorluklarıyla baş etme) alt boyut puanları hariç diğer alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bir sorun olduğunda destek alınan kişinin sevgili/eş olduğunu seçen bireylerin Faktör5 ve Faktör11 puanı ortalaması, seçmeyen bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

Bir sorun olduğunda destek alınan kişinin diğer (komşu vb.) olması durumu değişkeni gruplarına göre Öznel İyi Oluş Ölçeği Puanı ve Faktör9(aile ilişkileri) hariç diğer alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bir sorun olduğunda diğer (komşu vb.) destek almayan bireylerin göre Faktör9 Puanı ortalaması, bir sorun olduğunda diğer (komşu vb.) destek alan bireylerin göre Faktör9 Puanı ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyüktür.

4.6. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Psikolojik Dayanıklılık ve Öznel İyi Oluş İlişkisi

Bu bölümde alkol ve madde kullanan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma, psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluşları arasındaki ilişkinin belirlenmesi için yapılan korelasyon testi ve regresyon analizi sonucu yer almaktadır.

Tablo 19. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Psikolojik Dayanıklılık ve Öznel İyi Oluş İlişkisi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Yabancılaşma Alt Boyutu (1)	1													
Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Boyutu (2)	,690** ,000	1												
Algılanan Ayrımcılık Alt Boyutu (3)	,676** ,000	,585** ,000	1											
Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu (4)	,711** ,000	,641** ,000	,632** ,000	1										
Dalgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyutu (5)	,179* ,034	,372** ,000	,155 ,066	,147 ,082	1									
Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (6)	,867** ,000	,870** ,000	,801** ,000	,834** ,000	,440** ,000	1								
Yapısal Stil Alt Boyutu (7)	-,017 ,843	,046 ,591	,047 ,576	-,027 ,755	,041 ,626	,022 ,799	1							
Gelecek Algısı Alt Boyutu (8)	-,171* ,042	-,116 ,172	-,229** ,006	-,209* ,013	-,168* ,046	-,227** ,007	,553** ,000	1						
Aile Uyum Alt Boyutu (9)	,001 ,991	,021 ,807	-,060 ,478	-,107 ,205	-,052 ,537	-,048 ,571	,262** ,002	,407** ,000	1					
Kendilik Algısı Alt Boyutu (10)	-,088 ,301	-,121 ,154	-,121 ,152	-,043 ,613	-,298** ,000	-,161 ,056	,455** ,000	,644** ,000	,392** ,000	1				
Sosyal Yeterlilik Alt Boyutu (11)	,002 ,978	-,069 ,418	,069 ,415	-,041 ,631	-,057 ,501	-,025 ,769	,214* ,011	,255** ,002	,362** ,000	,393** ,000	1			
Sosyal Kaynaklar Alt Boyutu (12)	,081 ,339	,110 ,193	-,076 ,372	-,022 ,792	,036 ,673	,037 ,665	,403** ,000	,407** ,000	,518** ,000	,422** ,000	,349** ,000	1		
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (13)	-,041 ,633	-,025 ,765	-,087 ,303	-,106 ,213	-,114 ,176	-,092 ,279	,663** ,000	,756** ,000	,720** ,000	,769** ,000	,600** ,000	,739** ,000	1	
Öznel İyi Oluş Ölçeği (14)	-,234** ,005	-,243** ,004	-,300** ,000	-,225** ,007	-,347** ,000	-,340** ,000	,457** ,000	,576** ,000	,370** ,000	,593** ,000	,212* ,012	,316** ,000	,589** ,000	1

Korelasyon Testi, **p<0,01 *p<0,05

Tablo 19’da Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

RHİDÖ ($r=-,227$; $p=,007$), Algılanan Ayrımcılık ($r=-,229$; $p=,006$), Sosyal Geri Çekilme ($r=-,209$; $p=,013$) ile Gelecek Algısı Alt Boyutu arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır. Yabancılaşma Alt Boyutu ve ile Dalgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyutu ($r=-,168$; $p=,046$) ile Gelecek Algısı Alt Boyutu arasında negatif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,171$; $p=,042$). Dalgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyutu ile Kendilik Algısı Alt Boyutu arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,298$; $p=,000$).

RHİDÖ ile ÖİÖ arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,340$; $p=,000$). Yabancılaşma Alt Boyutu ile Öznel İyi Oluş Ölçeği arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,234$; $p=,005$). Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Boyutu ile Öznel İyi Oluş Ölçeği arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,243$; $p=,004$). Algılanan Ayrımcılık Alt Boyutu ile Öznel İyi Oluş Ölçeği arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,300$; $p=,000$). Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu ile Öznel İyi Oluş Ölçeği arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,225$; $p=,007$).

Öznel İyi Oluş Ölçeği ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,589$; $p=,000$). Öznel İyi Oluş Ölçeği ile Yapısal Stil alt boyutu ($r=,576$; $p=,000$), Gelecek Algısı alt boyutu ($r=,576$; $p=,000$) ve Kendilik Algısı alt boyutu ($r=,593$; $p=,000$) arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır. Öznel İyi Oluş Ölçeği ile Aile Uyumu alt boyutu ($r=,370$; $p=,000$), Sosyal Yeterlilik alt boyutu ($r=,212$; $p=,012$) ve Sosyal Kaynaklar alt boyutu ($r=,316$; $p=,000$) arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 20. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Psikolojik Dayanıklılık ve Öznel İyi Oluş Regresyon Analizi*

Yordanan	Yordayan	Std. Olm.		Std.	t	p	F	R
		B	S.H.	B			(p)	AdjR ²
RHİDÖ	(Sabit)	105,931	4,866		21,770	,000	23,368 (0,000)	0,638 (0,390)
	Faktör1 (Yaşamını geçmişi ve başkalarıyla kıyaslama)	-1,396	,247	-,451	-5,660	,000*		
	Yapısal Stil Alt Boyutu	1,067	,298	,269	3,584	,000*		
	Faktör 6 (İlgi duyulan etkinlikler)	-,901	,347	-,205	-2,595	,011*		
	Faktör 2 (Olumlu- olumsuz duygular)	-,650	,283	-,183	-2,298	,023*		

*Tabloya yalnızca istatistiksel anlamlılıkta olanlar alınmıştır.

Tablo 20’de Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Puanını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

12 faktörlü olmasının yanında genel bir faktöre sahip olması sebebiyle korelasyon analizinde genel puanı alınan Öznel İyi Oluş Ölçeği’nin regresyon analizinde alt boyutlarına da yer verilmiştir.

Tabloda, sadece istatistiksel olarak anlamlılık içeren sonuçlar verilmiştir. Bu analiz sonucunda bağımsız değişkenlerin, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğinin %39’unu açıkladığı bulgusuna ulaşılmıştır.

YPDÖ’nin alt boyutu olan Yapısal Stil Alt Boyutu puanı, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Puanını anlamlı düzeyde ve pozitif yönlü yordamaktadır ($\beta=1,067$; $p<0,05$).

Öznel İyi Oluş Ölçeğinin alt boyutu olan Faktör1 (Yaşamını kendi geçmişi ve başkalarıyla kıyaslama) puanının Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ($\beta=-1,396$; $p<0,05$).

Faktör2 (Olumlu olumsuz duygular) puanı Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ($\beta=-,650$; $p<0,05$).

Faktör6 (ilgi duyulan etkinlikler) puanı Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ($\beta=-,901$; $p<0,05$).



5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma, psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmaktadır.

Araştırma, alkol ve madde kullanım bozukluğuna sahip 141 katılımcı ile yapılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 33,26 olup %43,5'i 25-34 yaş arasında, %20,5'i 35-44 ve %19,52'si 18-24 yaş arasındadır. Alkol ve madde kullanımının 25-34 yaş aralığında yoğunlaştığı görülmektedir. Literatürdeki yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Altın ve Coşkunol, 2020; Yıldırım ve diğerleri, 2011; Aksu, 2017; Gündüz-Türkeş ve Buz, 2022). Türkiye Uyuşturucu Raporunun 2023 yılı verilerinde de son bir yılda tedavi için merkezlerdeki yatan bireylerin yaş dağılım yoğunluğunun 25-34 aralığında olduğu saptanmıştır (TUBİM, 2023). Araştırmada, alkol ve maddeye başlama yaş ortalaması 18,81 bulunmuştur. Solmaz (2020)'in yaptığı çalışmada, 18,57 bulunurken Erbay ve diğerlerinin (2016) yaptığı çalışmada 18,15 bulunarak çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Katılımcıların %44'ü bekar, %41'i evliyken %52,5'i düzenli bir işte çalışmamakta ve yarıdan fazlasının (%54,3) sosyal güvencesi yoktur. Kaplan ve Özbaran (2024) yaptığı bir çalışmada bekar bireylerin oranının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde araştırmamız ile paralellik gösteren alkol ve madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin düzenli bir işte çalışmama oranının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Asan ve diğerleri, 2015; TUBİM, 2023). Katılımcıların %60'ı ilkokul/ortaokul mezunu ve %39,7'si ise lise/üniversite mezunudur. Toker-Uğurlu ve diğerlerinin (2020) ve Aygöl ve diğerlerinin (2023) yaptığı çalışmalarda da madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin eğitim seviyelerinin düşük olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çoğunluğunun (%79,4) AMATEM'de madde kullanım bozukluğu tedavisi için bulunmakta olduğu ve yarıdan fazlası (%57,4) arkadaş etkisi ile, %23,4'ü ise merak ve keyif aldıkları için başlamıştır. AMATEM' de yapılan bazı çalışmalar, alkol kullanım bozukluğuna oranla madde kullanım bozukluğu oranının yüksek olduğunu göstermiştir (Yeşil-Örnek ve Ulusoy, 2023; Eğilmez ve diğerleri, 2021; Mutlu ve Öztürk-Sarıkaya, 2019). Bireylerin alkol ve maddeye başlama nedeni genellikle arkadaş etkisi ve meraktır (Özcan ve Sever, 2017; Gerçek ve diğerleri, 2010; Oğuz ve diğerleri, 2015, TUBİM, 2020).

Araştırmada, maksimum 109 puan, minimum 35 puan alınan RHİDÖ'nün toplam puan ortalaması $80,29 \pm 18,65$ 'tir. Bu bulgu, katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde de çalışmamıza benzer şekilde alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Ektiricioğlu, 2016; Ulukök, 2021; Dönmez, 2022; Can ve Tanrıverdi, 2015). Schomerus ve diğerlerinin (2011) yaptığı bir çalışmada, madde kullanım bozukluğu olmayan ruhsal hastalıklara sahip bireyler ile karşılaştırıldığında, alkol kullanım bozukluğu olanların hasta olarak görülmedikleri, durumlarından ötürü sorumlu tutuldukları ve ayrımcılık yapılarak sosyal dışlanmaya maruz bırakıldıkları bildirilmiştir. Bu bağlamda, dışlanmanın en önemli nedenlerinden birinin alkol ve madde kullanım bozukluğunun halen toplumumuzda da 'hastalık' olarak görülmemesi olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca, bu bireylerin yüksek içselleştirilmiş damgalanma yaşama sebeplerinden biri alkol/madde nedeniyle aile, sosyal ve iş yaşamlarındaki olumsuz değişiklikler olabilir. Araştırmamızda, "aile, sosyal ve iş ilişkilerinde değişiklik yaşama durumu ile RHİDÖ arasında "damgalanmaya karşı direnç" alt boyutu hariç tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu durum, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilmenin bireylerin aile, sosyal ve iş yaşamlarında içselleştirilmiş damgalanma yaşamalarına yol açtıklarını göstermektedir. Aile bir sistem olarak düşünüldüğünde, aileden birinin alkol/madde bağımlısı olması sadece o kişiyi değil tüm aile üyelerini olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir (Mutlu, 2013). Aile üyeleri aile içinde bağımlı biri olduğunu öğrendiğinde durumu inkâr etme, konduramama ve yoğun bir şekilde suçluluk ve utanç duygusu yaşayabilmektedir. Yaşanan utanç duygusu yerini, öfke ve dışlamaya bırakabilmekte ve aile üyeleri sosyal kınamadan kaçabilmek için bireyi dışlayabilmektedir (Yılmaz ve Cüceler, 2019). Aileler dışında bireyin sosyal ve iş hayatındaki kişiler, alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısına sahip olmasından ötürü ayrımcılık uygulayarak dışlayabilmektedir. Buna bağlı olarak da moral bozukluğu, benlik saygısında azalma, sosyal uyumda bozulma, işsizlik, gelir kaybı ve psikiyatrik tedaviye uyumda azalma gibi çok sayıda olumsuz sonuçlar yaşanabilmektedir (Çam ve Çıhadar, 2011). Buradan hareketle, toplumsal damgalama aynı zamanda içselleştirilmiş damgalanmaya yol açabilmektedir (Simmons ve diğerleri, 2015; Özmen ve Erdem, 2018).

Araştırmamızda, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin alkol kullanım bozukluğu olan bireylere göre içselleştirilmiş damgalanmasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Brown (2015)'ın yaptığı bir çalışmada, yasadışı madde kullanımının daha fazla damgalanma ile ilişkili olduğunu bildirirken, Koç ve Tok (2019)'un yaptığı bir çalışmada, alkol kullanım bozukluğu olanların opioid kullanım bozukluğu olanlara göre içselleştirilmiş damgalanmasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alkol kullanım bozukluğuna sahip bireylere göre madde kullanım bozukluğu olanların daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşamasını güçlendiren etkenlerden biri, hukuksal boyut olabilir. Türk Ceza Kanunu (TCK 188-191)'na göre “madde kullanıcısı, kullanmak için uyuşturucu ve uyarıcı madde satın alarak, kabul ederek ve bulundurarak suç fiilini işler durumdadır. Kişi kolluk kuvvetleri tarafından yakalandığı takdirde, kullanım amaçlı davranışından ötürü kanun önünde suçludur” (TCK, 2014). Bu nedenle, madde kullanımı bozukluğu olan bireylerin hasta ve tedavi ihtiyacı olan bir birey olarak değil de cezalandırılması gereken kişi şeklindeki toplum algısı (Işık, 2023), bireyi içselleştirilmiş damgalanmaya sürükleyebilir.

RHİDÖ toplam puan ortalamasının tanıtıcı bilgiler ve madde kullanım özelliklerine göre bakıldığında araştırmamızda, çalışmayan bireylerin çalışanlara göre içselleştirilmiş damgalanmalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması ve Algılanan Ayrımcılık alt boyutları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Çalışmayan bireyler çalışanlara göre daha fazla yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması ve algılanan ayrımcılık alanlarında sorun yaşamaktadır. Baysan Arabacı ve diğerlerinin (2015) yaptığı bir çalışmada da, çalışma durumunun algılanan ayrımcılığı etkilediği bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda, içselleştirilmiş damgalanma yaşayan bireylerin iş performanslarının düşmesiyle birlikte işsizlik gibi problemlerle karşılaştığı bilinmektedir (Özaslan Çalışkan, 2017). Buradan hareketle, içselleştirilmiş damgalanma, bireylerdeki düzenli bir işte çalışmama durumunun hem nedeni hem de sonucudur denilebilir.

Çalışmamızda medeni durum ve öğrenim durumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasında bir ilişki bulunmamıştır. Literatürdeki bazı çalışmalar da bulgumuza benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Kalaz, 2023; Ulukök, 2021; Picco ve diğerleri, 2016; Kaya Yüksel, 2015). Ersoy ve Varan (2007)'ın yaptığı çalışmada da, içselleştirilmiş damgalanma ile medeni durum ve eğitim düzeyi arasında anlamlı bir

farklılık saptanmamıştır. Diğer taraftan, medeni durum ve eğitim düzeyi ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlılık bulunan çalışmalar da mevcuttur. Yıldırım ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları bir araştırmada, katılımcıların eğitim seviyeleri ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı fark bulunmuştur. Benzer nitelikte, eğitim seviyesi ne kadar yüksekse içselleştirilmiş damgalanmanın o kadar düşük olduğunu bildirilen çalışmalar da mevcuttur (Coşkun ve Güven-Caymaz, 2013; Kök ve Demir, 2018; Yıldırım ve diğerleri, 2012; Can, 2012; Arıkan ve diğerleri, 2004). Kök ve Demir (2018)'in yaptığı çalışmada ise boşanmış/eşi ölmüş/evli ama ayrı yaşayan bireylerin evli olanlara göre içselleştirilmiş damgalanmasının yüksek olduğu bildirilmiştir. Buradan hareketle, eğitim seviyesine göre içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde her ne kadar fark yaratmasa da bazı çalışmaların da gösterdiği gibi toplumdaki kalıp yargıların kabulü noktasında eğitimin farkındalık kazanılabileceği de yadsınamaz. Literatürdeki çalışmalardaki farklılıkların örneklem özelliklerinden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Yaşanılan yere göre içselleştirilmiş damgalanmada anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kent ve kasaba örneklemine sahip karşılaştırmalı bir çalışmada, kasabada yaşayan psikiyatrik hastaların kentlilere göre daha çok damgalandıklarını düşündükleri bildirilmiştir (Angermeyer ve diğerleri, 2004). Çalışmamızda yaşanılan yere göre içselleştirilmiş damgalanma ilişkisinin anlamlı çıkmamasının nedeni örneklemin daha çok ilde yaşayanlardan oluştuğundan kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca, ülkemizdeki bölgelerin alkol ve maddeye karşı kültürel bakış açılarının etkisiyle ilgili olabileceği söylenebilir.

Araştırmamızda, arkadaş etkisi ile alkol ve maddeye başlayan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek bulunmuştur. Ölçeğin, yabancılaşma ve kalıp yargıların onaylanması alt boyutlarında da anlamlı farklılık bulunmuştur. Diğer taraftan bir sorun olduğunda arkadaştan destek almayı seçen bireylerin yabancılaşma alt boyutu da anlamlı farklılık göstermiştir. Buradan hareketle, içselleştirilmiş damgalanma bireyde sosyal etkileşimde azalma, suçluluk, utanma, arkadaş ilişkilerinde bozulmaya sebep olmasıyla birlikte, bireyin sosyal çevresinin de sadece bağımlılığı olan arkadaşlarından oluşmasına yol açmaktadır (Çam ve Ayakdaş-Dağlı, 2017). Bireyin toplumdan yabancılaşma durumunun ortaya çıkmasında, arkadaş etkisiyle başladığı alkol/madde nedeniyle çoğunlukla bağımlı arkadaşlarıyla kurduğu ilişkiler neticesinde birbirlerini etkilemiş olabileceği söylenebilir.

Araştırmamızda, maksimum 159 puan, minimum 41 puan alınan YPDÖ'den alınan toplam puan $123,46 \pm 21,775$ 'tir. Bu durumda, katılımcıların orta düzeyde psikolojik dayanıklılıklarının olduğu söylenebilir. Ölçek alt boyutlarından sosyal kaynaklarda en yüksek, yapısal stilde ise en düşük puan alınmıştır. Madde kullanan ve kullanmayan bireylerde yapılan bir araştırmada, madde kullanımının psikolojik dayanıklılık düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermediği bildirilmiştir (Gökçen, 2015). Araştırmamızdan hareketle, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin her ne kadar sosyal kaynakları iyi kullandıkları görülse de kendine güven, özdisiplin gibi alanlarda eksiklik yaşadıkları görülmektedir. Madde bağımlıları ile yapılan grup danışmanlıklarının özyeterlilik ve sosyal destekleri kullanmayı artırdığı (Varol ve Öz, 2023) çalışmalar göz önüne alındığında, bireylerin gelişimlerinin bu tür programlarla sağlanması olumlu sonuçlar doğurabilir. Ayrıca sosyal kaynakların yüksek olması bireylerin tedaviye devamlılığını artırdığı (Yalçın Şahiner ve diğerleri, 2023) ve başvurmada isteklilik yönünden de olumlu sonuçlar ortaya çıkarabileceği düşünülmektedir. Diğer taraftan, bireylerin sosyal kaynaklarının fazla olduğu halde düşük öz güven yaşamalarındaki sebeplerden birinin de içselleştirilmiş damgalama olabilmektedir.

Medeni duruma göre psikolojik dayanıklılık ölçeği istatistiksel anlamlılıkta farklılık göstermiştir. Evli bireylerin psikolojik dayanıklılığı bekarlara göre yüksek bulunmuştur. Parmaksız (2019)'ın yaptığı çalışmada da medeni duruma göre psikolojik dayanıklılığa anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusuna ulaşılmıştır. Ayrıca, çalışma evli olmanın bireylerin sosyal destek olarak algılanmasıyla baş etmelerinin de güçlü olabileceği noktasında, psikolojik dayanıklılığa da pozitif katkılarının olduğunu bildirmektedir. Çalışmamızda bir sorun olduğunda destek aldığı kişinin sevgili/eş olması değişkeni ile YPDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunması da bu durumu kanıtlar nitelikte olabilir. Ayrıca, yapısal stil, gelecek algısı ve kendilik algısı alt boyutlarında da istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur. Kendine güven anlamını içeren yapısal stil alt boyutu da evlilerde bekarlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bağlamda, Doğan (2019)'un yaptığı "Algılanan sosyal destek ile yaşam tatmini ve özgüven düzeyleri üzerine etkisi" isimli bir çalışmada, bireyin özel birinden gördüğü sosyal destek ile özgüven arasında güçlü bir ilişkinin olduğu bulgusuna ulaşılmıştır ve sosyal desteğin bireylerin zor ve yıkıcı yaşam koşullarının sonuçlarını azalttığı vurgulanmıştır. Bir sorun olduğunda

sevgili/eşten destek alan bireylerin öznel iyi oluş düzeyi, Faktör5 (iyimserlik) ve Faktör11 (yaşam zorluklarıyla baş etme) alt boyutunda istatistiksel anlamlılıkta daha büyüktür. Bu sonuçlar, evli olan bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının ve kendine güvenlerinin yüksek olduğunu, eşlerinden destek almalarının psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluşlarına olumlu katkı sağladığını ayrıca yaşam zorluklarıyla baş etme ve iyimserlik yeteneklerini yükselttiğini gösterebilir.

Araştırmamızda, AMATEM'e ilk başvurusu olan bireylerin psikolojik dayanıklılığı birden fazla başvuru yapan bireylere göre istatistiksel anlamlılıkta yüksek bulunmuştur. Ayrıca YPDÖ'nün yapısal stil, gelecek algısı ve sosyal kaynaklar alt boyutları açısından da anlamlılık göstermiştir. Bu sonuç doğrultusunda, tekrarlı yatışların kendine güveni azalttığı, geleceğe yönelik bakış açısını ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkilediği söylenebilir. Psikolojik dayanıklılık bağımlılıkta nükslerde önemli bir faktördür (Cadet, 2016). Bağımlılık tedavisinin uzun ve zorlu bir süreç olması, tekrarlı yatışlara sebep olabileceğinden bireylerin her bir yatışından sonra olumsuz duygular açığa çıkarabileceği düşünülmektedir. Fakat diğer taraftan, tedavi olmak için istekli olması önemli bir faktördür. Çalışmada, kendi isteği ile başvuru yapan bireylerin psikolojik dayanıklılığın alt boyutu olan yapısal stil alt boyutunda diğer bireylere göre daha yüksek çıkmıştır. Bireylerin tedaviye ilk yatışlarındaki yüksek psikolojik dayanıklılık, kendi istekleri doğrultusunda tedavi olmak istemelerini de artıracakı düşünülebilir.

Çalışma durumuna göre YPDÖ ve ÖİÖ incelendiğinde, YPDÖ'nin alt boyutu olan "aile uyumu" ve ÖİÖ'nin alt ölçeği olan Faktör9 (Aile ilişkileri) istatistiksel olarak anlamlılık göstermiş, çalışan bireylerin aile ilişkileri ve uyumu çalışmayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Buradan hareketle, psikolojik dayanıklılığı risk faktörlerinden biri olan (Öz ve Yılmaz, 2013) ve öznel iyi oluş üzerinde de olumsuz etkisi olduğu bildirilen işsizlik (Clark, 2005) aile ilişkilerine de zarar veriyor olabilir. Çünkü düzenli bir işte çalışmayan bir birey, maddeyi temin edebilmek için para bulmak zorundadır, bu parayı ise öncelikle ailelerden almaya çalışabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, aileler yakınlarının madde kullandığını, bağımlı bireyin evdeki eşyaları satması nedeniyle eşyaların eksildiğini fark etmeleri ile anladıkları bildirilmiştir (Tamar ve diğerleri, 1997).

Araştırmada, ÖİÖ'den alınan toplam puanın $160,14 \pm 28,002$ olduğu saptanmıştır. En yüksek puanın Faktör5(iyimserlik) alt boyutu olurken en düşük puan

Faktör12 (karamsarlık)'tır. Madde kullanım bozukluklarında öznel iyi oluşun koruyucu bir faktör olduğu düşünüldüğünde yapılan çalışmalar da bu yöndedir. İlhan (2009)'ın yaptığı bir çalışmada, alkol kullanım sıklığı ile öznel iyi oluş arasında negatif yönlü ilişki olduğu ve Öztürk ve Çetinkaya (2015)'nin yaptığı bir başka çalışmada ise, alkol kullanmayan bireylerin yaşam doyumları diğer gruptaki bireylerin yaşam doyumlarından istatistiksel anlamlılıkta yüksek çıktığı saptanmıştır. Ayrıca, alkol ya da madde kullanımı olan bireylerin öznel iyi oluş düzeylerinin düşük olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Nikolaou, 2019; Miller ve diğerleri, 2014; Hu ve diğerleri, 2017). Bu bağlamda, bireylerin öznel iyi oluş düzeylerini en çok etkileyen alanın iyimserlik olduğu, bireylerin iyimserlik yönlerinin kendi istekleriyle tedaviye başvurabilmeleri ve tedaviye uyumda bu özelliğin olumlu katkılarının olabileceği söylenebilir.

Araştırmamızda, medeni durum ile öznel iyi oluş arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken; öğrenim durumu ile öznel iyi oluş alt boyutlarından “olumlu-olumsuz duygular” anlamlılık göstermiştir. Lise/üniversite mezunu bireylerin olumlu-olumsuz duyguların farkında olması, ilköğretim/ortaokul mezunu bireylere göre istatistiksel anlamlılıkta daha yüksektir. Güner (2019)'un yaptığı bir çalışmada, bireylerin öğrenim düzeylerine göre duygusal iyi oluş arasında anlamlı bir fark bulunmazken, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermiştir. Aynı çalışmada, bekar kişilerin evlilere oranla duygusal iyi oluşlarının daha yüksek olduğunu ayrıca boşanmış kişilerin duygusal iyi oluşlarının en düşük seviyede olduğu bildirilmektedir. Lucas (2005)'in yaptığı bir çalışmada, evli bireylerin öznel iyi oluşlarının boşanmış bireylere göre daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Ayrıca, Lucas ve diğerlerinin (2003) yaptığı bir diğer çalışmada, evli bireylerin evli olmayanlara göre daha yüksek öznel iyi oluş yaşadığı bildirilmektedir. Diener (1984)'in “Evliliğin öznel iyi oluşa etkisi olumludur fakat her zaman güçlü değildir” şeklindeki çıkarımı çalışmamız bulgularına benzerlik göstermektedir.

Araştırmada, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fakat gelecek algısı alt boyutu ile RHİDÖ, yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt boyutları arasında negatif yönlü ve zayıf bir ilişki bulunmuştur. Buradan, bireyin içselleştirilmiş damgalanmasının yüksek olması, geleceğe karşı bakış açısını negatif etkilediği de söylenebilir. Toplumdan

yabancılaşan ve sosyal geri çekilme yaşayan bireyin, geleceğe karşı olumsuz bir şekilde bakabileceği de düşünülmektedir. Boyle (2012) yaptığı bir çalışmada, içselleştirilmiş damgalanmanın artmasıyla geleceğe karşı umutların azaldığını bildirmiştir. Çetinkaya (2021)'nın bipolar bireylerde içselleştirilmiş damgalanma, öz şefkat ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelediği çalışmada, içselleştirilmiş damgalanma ile psikolojik dayanıklılık arasında bizim çalışmamızda olduğu gibi anlamlı ilişki bulunmamıştır. Diğer taraftan, Karabacak Sağman (2022)'ın yaptığı bir diğer çalışmada, RHİDÖ ve YPDÖ ve alt ölçeklerinde arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon bulunmuştur. Post ve diğerlerinin (2021) yaptığı bir çalışmada, psikolojik dayanıklılık ile kendini damgalamanın negatif, damgalanmaya karşı direncin ise pozitif bir ilişkisi olduğu bildirilmektedir. Literatür incelendiğinde, genel olarak madde kullanım bozukluğu dışındaki psikiyatrik hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar mevcuttur. Sedić ve diğerlerinin (2021) şizofreni tanılı bireylerde yaptığı çalışmada, içselleştirilmiş damgalanma ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif ve orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda, alkol ve madde kullanım bozukluğunda içselleştirilmiş damgalanma ve psikolojik dayanıklılık arasında istatistiksel anlamlılıkta ilişki saptanmamış olsa bile, bu bulgu madde kullanım bozukluğu alanında literatüre katkı sağlamıştır.

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ile Öznel İyi Oluş Ölçeği arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İçselleştirilmiş damgalanmanın artmasıyla öznel iyi oluş azalmaktadır. Magallare ve diğerlerinin (2016) yaptığı bir çalışmada, ayrımcılık algısının psikolojik ve öznel iyi oluş arasında negatif bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Pérez-Garín ve diğerlerinin (2015) ruhsal hastalığı olan bireylerde yürüttüğü kesitsel çalışmada, içselleştirilmiş damgalanmanın psikolojik ve öznel iyi oluş ile arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunduğu bildirilmiştir. Bu sonuç çalışmamız bulgusu ile paralellik göstermektedir. Morgades-Bamba ve diğerlerinin (2017) içselleştirilmiş damgalanmanın öznel iyi oluşa etkisi üzerine yaptıkları çalışmada, içselleştirilmiş damgalanmanın hem olumlu benlik kavramı hem de öznel iyi oluş üzerindeki etkilerinde büyük öneme sahip olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Öznel iyi oluşun bileşenleri olan olumlu duygular, olumsuz duygular ve yaşam kalitesi şeklinde ayırdığımızda literatürde araştırmalar bulunabilmektedir. Douglass ve diğerlerinin (2017) yaptığı bir çalışmada, ayrımcılığın

olumlu duygulanım ve yaşam memnuniyeti açısından anlamlı ilişkisinin bulunmadığı fakat olumsuz duygulanımla pozitif ve anlamlı ilişkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu bilgiler ışığında, içselleştirilmiş damgalanmanın, bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları ve önyargıları kendisi için kabulü sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygular geliştirebileceği (Avcil ve diğerleri, 2016) düşünüldüğünde, bireylerin öznel iyi oluşlarını güçlendirmeye yönelik yapılacak girişimlerin içselleştirilmiş damgalanmayı azaltabileceği söylenebilir. Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda sıkça görülen olumsuz duygu durumlarının, bağımlılığın şiddetini arttırdığı ve hemşirelik planlarının bu doğrultuda planlanmasının önemli olabileceği görülmektedir (Bayır, 2021).

Araştırmamızda, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin Öznel İyi Oluş Ölçeği ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Psikolojik dayanıklılık düzeyi arttıkça öznel iyi oluşun da artacağı söylenebilir. Çelebi (2023)'ün psikolojik dayanıklılığın öznel iyi oluşa etkisi üzerine yaptığı bir çalışmada, psikolojik dayanıklılığın arttıkça öznel iyi oluşun da arttığı bulgusuna ulaşılmıştır. Bharti ve diğerleri (2023)'nin yaptığı bir çalışmada, psikolojik dayanıklılığın bilinçli farkındalık ve öznel iyi oluş arasında önemli bir role sahip olduğu ve ruh sağlığı üzerine olumlu etkilerinin olduğu bildirilmektedir. Ayrıca literatürdeki diğer çalışmalar da çalışmamızdaki sonucu desteklemektedir (Akdoğan ve Yalçın, 2018; Siviş-Çetinkaya ve Yılmaz, 2019; Owen ve diğerleri, 2022; Şahin ve Dobrucalı, 2022). Psikolojik dayanıklılığın alkol/maddeye başlama, sürdürme ve nükslerde önemli etkisi vardır. Psikolojik dayanıklılığın artırılmasında, alkol ve madde kullanımındaki şiddeti azaltmadaki katkısı da (Yalçın Şahiner ve diğerleri, 2022) göz önüne alındığında, psikolojik dayanıklılığı ve öznel iyi oluşu güçlendirmeye yönelik toplum temelli eğitimler gerekmektedir. Öznel İyi Oluş Ölçeği ile yapısal stil, gelecek algısı ve kendilik alt boyutu arasında pozitif ve orta seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yani, kendine güvenen, geleceğe olumlu bakan ve kendinin farkında olan bir bireyin öznel iyi oluşu da yüksektir. Bu bilgiler ışığında, birbirini pozitif şekilde etkileyen psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluşun ortak çalışma alanları; kendine güven, geleceğe bakış, aile ilişkileri gibi sosyal ilişkiler ve iyimserlik olduğu söylenebilir. Literatür incelendiğinde, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır ve sonuçlarımız literatüre katkı sağlamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma, psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş düzeylerin belirlenmesi ve aralarında ilişki olup olmadığının incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma puanının $80,29 \pm 18,865$ olduğu saptanmış olup alt boyutlarından en yüksek ortalama “kalıp yargıların onaylanması”; en düşük ortalama ise “damgalanmaya karşı direnç”tedir. Bireylerin yüksek düzeyde kendilerini damgaladıkları, kalıp yargıları onayladıkları ve damgalanmaya karşı direnç göstermede yetersiz kaldıkları,
- Psikolojik dayanıklılık ölçeğinin ortalamasının $123,46 \pm 21,775$ olduğu, en yüksek ortalamanın sosyal kaynaklar alt boyutunda iken en düşük ortalama “yapısal stil” alt boyutundandır. Katılımcıların orta düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip olduğu; sosyal kaynakları iyi kullanmalarına rağmen kendine güven ve özdisiplinde yetersiz kaldıkları,
- Öznel iyi oluş ölçeğinin ortalamasının $160,14 \pm 28,002$ olduğu; alt boyutlarda ise en düşük puanın karamsarlık, en yüksek puanın iyimserlikten alındığı belirlenmiştir.
- RHİDÖ’nün;
 - ✓ Çalışmayanların RHİDÖ toplam puan ortalaması ve yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması ve algılanan ayrımcılık alt boyut puan ortalamalarının çalışanlara göre istatistiksel anlamlılıkta yüksek olduğu,
 - ✓ Yaşanılan kişiye göre kalıp yargıların onaylanması alt boyutunun yalnız yaşayan bireylerde anne/babasıyla yaşayanların eş ve çocukları ile yaşayanlara göre yüksek olduğu,
 - ✓ Arkadaş etkisi ile alkol ve maddeye başlayan bireylerin RHİDÖ toplam puanı ve yabancılaşma ve kalıp yargıların onaylanması alt boyutlarının diğerlerine göre istatistiksel anlamlılıkta yüksek olduğu,
 - ✓ Madde kullanan bireylerin alkol kullanan bireylere göre içselleştirilmiş

- damgalanmasının yüksek olduğu ve madde kullanan bireylerin yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt boyutlarının puan ortalamasının alkol kullanım bozukluğu olan bireylere göre istatistiksel anlamlılıkta yüksek olduğu,
- ✓ Alkol ve madde kullanımı sonrasında aile, sosyal ve iş yaşamında değişiklik olan bireylerin olmayanlara göre içselleştirilmiş damgalanmalarının ve damgalanmaya karşı direnç hariç tüm alt boyutlarının istatistiksel anlamlılıkta farklılık olduğu,
 - ✓ Bir sorun olduğunda aileden destek alan bireylerin damgalanmaya karşı direncinin istatistiksel anlamlılıkta yüksek olduğu,
 - ✓ Bir sorun olduğunda arkadaşından destek alanların yabancılaşma puan ortalamasının diğerlerine göre istatistiksel anlamlılıkta yüksek olduğu,
 - ✓ Medeni durum ve öğrenim durumuna göre RHİDÖ ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olmadığı,
 - ✓ Yaşanılan yere göre RHİDÖ ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olmadığı,
 - ✓ AMATEM'e ilk başvurusu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinde istatistiksel anlamlılıkta farklılık olmadığı,
 - ✓ AMATEM'e başvurmaya karar verme durumuna göre RHİDÖ ve tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı,
- YPDÖ'nün;
 - ✓ Evli bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının bekar bireylere göre yüksek olduğu,
 - ✓ Evli bireylerin yapısal stil puan ortalamasının bekar bireylere göre istatistiksel anlamlılıkta yüksek olduğu,
 - ✓ Lise/üniversite mezunu bireylerin ilkokul/ortaokul mezunu bireylere göre yapısal stil puan ortalamasının yüksek olduğu,
 - ✓ Çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre aile uyumu puan ortalamasının yüksek olduğu,
 - ✓ AMATEM'e ilk başvuru yapan bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının ve yapısal stil, gelecek algısı ve sosyal kaynaklar alt boyut puanlarının birden fazla başvuru bireylerden yüksek olduğu,

- ✓ AMATEM'e kendi isteği ile başvuru yapan bireylerin yapısal stil puan ortalamasının diğerlerine göre yüksek olduğu,
- ✓ Sorun olduğunda ailesinden destek alan bireylerin aile uyumu ve sosyal kaynaklar puan ortalamasının yüksek olduğu,
- ✓ Sorun olduğunda sevgili/eşten destek alan bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının ve yapısal stil, gelecek algısı ve kendilik algısı puan ortalamalarının yüksek olduğu,
- ✓ Arkadaş etkisi ile alkol ve maddeye başlayan bireylerin sosyal kaynaklar puan ortalamasının istatistiksel anlamlılıkta yüksek olduğu,
- ✓ Alkol ve madde kullanım bozukluğu olmasına göre YPDÖ ve alt boyut puanlarında istatistiksel anlamlılıkta farklılık olmadığı,
- ✓ Yaşanılan yer ve yaşanılan kişiye göre YPDÖ ve alt boyutlarında istatistiksel anlamlılıkta farklılık olmadığı,
- ÖİÖ'nin;
 - ✓ Lise/üniversite mezunu bireylerin olumlu-olumsuz duygular puan ortalamasının ilkokul/ortaokul mezunu bireylere göre yüksek olduğu,
 - ✓ Çalışan bireylerin aile ilişkileri ve başkalarının yaşamlarına imrenme puan ortalamalarının çalışamayan bireylere göre yüksek olduğu,
 - ✓ İlde yaşayan bireylerin ilgi duyulan etkinlikler ve başkalarının yaşamına imrenme puan ortalamalarının köy/kasaba/ilçede yaşayan bireylere göre yüksek olduğu,
 - ✓ Bir sorun olduğunda sevgili/eşten destek alan bireylerin iyimserlik ve yaşam zorluklarıyla baş etmelerinin yüksek olduğu,
 - ✓ Adli olarak yatışı yapılan bireylerin karamsarlıklarının diğerlerine göre yüksek olduğu,
 - ✓ Alkol ve madde kullanım bozukluğu olma durumuna göre öznel iyi oluş puan ortalamalarının istatistiksel anlamlılıkta farklılık göstermediği,
 - ✓ AMATEM'e ilk başvuru durumuna göre öznel iyi oluş toplam puan ortalamasının istatistiksel anlamlılıkta farklılık göstermediği bulunmuştur.
- RHİDÖ ve YPDÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı fakat gelecek algısı alt boyutu ile RHİDÖ, yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal

- geri çekilme alt boyutları arasında negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu,
- RHİDÖ ve ÖİÖ arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki olduğu,
 - ÖİÖ ve YPDÖ arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki olduğu,
 - ÖİÖ ve yapısal stil, gelecek algısı ve kendilik algısı alt boyutları arasında pozitif yönlü ve orta seviyede ilişki olduğu saptanmıştır.
 - Yapısal stil alt boyutunun Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğini anlamlı ve pozitif yönlü yordadığı,
 - Faktör 1(yaşamını kendi geçmişi ve başkalarıyla kıyaslama), Faktör 6 (İlgi duyulan etkinlikler) ve Faktör 2 (Olumlu olumsuz duygular) alt boyut puanlarının içselleştirilmiş damgalanmayı anlamlı ve negatif yordadığı saptanmıştır.

Bu araştırma sonuçlarına göre;

- ✓ Alkol ve madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin içselleştirilmiş damgalanma yaşamlarına dayanarak ruh sağlığı çalışanlarının damgalanma ile mücadele kapsamında programları arttırmaları ve psikoeğitim içeriğinde içselleştirilmiş damgalanma konusuna yer vermeleri,
- ✓ Damgalamanın ailede başladığı düşünülerek içselleştirilmiş damgalanma adına toplum temelli eğitimler düzenlenmesi,
- ✓ İçselleştirilmiş damgalanmanın azaltılmasına yönelik öznel iyi oluşu güçlendirici programların etkililiğinin araştırılması ve uygulamaya dahil edilmesi,
- ✓ Bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını ve öznel iyi oluşlarını yükseltmek için özgüven ve sosyal destek kaynakların kullanımı gibi alanlarda farkındalık çalışmalarının yapılması,
- ✓ İçselleştirilmiş damgalanma ve psikolojik dayanıklılık ilişkisi adına ileri araştırmaların artırılması,
- ✓ Bağımlılıkta riskli yaş gruplarının düzenli olarak saptanarak gerekli önleyici ve koruyucu çalışmaların artırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Açıkgöz, F., Akkuş, D. (2018). Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: anahtar rol üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 142–146.
- Akan, M., Cumurcu, H. B. (2021). Kokain ile ilişkili patolojiler. *Current Addiction Research*, 5(1), 16–24.
- Akdoğan, B., Yalçın, S. B. (2018). Lise öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık ve çatışma çözme davranışlarının öznel iyi oluşlarını yordaması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 46, 174–197.
- Aksu, M.H. (2017). *Alkol bağımlılığı ve opiat (eroin) bağımlılığı tanısı alan ayaktan takip edilen erkek hastalarda depresyon, anksiyete, aleksitimi ve bedensel belirtilerin incelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
- Alim, T. N., Lawson, W. B., Feder, A., Iacoviello, B. M., Saxena, S., Bailey, C. R., Greene, A. M., Neumeister, A. (2012). Resilience to meet the challenge of addiction: psychobiology and clinical considerations. *Alcohol Research: Current Reviews*, 34(4), 506–515.
- Altın, D., Coşkunol, H. (2020). Turkish validity and reliability of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. *ADDICTA: The Turkish Journal on Addictions*, 6, 67-86. <https://doi.org/10.5152/addicta.2020.19067>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. American Psychiatric Association Publishing.
- Angermeyer, M. C., Beck, M., Dietrich, S. (2004). The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 153–162.
- Arıkan, Z. (2011). Madde Bağımlılığı, Düzeltme, Nüks ve Önlenmesi. In *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu* (pp. 243–258).
- Arıkan, Z., Genç, Y., Etik, Ç., Aslan, S., Parlak, İ. (2004). Alkol ve diğer madde bağımlılıklarında hastalar ve yakınlarında etiketleme. *Bağımlılık Dergisi*, 5, 52–56.
- Asan, Ö., Göka, E., Tamam, İ. T., Tıkır, B. (2015). Bir amatem ünitesine eklenen alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 16(1), 1-8.
- Avcil, C., Bulut, H., Hızlı Sayar, G. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama*, 2, 175–202.

- Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (EMCDDA). (2022). *Avrupa uyuşturucu raporu 2022: eğilimler ve gelişmeler*.
- Aydemir, C., Berksun, O. E. (2018). Majör depresyonlu hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın ilişkili olduğu faktörler ve işlevsellik üzerine olan etkisi. *Kriz Dergisi*, 26(3), 1.
- Aygöl, I., şahin, M., Ünübol, B. (2023). Madde kullanım bozukluğu tanılı bireylerde yeme bozuklukları, duygusal yeme ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 24(4), 417-427. doi:10.51982/bagimli.1204297
- Basım, H. N., Çetin, F. (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 104–114.
- Baum, M. K., Tamargo, J. A., Diaz-Martinez, J., Delgado-Enciso, I., Meade, C. S., Kirk, G. D., Mehta, S., Moore, R., Kipke, M. D., Shoptaw, S. J., Mustanski, B., Mandler, R. N., Khalsa, J. H., Siminski, S., Javanbakht, M., Gorbach, P. M. (2022). HIV, psychological resilience, and substance misuse during the COVID-19 pandemic: A multi-cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, 231.
- Bayır, B. (2021). Madde bağımlılığı sorunlarında hemşirelik yaklaşımları. In R. Aylaz A. Dönmez (Eds.), *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği* (pp. 229–246). İstanbul Tıp Kitapevleri.
- Bayrak, B. (2020). Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. In F. Oflaz N. Yıldırım (Eds.), *Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları* (pp. 486–502). Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
- Baysal, G. Ö. D., Özkan, Ç., Gökmen, Z. (2013). Duygudurum bozukluklarında içselleştirilmiş damgalanma, bilişsel işlevler ve işlevsellik. *Cukurova Medical Journal*, 38(3), 390–402.
- Baysan Arabacı, L., Ayakdaş Dağlı, D., Taş, G. (2018). Madde kullanım bozukluklarında duygu düzenleme güçlüğü ve hemşirelerin rol ve sorumlulukları. *Bağımlılık Dergisi*, 19(1), 10–16.
- Baysan Arabacı, L., Başoğul, C., Büyükbayram, A. (2015). Adli psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 113–121.
- Ben-Zur, H. (2003a). Happy adolescents: the link between subjective well-being, internal resources, and parental factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(2), 67–79. <https://doi.org/10.1023/A:1021864432505>
- Ben-Zur, H. (2003b). Subjective well-being in times of terrorism. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(2), 67–79. <https://doi.org/10.1023/a:1021864432505>

- Bharti, T., Mishra, N., Ojha, S. C. (2023). Mindfulness and subjective well-being of Indian University students: role of resilience during COVID-19 pandemic. *Behavioral Sciences*, 13(5), 353. <https://doi.org/10.3390/bs13050353>
- Blanckaert, P., van Amsterdam, J., Brunt, T., van den Berg, J., Van Durme, F., Maudens, K., van Bussel, J. (2013). 4-Methyl-amphetamine: a health threat for recreational amphetamine users. *Journal of Psychopharmacology*, 27(9), 817–822. <https://doi.org/10.1177/0269881113487950>
- Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., Greca, A. M. La. (2010). Weighing the Costs of Disaster. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1), 1–49. <https://doi.org/10.1177/1529100610387086>
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671–682. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.671>
- Boyd Ritsher, J., Otilingam, P. G., Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Boyle, M. P. (2015). Identifying correlates of self-stigma in adults who stutter: Further establishing the construct validity of the Self-Stigma of Stuttering Scale (4S). *Journal of Fluency Disorders*, 43, 17–27. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.12.002>
- Brandão, J. M., Mahfoud, M., Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 21(49), 263–271. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000200014>
- Cadet, J. L. (2016). Epigenetics of Stress, Addiction, and Resilience: Therapeutic Implications. *Molecular Neurobiology*, 53(1), 545–560. <https://doi.org/10.1007/s12035-014-9040-y>
- Caldeira, S., Timmins, F. (2016). Resilience: synthesis of concept analyses and contribution to nursing classifications. *International Nursing Review*, 63(2), 191–199. <https://doi.org/10.1111/inr.12268>
- Can, G. (2012). *Madde bağımlılığı tanısı alan bireylerin sosyal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri*. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Chan, K. K. S., Mak, W. W. S. (2014). The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community. *Quality of Life Research*, 23(9), 2559–2568. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0695-7>

- Connor, K. M., Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the connor-davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Corrigan, P. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive Behavior Practice*, 5, 201–222.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.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), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Coşkun, S., Güven-Caymaz, N. (2013). Bir kamu ve özel psikiyatri hastanesine başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yönünden karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3, 121–128.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>
- Çakar, F. S., Karataş, Z., Çakır, M. A. (2015). Yetişkin yılmazlık ölçeği: Türk kültürüne uyarlanması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22(39), 22–39.
- Çam, O., Çuhadar, D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(3), 136–140.
- Çelebi, M. A. (2023). Psikolojik dayanıklılık ile öznel iyi oluş ilişkisi ve benlik saygısının aracı rolü. *İş ve İnsan Dergisi*, 10(2), 97–107.
- Çevik Durmaz, Y. (2021). Damgalama ile mücadelede hemşirelik yaklaşımları. In R. Aylaz A. Dönmez (Eds.), *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği* (pp. 97–112). İstanbul Tıp Kitapevleri.
- Davidson, J. R. T., Payne, V. M., Connor, K. M., Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Hertzberg, M. A., Weisler, R. H. (2005). Trauma, resilience and saliostasis: effects of treatment in post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 20(1), 43–48. <https://doi.org/10.1097/00004850-200501000-00009>
- Dearing, R. L., Stuewig, J., Tangney, J. P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1392–1404. <https://doi.org/10.1016/j.add beh.2005.02.002>

- Demir, B., Şahin, Ş., Sancaktar, M., Sargın, E. N., Köse, Z., Altındağ, A. (2022). Madde kullanım bozukluğunda içselleştirilmiş damgalanmanın klinik özellikler ve tedavi motivasyonu ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 23(1), 30–36. <https://doi.org/10.51982/bagimli.958705>
- Demirbaş, N. (2010). *Yaşamda anlam ve yılmazlık*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis J. M. Haviland-Jones (Ed.), *Handbook of Emotions* (pp. 325–337).
- Diener, E., Oishi, S., Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403–425. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>
- Diener, E., Suh, E., Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 4(1), 8–29.
- Dilbaz, N. (2012). Madde bağımlılığında korunma ve tedavi ilkeleri. In *Madde bağımlılığı tanı ve tedavi kılavuzu el kitabı* (1. baskı) (pp. 47–51). Pozitif Matbaa.
- Douglass, R. P., Conlin, S. E., Duffy, R. D., Allan, B. A. (2017). Examining moderators of discrimination and subjective well-being among LGB individuals. *Journal of Counseling Psychology*, 64(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/cou0000187>
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). *Resilience: A concept analysis* (42nd ed., Vol. 42). Blackwell Publishing Inc.
- Edenberg, H. J., Foroud, T. (2013). Genetics and alcoholism. *Nature Reviews Gastroenterology Hepatology*, 10(8), 487–494. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2013.86>
- Edwards, G., Marshall, E. J., Cook, C. C. (2003). *The treatment of drinking problems: A guide for the helping professions*. Cambridge University Press.
- Eğilmez, O. B., Örum, M. H., Kara, M. Z. (2021). Evaluation of applications to an alcohol and substance dependence research, treatment and training centre (AMATEM): Data from Adiyaman province in 2017. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 266–271.
- Eminağaoğlu, N. (2006). *Güç koşullarda yaşayan sokak çocuklarında dayanıklılık (sağlamlık)* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Engin, E. (2021). Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık. In O. Çam E. Engin (Eds.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı* (3.Baskı, pp. 424–459). İstanbul Tıp Kitapevleri.
- Erbay, E., Oğuz, N., Yıldırım, B., Fırat, E. (2016). Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin başa çıkma tutumları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 20(3), 597-609.
- Erdoğan Kaya, A. (2023). Şizoaffectif bozukluk tanısı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili bir faktör olarak dini başa çıkma. *Black Sea Journal of Health Science*, 6(3), 383–390. <https://doi.org/10.19127/bshealthscience.1286487>
- Ersoy, M., Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalama ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18, 163–171.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2022). *Launch of the European Drug Report 2022: Trends and Developments*.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2021). *Methamphetamine developments in South Asia: The situation in Iran and the implications for the EU and its neighbours*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/ad-hoc-publication/methamphetamine-developments-in-south-asia-situation-in-iran-implications-for-eu-and-neighbours_en.
- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). (2020). *Key findings from the 2019 ESPAD report*. http://www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_en_04.pdf.
- Evli, M., Albayrak, E. (2021). Madde bağımlılığında hemşirelik. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 10–14.
- Ewing, J. A., Rouse, B. A., Pellizzari, E. D. (1974). Alcohol sensitivity and ethnic background. *American Journal of Psychiatry*, 131(2), 206–210. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.2.206>
- Fadardi, J. S., Azad, H., Nemati, A. (2010). The relationship between resilience, motivational structure, and substance use. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1956–1960.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365–376. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.365>
- Gerçek, Ç. G., Gümüş, G., Demir, S., Deniz, M., ve diğerleri (2010). Düzce üniversitesi orman fakültesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanımı

- sıklığı ve kullanmaya başlama nedenleri. *Düzce Medical Journal*, 12(3), 7-14.
- Gizir, C. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128.
- Gizir, C. A., Aydın, G. (2006). Psikolojik sağlamlık ve ergen gelişim ölçeği'nin uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 26(3), 87-99.
- Goodwin, D. W., Schulsinger, F., Knop, J., Mednick, S., Guze, S. B. (1977). Psychopathology in adopted and nonadopted daughters of alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 34(9), 1005-1009. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1977.01770210019001>
- Gouzoulis-Mayfrank, E., Daumann, J., Tuchtenhagen, F., et al. (2000). Impaired cognitive performance in drug free users of recreational ecstasy (MDMA). *Journal of Neurology, Neurosurgery Psychiatry*, 68(6), 719-725. <https://doi.org/10.1136/jnnp.68.6.719>
- Goyal, A. K., Tahir Sufi, D., Vikas, S. (2021). Assessment of subjective well-being (Swb) After Consuming Alcoholic Beverages. *NVEO-Natural Volatiles Essential Oils Journal| NVEO*, 1193-1206.
- Gökçen, G. (2015). *Madde kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi*. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Akdeniz Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Gökler, R., Koçak, R. (2008). Uyuşturucu ve madde bağımlılığı. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 89-104.
- Gündüz-Türkeş, S., Buz, S. (2022). Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi süreci ve taburculuk sonrası gereksinimleri üzerine bir araştırma: Ankara AMATEM örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 33(2), 437-462. <https://doi.org/10.33417/tsh.956642>
- Gürkan, U. (2006). *Grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin yılmazlık düzeylerine etkisi* [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Ankara
- Heath, A. C., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., Dinwiddie, S. H., Slutske, W. S., Bierut, L. J., Statham, D. J., Dunne, M. P., Whitfield, J. B., Martin, N. G. (1997). Genetic and environmental contributions to alcohol dependence risk in a national twin sample: consistency of findings in women and men. *Psychological Medicine*, 27(6), 1381-1396. <https://doi.org/10.1017/S0033291797005643>
- Hoyte, C. O., Jacob, J., Monte, A. A., Al-Jumaan, M., Bronstein, A. C., Heard, K. J. (2012). A Characterization of Synthetic Cannabinoid Exposures Reported to

the National Poison Data System in 2010. *Annals of Emergency Medicine*, 60(4), 435–438. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.03.007>

Hu, H.-X., Zang, G.-B., Liu, Z.-L., Rueger, S. Y., McNamara, P., King, A. C., Hao, W. (2015). Different Subjective and Objective Responses to Alcohol Among Heavy and Light Drinkers of Han and Uyghur Nationalities in China. *Journal of Addictions Nursing*, 26(4), 191–202. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000096>

Huang, Z., Zhang, L., Wang, J., Xu, L., Liu, Z., Wang, T., Guo, M., Xu, X., Lu, H. (2021). Social support and subjective well-being among postgraduate medical students: the mediating role of anxiety and the moderating role of alcohol and tobacco use. *Heliyon*, 7(12), e08621. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e08621>

Işık, A. (2023). Self Stigma . In M. Şahin K. Ögel (Eds.), *Bağımlılık ve Stigma* (pp. 52–60). YEŞİLAY.

Kalyoncu, A., Mırsal, H. (2000). Alkol kullanım bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4(1), 22–30.

Kaplan, Ö., Özbaran, B. (2024). Alkol-madde kullanıcılarının bağımlılık şiddeti ile aile üyelerinin eş bağımlılık düzeyleri arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi*, 25(2), 113-121.

Karaagac, H., Esenkaya Usta, Usta, A., Gumus-Yarmalı, M., Godekmerdan, A. (2017). Retrospective analysis of sociodemographic characteristics of inpatients at Kayseri research and training hospital AMATEM clinic. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30, 251–257. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2017300309>

Karabacak Sağman, G. (2022). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Yaşam Kalitesinin Psikolojik Dayanıklılık Ve İçselleştirilmiş Damgalanma İle İlişkisi* [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul

Kararımk, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 26(3), 129–142.

Karataşoğlu, S. (2013). Sosyal politika boyutuyla madde bağımlılığı. *Türk İdare Dergisi*, 476, 321–352.

Kashdan, T. B., Ferssizidis, P., Collins, R. L., Muraven, M. (2010). Emotion differentiation as resilience against excessive alcohol use. *Psychological Science*, 21(9), 1341–1347. <https://doi.org/10.1177/0956797610379863>

Kaya, H., Bolat Kaya, Ö., Dilbaz, N. (2017). Alkol kullanım bozukluğunun genetiği. *Güncel Bağımlılık Araştırması*, 1(1), 33–46.

- Kara, Ş. (2023). Stigmanın Sonuçları. In M. Şahin K. Ögel (Eds.), *Bağımlılık ve Stigma* (pp. 14–18). Yeşilay.
- Keller, M. (1979). A historical overview of alcohol and alcoholism. *Cancer Research*, 39(7), 2822–2829.
- Kelly, J. F., Dow, S. J., Westerhoff, C. (2010). Does our choice of substance-related terms influence perceptions of treatment need? An empirical investigation with two commonly used terms. *Journal of Drug Issues*, 40(4), 805–818. <https://doi.org/10.1177/002204261004000403>
- Kim-Cohen, J. (2007). Resilience and developmental psychopathology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(2), 271–283. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.11.003>
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passeti, F., Weich, S., Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 190(3), 248–254. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638>
- Kirby, L. D., Fraser, M. W. (1999). Risk and resilience in childhood. In M. Fraser (Ed.), *Risk and Resiliency in Childhood: An Ecological Perspective*. NASW Press.
- Klein, R. J. T., Nicholls, R. J., Thomalla, F. (2003). Resilience to natural hazards: How useful is this concept? *Environmental Hazards*, 5(1), 35–45. <https://doi.org/10.1016/j.hazards.2004.02.001>
- Kök, H., Demir, S. (2018). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*, 43(1), 99–106. <https://doi.org/10.17826/cumj.340622>
- Kuş Saillard, E. (2010). Psychiatrist views on stigmatization toward people with mental illness and recommendations. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14–24.
- Lader, M. (2014). Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(2), 295–301. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04418.x>
- Leipold, B., Greve, W. (2009). Resilience. *European Psychologist*, 14, 40–50.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>

- Lucas, R. E. (2005). Time does not heal all wounds. *Psychological Science*, 16(12), 945–950. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01642.x>
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 527–539. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.3.527>
- Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E., Björkman, T. (2008). Stigma, discrimination, empowerment and social networks: a preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a swedish sample. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(1), 47–55. <https://doi.org/10.1177/0020764007082345>
- Luthar, S. S., Brown, P. J. (2007). Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. *Development and Psychopathology*, 19(3), 931–955. <https://doi.org/10.1017/S0954579407000454>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111–131.
- Magallares, A., Perez-Garin, D., Molero, F. (2016). Social stigma and well-being in a sample of schizophrenia patients. *Clinical Schizophrenia Related Psychoses*, 10(1), 51–57. <https://doi.org/10.3371/csrf.MAPE.043013>
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23(2), 493–506. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000198>
- Matthews, S., Dwyer, R., Snoek, A. (2017). Stigma and Self-Stigma in Addiction. *Journal of Bioethical Inquiry*, 14(2), 275–286. <https://doi.org/10.1007/s11673-017-9784-y>
- McGillivray, M., Clarke, M. (n.d.). Human well-being: Concepts and measures. In *Understanding human wellbeing* (p. 4). United Nations University Press.
- McKim, M. W. (2000). *Drugs and Behavior: An Introduction to Behavioral Pharmacology* (4th ed.). Prentice-Hall.
- McLellan A. T. (2017). Substance misuse and substance use disorders: why do they matter in healthcare? *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 128, 112–130.

- Miller, P. G., Hyder, S., Zinkiewicz, L., Droste, N., Harris, J. B. (2014). Comparing subjective well-being and health-related quality of life of Australian drug users in treatment in Regional and Rural Victoria. *Drug and Alcohol Review*, 33(6), 651–657. <https://doi.org/10.1111/dar.12124>
- Modi, L., Gedam, S. R., Shivji, I. A. (2018). Comparison of total self-stigma between schizophrenia and alcohol dependence patients. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 7, 1–14.
- Morgades-Bamba, C. I., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., Molero, F. (2017). The impact of stigma on subjective well-being in people with mental disorders. *Clinical Schizophrenia Related Psychoses*. <https://doi.org/10.3371/CSRP.CBMF.071317>
- Mutlu, E., Öztürk Sarıkaya, Ö. (2019). Bir AMATEM kliniğinde tedavi gören hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 276-285. <https://doi.org/10.5505/kpd.2019.96977>
- Nagpal, M. (2023). Impact of substance use on subjective well-being. *International Journal of Indian Psychology*, 11(3), 4653–4669.
- Nedungottil, C., Agrawal, J., Sharma, M., Murthy, P. (2022). Men with and without alcohol dependence: A comparative study of Triguna, nonattachment, personality and subjective well-being. *International Journal of Yoga*, 15(3), 222–229. https://doi.org/10.4103/ijoy.ijoy_128_22
- NIDA. (2020). *MDMA (Ecstasy/Molly) DrugFacts*. <http://nida.nih.gov/publications/drugfacts/mdma-ecstasymolly>.
- NIDA. (2022a). *How do inhalants produce their effects?* <http://nida.nih.gov/publications/research-reports/inhalants/how-do-inhalants-produce-their-effects>.
- NIDA. (2022b). *What is methamphetamine?* <http://nida.nih.gov/publications/research-reports/methamphetamine/what-methamphetamine>.
- NIDA. (2023). *How are inhalants used?* <http://nida.nih.gov/publications/research-reports/inhalants/how-are-inhalants-used>.
- Nikolaou, D. (2019). Sex, Drugs, Alcohol and Subjective Well-Being: Selection or Causation? *Kyklos*, 72(1), 76–117.
- OECD. (2015). *Tackling harmful alcohol use: economic and public health policy*. OECD publishing. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-harmful-alcohol-use_9789264181069-en#page159.
- Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Viering, S., Wyss, C., Vetter, S., Rüsch, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(2), 209–212. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0773-2>

- Oğuz, S., Genç, A., Tazel, A. (2015). Üniversite öğrencilerinin alkol kullanma ve alkolün kalp sağlığı üzerindeki etkisini bilme durumu. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 65-76
- Oran, NT, Şenuzun F. (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-16.
- Owen, F. K., Dost, M. T., Çaykuş, E. T. (2022). Psikolojik sağlamlık ile mesleğe ilişkin kişisel eğilim arasındaki ilişkide öznel iyi oluşun aracı rolü. *Milli Eğitim Dergisi*, 51(236), 3275-3298.
- Ögel, K. (2010). *Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: tanı, tedavi ve önleme*. Yeniden Yayınları.
- Öncü, F., Ögel, K., Çakmak, D. (2001). Alkol kültürü-1: tarihsel süreç ve meyhane. *Bağımlılık Dergisi*, 2(3), 133-138.
- Öz, F. (2020). Psikiyatri Hemşireliğinin Felsefesi. In F. Oflaz N. Yıldırım (Eds.), *Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları* (pp. 24-35). Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
- Öz, F., Yılmaz, E. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 82-89.
- Özaydın, K., Yıldırım, S. (2011). Bağımlı hastalarda nüks önleme grubu. *Uluslararası 5. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi*, 22-24 Eylül, İstanbul
- Özcan, B., Sever, S. (2017). Sosyo-demografik değişkenler açısından alkol kullanımı ve çeşitli kriterlere göre analizi. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 261-276.
- Özer, İ. Ö., Eldeleklioğlu, J. (2021). The effect of the subjective well-being increasing program on subjective and psychological well-being of adolescents having harmful habits. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 11(61), 229-243.
- Özmen, S., Erdem, R. (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185-208.
- Özşeker Efeoğlu, P., Dip, A., Dağlıoğlu, N., Gülmen, M. K. (2017). Synthetic Cannabinoids: A new generation marijuana. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 34-40.
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2020). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (16.Baskı). Nobel Tıp Kitapevleri.

- Patel, S. S., Rogers, M. B., Amlôt, R., Rubin, G. J. (2017). What do we mean by “community resilience”? A systematic literature review of how it is defined in the literature. *PLoS Currents*, 9.
- Pérez-Garín, D., Molero, F., Bos, A. E. R. (2015). Internalized mental illness stigma and subjective well-being: The mediating role of psychological well-being. *Psychiatry Research*, 228(3), 325–331. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.029>
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abidin, E., Vaingankar, J. A., Lim, S., Poh, C. L., Chong, S. A., Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research*, 246, 500–506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041>
- Piumatti, G., Aresi, G., Marta, E. (2023). A psychometric analysis of the Daily Drinking Questionnaire in a nationally representative sample of young adults from a Mediterranean drinking culture. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 22(1), 171–188. <https://doi.org/10.1080/15332640.2021.1918600>
- Post, F., Buchta, M., Kemmler, G., Pardeller, S., Frajo-Apor, B., Hofer, A. (2021). Resilience Predicts Self-Stigma and Stigma Resistance in Stabilized Patients With Bipolar I Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.678807>
- Prince-Embury, S., Saklofske, D. H. (2013). *Resilience in children, adolescents, and adults: translating research into practice*. Springer Science Business Media.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01369.x>
- Ritsher, J. B., Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257–265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003>
- Room, R., Hellman, M., Stenius, K. (2015). Addiction: the dance between concept and terms. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 4, 27–35.
- Ruiz, P., Strain, E. C. (2014). *The substance abuse handbook* (2nd ed.). Lippincott, Williams Wilkins.
- Rutten, B. P. F., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K., van den Hove, D., Kenis, G., van Os, J., Wichers, M. (2013). Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 3–20. <https://doi.org/10.1111/acps.12095>

- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105–112. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq089>
- Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M. C. (2006). Alcoholism: Illness beliefs and resource allocation preferences of the public. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(3), 204–210. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.09.008>
- Schuckit M. A. (1998). Biological, psychological and environmental predictors of the alcoholism risk: a longitudinal study. *Journal of studies on alcohol*, 59(5), 485–494. <https://doi.org/10.15288/jsa.1998.59.485>
- Schuckit, M. A., Gold, E., Risch, C. (1987). Serum prolactin levels in sons of alcoholics and control subjects. *American Journal of Psychiatry*, 144(7), 854–859. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.7.854>
- Schumacher, A., Sauerland, C., Silling, G., Berdel, W. E., Stelljes, M. (2014). Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. *Supportive Care in Cancer*, 22(2), 487–493. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2001-6>
- Sedić, B., Štrkalj Ivezić, S., Petrak, O., Ilić, B. (2021). Differences in resilience, self-stigma and mental health recovery between patients with schizophrenia and depression. *Psychiatria Danubina*, 33(4), 518–528.
- Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., Tambone, V. (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: a literature review. *Medicina*, 55(11), 745. <https://doi.org/10.3390/medicina55110745>
- Sivis Çetinkaya, R., Yaşar Yılmaz, K. (2019). Eğitim fakültesi öğrencilerinin öznel iyi oluş düzeyleri: psikolojik ve demografik değişkenlerin rolü. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 165–177. <https://doi.org/10.17679/inuefd.331783>
- Solmaz, M. (2020). *Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerdeki uyumsuz şemaların alkol ve madde aşırma düzeyleri üzerine etkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir
- Söğütlü, L., İmamoğlu, A., Çelik, A. R., Karabulut, Y. (2021). Çalışan üniversite öğrencilerinin benlik saygısı ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi. *Uluslararası Hukuk ve Sosyal Bilim Araştırmaları Dergisi*, 3 (1), 36-46. <https://doi.org/10.51524/uhusbad.876766>

- Substance Abuse and mental health services administration (SAMHSA). (2021). *National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)*. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt39441/nsduhdetailedtabs2021/nsduhdetailedtabs2021/nsduhdetailedtabssect1pe2021.html>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). *Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/nsduh-detailedtabs-2016/nsduh-detailedtabs-2016.pdf>.
- Şahin, E. E., Dobrucalı, B. (2022). Fear of COVID-19 and subjective well-being: sequential mediating role of cognitive flexibility and psychological resilience. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(Ek 1), 92–99. <https://doi.org/10.18863/pgy.1067626>
- İçişleri Bakanlığı. (2018). *Türkiye’de genel nüfusta tütün, alkol ve madde kullanımına yönelik tutum ve davranış araştırması 2018*.
- Tarhan, N. (2014). Bağımlılıkta eski ve yeni yaklaşımlar. In *Bağımlılık: Sanal veya Gerçek* (3.Baskı, pp. 15–55). Timaş Yayınları.
- Taşkın, O. (2007). *Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık* (1.baskı). Meta Basım Dağıtımçılık.
- Tel, H., Pınar, Ş. E. (n.d.). Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 3(2).
- Temiz, Ö., Şener, E. (1994). Yeni geliştirilen benzodiazepin türevleri ve biyolojik etkileri: new benzodiazepine derivatives and biological activities. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 23(1), 037–052. https://doi.org/10.1501/Eczfak_00000000149
- Terzi, S. (2008). Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Dergisi*, 3, 1–11.
- Toker Uğurlu, T., Güvendik, C., Ateşçi, F. (2020). Bir AMATEM kliniğinde yatan opioid bağımlısı hastalarda hcv enfeksiyonu ve tedavi oranları. *Bağımlılık Dergisi*, 21(2), 108-114.
- Traş, Z., Aydın, E. (2019). Üniversite öğrencilerinde benlik saygısı ile kendini toplama gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Ereğli Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(2), 71–78.
- Treeby, M., Bruno, R. (2012). Shame and guilt-proneness: divergent implications for problematic alcohol use and drinking to cope with anxiety and depression symptomatology. *Personality and Individual Differences*, 53(5), 613–617. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.05.011>

- TUBİM. (2020). *Türkiye Uyuşturucu Raporu: Eğilimler ve Gelişmeler*. https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/TU%CC%88RKI%CC%87YE-UYUS%CC%A7TURUCU-RAPORU_26-HAZI%CC%87RAN-FI%CC%87NAL-_1_.pdf
- TUBİM. (2023). *Türkiye Uyuşturucu Raporu*. https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/2023_TURKIYE_UYUSTURUCU_RAPORU.pdf
- Tuzgöl-Dost, M. (2005). Öznel İyi Oluş Ölçeği'nin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(23), 103–111.
- Türk Ceza Kanunu. (2004). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?mevzuatno=5237&mevzuattur=1&mevzuattertip=5>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022). *Türkiye Sağlık Araştırması*. <https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=turkiye-saglik-arastirmasi-2022-49747>.
- Ugurlu, T., Sengul, C., Sengul, C. (2012). Psychopharmacology of Addiction. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*, 4(1), 37–50. <https://doi.org/10.5455/cap.20120403>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World Drug Report, 2022*. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2022_booklet-1.html.
- Uzbay, İ. T. (2009). Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. *Türk Eczacıları Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 21, 5–15.
- Uzbay, T. (2015). *Madde bağımlılığı: tüm boyutlarıyla bağımlılık ve bağımlılık yapan maddeler*. İstanbul Tıp Kitapevi.
- Üçok, A. (2003). Şizofreni hastası neden damgalanır? *Klinik Psikiyatri*, 3–8.
- Ülker Tümlü, G., Recepoğlu, E. (2013). Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 3, 205–213.
- Ünübol, B., Ünübol, H., Bilici, R. (2019). Kadın bağımlılarda içselleştirilmiş damgalanmanın bağımlılık özelliklerine ve algılanan sosyal desteğe olan etkisinin incelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(4).
- Ünübol, H., Sayar, H. G. (2019). *Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası Proje Sonuç Raporu 2019*.

- Van Brakel, W. H. (2006). Measuring health-related stigma- A literature review. *Psychology, Health Medicine*, 11(3), 307–334.
- VanMeter, F., Cicchetti, D. (2020). Resilience. In *Handbook of Clinical Neurology*, 67–73. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64150-2.00008-3>
- Varol, B., Öz, F. (2023). Group counselling can prolong the remission period in Opioid Use Disorder patients after detoxification and enhance social support, self-efficacy and hopelessness levels in patients and their families in Turkey. *Heroin AddictionRelated Clinical Problems*, 25.
- Vural, M., Ögel, K. (2005). Uçucu maddelerin kalp üzerine etkileri. *Journal of Dependence*, 6(3), 142–146.
- Werner, E. E., Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
- WHO. (2001). *Mental health: a call for action by world health ministers*. <https://www.mhinnovation.net/resources/mental-health-call-action-world-health-ministers>.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152–169. <https://doi.org/10.1017/S0959259810000420>
- Wingo, A. P., Ressler, K. J., Bradley, B. (2014). Resilience characteristics mitigate tendency for harmful alcohol and illicit drug use in adults with a history of childhood abuse: A cross-sectional study of 2024 inner-city men and women. *Journal of Psychiatric Research*, 51, 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.01.007>
- World Health Organization. (1983). *Thirty-Sixth World Health Assembly: Resolutions and Decisions Annexes*.
- World Health Organization. (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>.
- World Health Organization. (2019a). *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*.
- World Health Organization. (2019b). *Pure alcohol consumption, litres per capita, age 15+*. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_426-3050-pure-alcohol-consumption-litres-per-capita-age-15plus/visualizations/#id=19443.
- World Health Organization. (2022a). *Reducing the harm from alcohol – by regulating cross-border alcohol marketing, advertising and promotion: A technical report*. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization. (2022b). *World Health Statistics*. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
- Yalçın Şahiner, Ş., Aşut, G., Şahiner, İ. V. (2022). Opioid kullanım bozukluğu olan hastalarda psikolojik dayanıklılığın tedavi devamlılığı ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 23(3), 256–265.
- Yaman, E., Güngör, H. (2014). Damgalama Eğilimine İlişkin Öğretmen Görüşleri. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(18), 823–851.
- Yanos, P. T., Roe, D., Lysaker, P. H. (2011). Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61(4), 576–595. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2011.61.4.576>
- Yargıç, İ. (2013). Sentetik kannabinoidler. In *Yeni Nesil Psiko-Aktif Maddeler Sempozyumu Kitabı* (pp. 9–11).
- Yenigün, M. (n.d.). Alkol tüketimi ve tıp. *Haseki Dergisi*, 44–3.
- Yeşil Örnek, B., Ulusoy, S. (2023). Retrospective analysis of applications to Ankara AMATEM unit: an evaluation of the pandemic years. *Genel Tıp Dergisi*, 33(5), 485-490
- Yıldırım, B., Engin, E., Yıldırım, S. (2011). Alkol ve madde bağımlılarında yalnızlık ve etki eden faktörler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2, 25-30.
- Yıldırım, E., Akyıl Sokullu, D., Köknel, Ö. (2012). Alkol bağımlılığında içselleştirilmiş damgalama: depresif belirtilerle ilişki. *Psikoloji Çalışmaları*, 32(1), 1–12.
- Yıldız, A. (2021). Dünyada ve Türkiye’de adsız alkolikler. *Bağımlılık Dergisi*, 22(2), 187–207.

EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı



EK-2. Kurum İzni



EK-3. Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bu çalışma Lokman Hekim Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve Öğütçü'ye aittir. Çalışma Prof. Dr. Fatma Öz danışmanlığında yürütülmektedir. Çalışmanın amacı, Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma, psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş düzeyleri ve arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırma on sekiz yaş üstü alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerle yapılacaktır.

Çalışmada kişilerin isim ve soyisimlerin isteğe bağlı olarak yazılması istenecektir. Ayrıca verilerin bilgilerin mahremiyeti bu çalışmada korunacaktır. Anketimiz tek bölümden oluşmaktadır. Yirmibir soruluk ve yirmi dakikaya zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olana "x" işareti koyarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında "diğer" seçeneği mevcut ise ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız. Katılımcılardan beklenen, ölçeklerdeki soruları dikkatlice okuyup cevap vermeleridir. Soruların içtenlik ve eksiksiz olarak cevaplanması çalışmanın bilimsel ve başarısı açısından önemlidir. Soruları yanıtlama aşamasında herhangi rahatsız edici bir durum karşısında geri çekilebilir ya da yarıda bırakabilirsiniz.

Araştırmaya katılarak veri sağlayan ve zaman ayıran herkese teşekkür ederim.

MERVE ÖĞÜTÇÜ

Lokman Hekim Üniversitesi SBE Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

PROF.DR. FATMA ÖZ

Araştırma Ekibi

Merve Öğütçü

Fatma Öz

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum.

EK-4. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu (Araştırmacının Açıklaması)

Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma, Psikolojik Dayanıklılık ve Öznel İyi Oluş Düzeyleri ve Aralarındaki İlişki”dir. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz.

Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma, psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin incelenmesidir. Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı tarafından gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizden veri toplama formunu doldurmanız istenecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Merve Ögütçü tarafından Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım.

Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

KATILIMCI

Adı Soyadı :

Tarih :

İmza :

EK-5. Tanıtıcı Bilgi Formu

KİŞİSEL VERİ FORMU

Elinizde bulunan bu anketler bilimsel bir araştırma amacı ile hazırlanmış olup alkol ve madde kullanım bozukluğu ile ilgili sorular içermektedir. Her bir ifadeyi dikkatle okuyup soruları size en uygun biçimde cevaplamamız, çalışmanın doğru bir şekilde sonuçlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmanın en uygun şekilde değerlendirilebilmesi için soruların boş bırakılmaması önemle rica olunur. Araştırmadan elde edilecek veriler sadece araştırmacının amacına hizmet edecek şekilde kullanılacaktır.

1. Yaşınız
2. Medeni durumunuz nedir?
☐ Bekar
☐ Evli
☐ Boşanmış
3. Öğrenim durumunuz nedir?
☐ Okur- yazar değil
☐ İlkokul
☐ Lise
☐ Önlisans
☐ Lisans
4. Düzenli bir işte çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
5. Sosyal güvenceniz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
6. Yaşanılan yer: ☐ Köy/Kasaba ☐ İlçe ☐ İl ☐ Yurtdışı
7. Kimle birlikte yaşıyorsunuz? ☐ Yalnız ☐ Anne-baba ile ☐ Eş ve çocuklar ☐ Arkadaş vs. ☐ Sokak ☐ Diğer.....
8. Alkol ve madde kullanımına kaç yaşında başladınız?.....
9. Kullandığınız (ana) madde nedir,yazınız.
(alkol/esrar/bonzai/eroin/vb.).....
10. Alkol ve maddeye başlama nedeniniz nedir?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz.) ☐
Arkadaş etkisi ☐ Merak ☐ Sorunlardan uzak durma ☐ Keyfi alma ☐ Ailevi sorunlar
☐ Diğer

11. AMATEM’da bulunma nedeniniz nedir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.) ()

Alkol bağımlılığı () Madde bağımlılığı

12. Alkol ve madde kullanım süreniz?.....

13. Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi için AMATEM’e ilk başvurunuz mu?

() Evet () Hayır

14. Cevap hayır ise kaçınıcı başvuru olduğunu yazınız.....

15. AMATEM’e kimin isteği üzerine başvurduunuz? (Diğeri işaretlediyseniz noktalı yerlere yazınız.) (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.) () Kendi () Aile () Arkadaş

() Diğer.....

16. Daha önce alkol ve maddeyi bırakma girişiminiz oldu mu? () Evet () Hayır

17. Alkol ve maddeyi bırakma girişiminiz olduysa; Alkol ve/veya maddeye tekrar başlama nedenlerinizi açıklayarak yazınız.....

Alkol ve madde kullanımına tekrar başladığınızda kullandığınız madde öncekiyle aynı mıydı?

() Evet () Hayır

18. Alkol ve madde bağımlılığı dışında herhangi bir ruhsal hastalık tanınız var mı? (

) Evet () Hayır

19. Bir sorun olduğunda kimden/kimlerden destek alırsınız? (Diğeri işaretlediyseniz noktalı yerlere yazınız.) (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

() Aile () Arkadaşlar () Sevgili/Eş () Diğer

20. Alkol ve madde kullanımından sonrası aile, sosyal ve iş ilişkilerinizde değişiklik oldu mu?

() Evet () Hayır

21. Evetse neler oldu? Açıklayarak yazınız.

Aile yaşamındaki değişiklikler nelerdir?.....

Sosyal yaşamdaki değişiklikler nelerdir?.....

İş yaşamındaki değişiklikler nelerdir?.....

EK-6. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma leği (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)	rakamını ;
“Aynı fikirde değilim”	diyorsanız	(2)	rakamını ;
“Aynı fikirdeyim”	diyorsanız	(3)	rakamını ;
“Kesinlikle aynı fikirdeyim”	diyorsanız	(4)	rakamını daire içine alarak

Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşmaktan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmamaya neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
15. Sırf ruhsal hastalığımın dolayısı ile insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Ruhsal hastalığımın dolayısı ile benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	1	2	3	4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.	1	2	3	4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağını düşünüyorlar.	1	2	3	4
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

EK-7. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	Her zaman bir çözüm bulurum		Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	Başarılması zordur		Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda		Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	Diğer kişilerle birlikte		Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	Benimkinden farklıdır		Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	Hiç kimseyle tartışmam		Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	Çözemem		Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	Nasıl başaracağımı bilirim		Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ...	İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım		Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	Önemli değildir		Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim	Çok mutlu		Çok mutsuz
12. Beni ...	Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim		Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	Olduğuna çok inanırım		Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğumu hissediyorum	Ümit verici		Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	Zamanımı planlama		Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	Kolayca yapabildiğim		Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	Birbirinden bağımsız		Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...	Zayıftır		Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	Çok fazla güvenmem		Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	Belirsizdir		İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	Günlük yaşamımda yoktur		Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	Benim için zordur		Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	Geleceğe pozitif bakar		Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	Bana hemen haber verilir		Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	Kolayca gülerim		Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	Birbirlerini desteklemez biçimde		Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden		Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	Her şeyi umutsuzca gören bir		Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	Zordur		Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	Bana yardım edebilecek kimse yoktur		Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	Başa çıkmaya çalışırım		Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	İşleri bağımsız olarak yapmayı		İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...	Yeteneklerimi beğenirler		Yeteneklerimi beğenmezler

EK-8. Öznel İyi Oluş Ölçeği (ÖİÖ)

Bu envanterde kişiliğinizin ve yaşamınızın çeşitli yönlerine ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadeleri tek tek okuyarak, ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. İfade size “tamamen uygunsa” cevap kağıdındaki (5); “çoğunlukla uygunsa” (4); “orta derecede uygunsa”(3); “biraz uygunsa” (2); “hiç uygun değilse” (1) numaralı boşluğun altına (X) işareti koyunuz. Lütfen tüm ifadelere boş bırakmadan cevap veriniz.

1. Geleceğe yönelik planlar yapmaktan hoşlanırım.
2. Yaşamımda zevk alarak yaptığım etkinlik sayısı azdır.
3. Genel olarak kendimi neşeli hissediyorum.
4. Geriye dönüp baktığımda istediklerimin çoğunu elde edemediğimi görüyorum.
5. Kişilik özelliklerimden genel olarak memnunum.
6. İstedğim nitelikte ve sayıda arkadaşım olmamasına üzülüyorum.
7. Günlük yaşamımdaki sorumluluklarımı başarıyla yerine getiririm.
8. Ulaşmak istediğim ideallerim var.
9. İlgi ve yeteneklerime uygun etkinliklerin yaşamımdaki yeri istediğim ölçüdedir.
10. Küçük sorunları bile büyütürüm.
11. Kendimi genel olarak canlı ve enerjik hissederim.
12. Yakın gelecekte yaşamımda güzel gelişmeler olacağına inanıyorum.
13. Kişilerarası ilişkilerde sıklıkla hayal kırıklığı yaşıyorum.
14. Yaşamıma beni ona bağlayacak anlamlar katmakta zorlanmam.
15. Beni eğlendiren faaliyetlere yeterince katılamıyorum.
16. Umutlarımın gerçekleşeceğine inanıyorum.
17. Mümkün olsa geçmiş hayatımı değiştiririm.
18. Ailemle olan ilişkilerimden memnunum.
19. Genelde hüznü ve düşünceliyim.
20. Yaşamımda yapmam gerekenleri düşünmek hoşuma gider.
21. Kendimi yalnız hissediyorum.
22. Amaçlarıma ulaşmak için çevremdeki olanakları etkili bir şekilde kullanabilirim.

23. Genel olarak kendimi huzurlu hissediyorum.
24. Başkalarının mutlu görüldüğü kadar mutlu olmayı isterdim.
25. Sorunları yaşamın öğretici ve doğal bir parçası olarak görürüm.
26. Çevremdeki insanların yaşamlarına imreniyorum.
27. Amaçlarıma ulaşmak için yeterince kararlı davranabilirim.
28. Yaşamımı genel olarak monoton ve sıkıcı buluyorum.
29. Sosyal ilişkilerimdeki girişkenlik yanımdan hoşnutum.
30. Kendime hedefler koymakta zorlanıyorum.
31. İç dünyamın zaman geçtikçe zenginleştiğini hissediyorum.
32. Tanıdığım insanların çoğundan daha fazla sıkıntım var.
33. Yaşamın zorluklarıyla başetme gücüne güveniyorum.
34. Sevilen ve güvenilen biri olduğumu hissediyorum.
35. Geçmişte yaptığım hatalardan dolayı yoğun suçluluk duygusu yaşıyorum.
36. Serbest zamanlarımda zevkle vakit geçirecek bir uğraşı bulurum.
37. Yaşamım başarısızlıklarla dolu.
38. Güçlükler karşısında çabuk pes ederim.
39. Çevremde ihtiyaç duyduğumda destek alabileceğim insanlar var.
40. Sıklıkla ümitsiz ve çökkün hissediyorum.
41. Okumak ve çalışmak benim için zevkli uğraşılardır.
42. İsteklerime ve değerlerime uygun bir hayat sürüyorum.
43. Ailemle olan ilişkilerimde sorunlar yaşıyorum.
44. Yaşama iyimser bir açıyla bakabilme yönümden memnunum.
45. Arkadaşlarıma kendimi istediğim gibi ifade edemiyorum.
46. Başkalarına yardım edebilme ve onlara destek olma becerimden hoşnutum.

EK-9. Ölçek İzinleri
RHİDÖ Ölçek İzni



YPDÖ Ölçek İzni



ÖlÖ Ölçek İzni



ALKOL VE MADDE KULLANIM
BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA, PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK VE ÖZNEL İYİ
OLUŞ DÜZEYLERİ VE
ARALARINDAKİ İLİŞKİ

Yazar Merve Öğütcü

Gönderim Tarihi: 05-Şub-2024 02:22PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2286867087
Dosya adı: Merve_O_g_u_tc_u_Tez05.02.2024.docx (1.93M)
Kellme sayısı: 34813
Karakter sayısı: 245587

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE ÖZNEL İYİ OLUŞ DÜZEYLERİ VE ARALARINDAKİ İLİŞKİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 7	%	% 7	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

- 1** BASIM, H. Nejat and ÇETİN, Fatih. "Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması", TUBITAK, 2011. % **1**
Yayın
- 2** Nurşen KULAKAÇ, Aylin AYDIN SAYILAN. "Determination of the Relationship Between Examination Anxiety and Stress Coping Styles of Students Taking Surgical Diseases Nursing Course: A Relationship-Seeking Study", Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2023 % **1**
Yayın
- 3** Sibel ASİ KARAKAŞ, Şeyda ERÇEL, Filiz ERSÖĞÜTÇÜ. "Investigation of the Relationship Between Post-Traumatic Growth and Psychological Resilience of Health Personnel in the Filiation Team During the COVID-19 Pandemic Process: Descriptive Research", Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2023 % **1**

4

ERSOY, Mehmet Akif and VARAN, Azmi.
"Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş
damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun
güvenilirlik ve geçerlik çalışması", Türkiye Sinir
ve Ruh Sağlığı Derneği, 2007.

Yayın

<% 1

5

YİĞİT, Ruhi. "Examination of relationship
between well-being of teacher candidates and
levels of social problem solving skill",
Öğretmen Eğitimi Akademisi-Maya Akademi,
2013.

Yayın

<% 1

6

KIRIMOĞLU, Hüseyin and EKENCİ, Güner.
"BEDEN EĞİTİMİ VE REHBER ÖĞRETMENLERİ
İLE OKUL YÖNETİCİLERİNİN ÖĞRENCİLERİN
MADDE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞINI
ÖNLEMeye YÖNELİK BİLGİ GÖRÜŞ VE
ÖNERİLERİ (ANKARA İLİ İLKÖĞRETİM
OKULLARI II. KADEME ÖRNEĞİ)", Niğde
Üniversitesi, 2008.

Yayın

<% 1

7

DİLMAÇ, Bülent and BOZGEYİKLİ, Hasan.
"Öğretmen adaylarının öznel iyi olma ve karar
verme stillerinin incelenmesi", Erzincan
Üniversitesi, 2009.

Yayın

<% 1

- 8 ÇETİN, Fatih, YELOĞLU, Hakkı Okan and BASIM, Nejat. "Psikolojik Dayanıklılığın Açıklanmasında Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Rolü: Bir Kanonik İlişki Analizi", Türk Psikologlar Derneği, 2015. <% 1
Yayın
-
- 9 "11th International Congress on Psychopharmacology & 7th International Symposium on Child and Adolescent Psychopharmacology", Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 2019 <% 1
Yayın
-
- 10 DURAT, Gülgün, ATMACA, Gümrah Duygu, AÇIL, Hande Cengiz and OKSAL AYDEMİR, Hatice. "Şizofreni Hastası Olan Hasta Yakınlarının Şizofreniye İlişkin Tutumları", Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Rektörlüğü, 2017. <% 1
Yayın
-
- 11 Vildan APAYDIN CIRIK, Uğur GÜL, Bahar AKSOY. "Parents' and Children's Knowledge of and Attitudes Towards Child Sexual Abuse: A Cross-Sectional Study", Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2022 <% 1
Yayın
-
- 12 ERDİM, Leyla, ERGÜN, Ayşe and KUĞUOĞLU, Sema. "Okulçağı Çocuklarında Çocuk <% 1

Beslenme Anketinin Geçerlik ve Güvenirliği",
AVES Yayıncılık, 2017.

Yayın

- 13 Ers?t?, Filiz, and Sibel Asi Karaka?.
"Social Functioning and Self-Esteem of
Substance Abuse Patients", Archives of
Psychiatric Nursing, 2016.

Yayın

- 14 ÖZGEN, Hüseyin and ÖZSEVEN, Mustafa.
"İşletmelerin uluslararası pazarlara giriş
biçiminin seçiminde yerel pazar faktörlerinin
etkisi üzerine Adana ilinde bir araştırma",
Çukurova Üniversitesi, 2012.

Yayın

- 15 ÇELİK, Metehan, SANBERK, İsmail and ŞAHİN,
İrem. "LGB Bireylerin Yaşam Doyumlarını
Yordamada Psikolojik Dayanıklılık", Mersin
Üniversitesi, 2017.

Yayın

- 16 ÇOŞKUN, Sibel and GÜVEN CAYMAZ, Nuray.
"Bir kamu ve özel psikiyatri hastanesine
başvuran hastaların içselleştirilmiş
damgalanma düzeyi yönünden
karşılaştırılması", Psikiyatri Hemşireliği
Dergisi, 2012.

Yayın

- 17 BİLGE, Ayşegül and ÇAM, Olcay. "Ruhsal
hastalığa yönelik damgalama ile mücadele",

Türk Silahlı Kuvvetleri, 2010.

Yayın

18

GİRGİN, Sinan and VATANSEVER BAYRAKTAR, Hatice. "ÖĞRETMENLERİN YÖNETİCİYE DUYDUKLARI ÖRGÜTSEL ADALET ALGISININ İNCELENMESİ", Erzincan Üniv. Fen Edebiyat Fak. Türk Dili ve Edebiyatı Bl., 2017.

Yayın

<% 1

19

UÇAN, Ayşegül and KIRAN ESEN, Binnaz. "Ergenlerin Öznel İyi Oluşlarının Toplumsal Konum İle İlgili Risk Alma Değişkenine Göre İncelenmesi", Mersin Üniversitesi, 2015.

Yayın

<% 1

20

ÇAM, Olcay and ÇUHADAR, Döndü. "Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama", Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011.

Yayın

<% 1

21

Neslihan Bozdağ, Döndü Çuhadar. "Internalized stigma, self-efficacy and treatment motivation in patients with substance use disorders", Journal of Substance Use, 2021

Yayın

<% 1

22

AYTAÇ, Kürşat Yusuf. "DÖNÜŞÜMSEL LİDERLİĞİN ÖRGÜTSEL ADANMIŞLIK ÜZERİNE ETKİSİ: KICK BOKS ÖRNEĞİ", Erzincan Üniv.

<% 1

Fen Edebiyat Fak. Türk Dili ve Edebiyatı Bl.,
2017.

Yayın

- 23 Nurcan Hamzaoglu, Sevcan Karatas. "Chapter 1-1 Linking Attitudes to Substance Misuse", Springer Science and Business Media LLC, 2022

Yayın

- 24 Lucía Quezada-Berumen, Mónica Teresa González-Ramírez. "Predictores del crecimiento postraumático en hombres y mujeres", Ansiedad y Estrés, 2020

Yayın

- 25 Nurhayat ÖZKAN, Serap GÜLEÇ KESKİN, Murat TERZİ. "Subjective Well-Being Levels of Individuals Diagnosed with Multiple Sclerosis: Descriptive Research", Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2022

Yayın

- 26 AYDOĞDU, Hilal and OLCAY ÇAM, Mahire. "Madde Kullanım Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerin Bağlanma Stilleri, Anne Baba Tutumları ve Sosyal Destek Algıları Yönünden Karşılaştırılması", Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2013.

Yayın

- 27 TEL, Havva and PINAR ERTEKİN, Şükran. "Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında

içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı",
Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2012.

Yayın

28

İBİLOĞLU, Aslıhan Okan, ATLI, Abdullah and
GÜNEŞ, Mehmet. "Sentetik Kannabinoidler",
Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2017.

Yayın

<% 1

29

İŞGÖR, İsa Yücel. "Merhametin Öznel İyi Oluş
Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi",
Gaziantep Üniversitesi, 2017.

Yayın

<% 1

30

DİKEÇ, Gül and KUTLU, Yasemin. "Bir grup
şizofreni hastasında tedaviye uyum ve
etkileyen etmenlerin belirlenmesi", Psikiyatri
Hemşireliği Dergisi, 2014.

Yayın

<% 1

31

ÇÖMEZ, Tuba and ALTAN SARIKAYA, Nihan.
"Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Engelli
Bireyleri Damgalamaya İlişkin Düşünceleri ve
Uygulamaları", Logos Yayıncılık, 2017.

Yayın

<% 1

32

ARABACI BAYSAN, Leyla, BAŞOĞUL, Ceyda
and BÜYÜKBAYRAM, Ayşe. "Adli psikiyatri
hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve
sosyal işlevsellik düzeyleri", Esform Ofset,
2015.

Yayın

<% 1

33	PAKİŞ, Işıl and POLAT, Oğuz. "Sentetik Kannabinoidler", Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım, 2016.	<% 1
34	SEKİ, Tolga and DİLMAÇ, Bülent. "Ergenlerin sahip oldukları değerler ile öznel iyi oluş ve sosyal görünüş kaygı düzeyleri arasındaki yordayıcı ilişkiler: Bir model önerisi", Kaligrafi Yayıncılık, 2015.	<% 1
35	Tülay Yildirim, Funda Kavak Budak. "The relationship between internalized stigma and loneliness in patients with schizophrenia", Perspectives in Psychiatric Care, 2019	<% 1
36	YALÇINKAYA, - İbrahim ** and EREN, Sevim. "1997-2013 YILLARI ARASINDA ÜNİVERSİTE SEÇME VE", Erzincan Üniv. Fen Edebiyat Fak. Türk Dili ve Edebiyatı Bl., 2016.	<% 1
37	"Chaos, Complexity and Leadership 2017", Springer Science and Business Media LLC, 2019	<% 1
38	DEMİRTAŞ, Zülfü. "The relationship between job satisfaction and organizational	<% 1

commitment: A study on elementary schools",
Kastamonu Üniversitesi, 2015.

Yayın

- 39 KALAY, Faruk, ARSLAN, Hacer and OFLAS, Şemsettin. "Kadrolu ve 4/B sözleşmeli yardımcı sağlık personellerinin iş doyumlarının karşılaştırılması", Selçuk Üniversitesi, 2013.

Yayın

- 40 TÜMLÜ ÜLKER, Gamze and RECEPOĞLU, Ergün. "Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki", Şükrü Oğuz Özdamar, 2013.

Yayın

- 41 KASAPOĞLU, Figen and KIŞ, Ali. "Öznel İyi Oluşun Cinsiyet Açısından İncelenmesi: Bir Meta-Analiz Çalışması", Mersin Üniversitesi, 2016.

Yayın

- 42 YILMAZ, Mualla and ÖZCAN, Ayşe. "Psikiyatri hemşireliğinin geleceği", Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.

Yayın

- 43 DOST TUZGÖL, Meliha. "Ruh Sağlığı ve Öznel İyi Oluş", TUBITAK, 2005.

Yayın

- 44 GEREKAN, Alper TAZEGÜL Bekir and GEREKAN, Bekir *. "LİSANS DÜZEYİNDE MUHASEBE DERSİ ALAN ÖĞRENCİLERİN",

Erzincan Üniv. Fen Edebiyat Fak. Türk Dili ve
Edebiyatı Bl., 2017.

Yayın

-
- 45 AYBEK, Birsal and ASLAN, Serkan. <%1
"ÖĞRETMEN ADAYLARININ ELEŞTİREL
OKUMA ÖZYETERLİK ALGILARININ ÇEŞİTLİ
DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ",
Atatürk Üniversitesi Kâzım Karabekir Eğitim
Fakültesi Türkçe Eğitimi Bölümü, 2015.
Yayın
-
- 46 Bahadır Demir, Şengül Kocamer Şahin, Gülcin
Elboga, Abdurrahman Altındag, Ahmet Unal. <%1
"Substance use characteristics, treatment
completion rates and related factors of
patients in Gaziantep AMATEM in 2019; a
retrospective study", Journal of Substance
Use, 2021
Yayın
-
- 47 SALÇIN, Emre, GÜMÜŞEL, Merter, EROĞLU,
Serkan Emre, KABAROĞLU, Kerem Ali, <%1
AKOĞLU, Haldun, ONUR, Özge and
DENİZBAŞI, Arzu. "Bonzai-İlişkili
Solunumsal/Kardiyovasküler
Komplikasyonların Analizi: Üniversite
Hastanesi Deneyimi", Kartal Eğitim araştırma
Hastanesi, 2016.
Yayın
-

48	TERZİ, Şerife. "Üniversite Öğrencilerinde Kendini Toparlama Gücünün İçsel Koruyucu Faktörlerle İlişkisi", Hacettepe Üniversitesi, 2008. Yayın	<% 1
49	ATEŞ, Hakan, DAĞLI, Recai, KOCAOĞLU, Nazan and KONUK, İsmail Doğan. "Genç Olguda Genel Durum Bozukluğu ve Bilinç Durum Değişikliği: Bonzai", Logos Yayıncılık, 2015. Yayın	<% 1
50	Meltem Çapar, Funda Kavak. "Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia", Perspectives in Psychiatric Care, 2018 Yayın	<% 1
51	STRATEJİSİ, Koza, KİTİŞA, Yeter and TERZİ, Handan. "Boğmaca Bağışıklamasında Farklı Bir Yaklaşım", Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık Turizm Eğitim İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş., 2018. Yayın	<% 1
52	YAVAŞ, Ümit, ÖZTÜRK, Gültekin, AÇIKEL, Cengiz Han and ÖZER, Mustafa. "Tıp fakültesi öğrencilerinin zaman yönetimi becerilerinin değerlendirilmesi", Türk Silahlı Kuvvetleri, 2012. Yayın	<% 1

53

Çuhadar, D., D. Tanriverdi, M. Pehlivan, G. Kurnaz, and S. Alkan. "Determination of the psychiatric symptoms and psychological resilience levels of hematopoietic stem cell transplant patients and their relatives : Mental symptoms and resilience patients and relatives", European Journal of Cancer Care, 2014.

Yayın

<% 1

54

Özlem Şahin Altun, Sibel Asi Karakaş, Filiz Ersöğütçü. "Investigation of the relationship between transactional analysis ego states and treatment compliance of individuals with substance use disorder", Journal of Substance Use, 2021

Yayın

<% 1

55

Anthony Cazalis, Laura Lambert, Marc Auriacombe. "Stigmatization of people with addiction by health professionals: current knowledge. A scoping review", Drug and Alcohol Dependence Reports, 2023

Yayın

<% 1

56

Louis A. Pagliaro, Ann Marie Pagliaro. "Handbook of Child and Adolescent Drug and Substance Abuse", Wiley, 2011

Yayın

<% 1

57

Meral Özkan, Mustafa Kavak. "Cross-Addiction in Bariatric Surgery Candidates",

<% 1

The Journal for Nurse Practitioners, 2021

Yayın

- 58 TELEF, Bülent Baki and ERGÜN, Enes. "Lise Öğrencilerinin Öznel İyi Oluşlarının Yordayıcısı Olarak Öz-Yeterlik", Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2013.

Yayın

- 59 Tuğba Pehlivan, Perihan Güner. "Effect of a compassion fatigue resiliency program on nurses' professional quality of life, perceived stress, resilience: A randomized controlled trial", Journal of Advanced Nursing, 2020

Yayın

- 60 AKVARDAR, Yıldız, ARKAR, Haluk, AKDEDE, Berna B., GÜL, Selami, SARI, Özden and TUNCA, Zeliha. "Alkol kullanım bozukluklarında kişilik özellikleri", Özel Bağımlılık Sağlık Hiz. Ltd. Şti., 2005.

Yayın

- 61 AYBEKA, Birsal and ASLANB, Serkan. "Sınıf Öğretmeni Adaylarının Eleştirel Düşünme Standartları ile", Çukurova Üniversitesi, 2017.

Yayın

- 62 Afdal Afdal, Asmidir Ilyas. "How psychological well-being of adolescent based on demography indicators?", JPPI (Jurnal Penelitian Pendidikan Indonesia), 2020

Yayın

- 63 Hakan Karaagac, Zeynep Esenkaya Usta, Akif Usta, Merve Gumus Yarmali, Ahmet Godekmerdan. "Retrospective analysis of sociodemographic characteristics of inpatients at Kayseri Research and Training Hospital AMATEM Clinic", *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2017 <%1
Yayın
-
- 64 Michelle E. Mlinac. "Psychological Resilience", *Resilience in Aging*, 2011 <%1
Yayın
-
- 65 Neşe ÖZDEMİR, Nuray ENÇ. "The Effect of Fear of COVID-19 on Activities of Daily Living, Symptom Control and Death Anxiety Level in Chronic Obstructive Pulmonary Patients: A Cross-Sectional Study", *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 2022 <%1
Yayın
-
- 66 PALANCI, Mehmet. "Engelli Çocuğa Sahip Anne Babaların Aile Yılmazlığı, Öznel İyi Oluş ve Evlilik Uyumlarının Psiko-Sosyal Yeterlikler ile Yordanması", *Kaligrafi Yayıncılık*, 2018. <%1
Yayın
-
- 67 Sibel Kucuk, Emine Yazar. "Knowledge and Compliance of Pediatric Nurses Related to Hospital Isolation Precaution and Symbols", <%1

- 68 "European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century", Springer Science and Business Media LLC, 2018 <% 1

Yayın

- 69 Derya Tanriverdi, Veysel Kaplan, Sonay Bilgin, Hülya Demir. "The comparison of internalized stigmatization levels of patients with different mental disorders", Journal of Substance Use, 2019 <% 1

Yayın

- 70 EVREN, Cüneyt and BOZKURT, Müge. "Synthetic cannabinoids: crisis of the decade", Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş., 2013. <% 1

Yayın

- 71 Nevzat Tarhan, Çiğdem Demirsoy, Aylin Tutgun-Ünal. "Measuring the Awareness Levels of Individuals with Alcohol and Substance Use Disorders: Tertiary Prevention Standards and Development of Uskudar Result Awareness and Harm Perception Scales", Brain Sciences, 2023 <% 1

Yayın

- 72 OBAN, Gül and KÜÇÜK, Leyla. "Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı <% 1

etkileyen etmenler", Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011.

Yayın

- 73 Hakan Sarıcam, Meral Deveci, Emine Ahmetoglu. "Examination of hope, intolerance of uncertainty and resilience levels in parents having disabled children", Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues, 2020 <% 1

Yayın

- 74 Melike Yönder Ertem, Mehmet Karakaş. "Validity and reliability study of the mental illness micro-aggression scale-perpetrator version", Archives of Psychiatric Nursing, 2022 <% 1

Yayın

- 75 Merve Sevim Tekin, Nurgül Özdemir, Şengül Kocamer Şahin. "Effect of attachment styles, emotional regulation difficulty and mindful attention levels on treatment motivation in patients with substance use disorder", Journal of Substance Use, 2020 <% 1

Yayın

- 76 ERİM, Vedat and KÜÇÜK, Hamza. "Farklı Kategorideki Kadın Milli Boksörlerin Psikolojik Dayanıklılıklarının Karşılaştırılması", Kastamonu Üniversitesi, 2017. <% 1

Yayın

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

ADI, SOYADI:	MERVE ÖĞÜTÇÜ
--------------	--------------

EĞİTİM

2015	LİSE	KAYSERİ KOCASINAN ANADOLU LİSESİ	
2021	LİSANS	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ	HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
2024	YÜKSEK LİSANS	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ	PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI