



T.C.

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI**

**BATI MARMARA BÖLGESİ'NDE ALKOL KULLANAN BİREYLERİN
BAĞLANMA VE KİŞİSEL İYİ OLUŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESTE KARA

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi HÜSEYİN ÜNÜBOL**

İstanbul, 2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

BATI MARMARA BÖLGESİ'NDE ALKOL KULLANAN BİREYLERİN
BAĞLANMA VE KİŞİSEL İYİ OLUŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESTE KARA

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi HÜSEYİN ÜNÜBOL

İstanbul, 2019



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 174102150
Öğrenci Adı Soyadı	: Beste KARA
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL
Tezin Başlığı	: Batı Marmara Bölgesi'nde Alkol Kullanan Bireylerin Bağlanma ve Kişisel İyi Oluşları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 27/05/2019	Saati	: 14:00
Öğrenci Savunmaya	: ☒ GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUGU			
☒ Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
☐ Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: ☒ Değişmedi. ☐ Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: ☐ GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
☐ OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL	
Üye	Doç. Dr. Gökben HIZLI SAYAR	
Üye	Doç.Dr. Korkut ULUCAN	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Batı Marmara Bölgesi’nde Alkol Kullanan Bireylerde Bağlanma ve Kişisel İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih .../.../...

Adı Soyadı: Beste KARA

İmza:

TEŞEKKÜR

Öncelikle, tez çalışmamın her aşamasında bana yol gösteren, desteğini ve tecrübelerini esirgemeyen danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol’a,

Eğitim aldığım, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım tüm hocalarıma,

Bu çalışmada yer almayı kabul eden tüm katılımcılara,

Eğitim ve öğretim hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, bana her daim güvenen ve yanımda olan sevgili annem Fatma Kara’ya ve sevgili babam Tahsin Kara’ya minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Beste KARA

İstanbul, 2019

(KARA, Beste, Yüksek Lisans, 2019)

Batı Marmara Bölgesi'nde Alkol Kullanan Bireylerde Bağlanma ve Kişisel İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

ÖZET

Bu araştırmada “Batı Marmara Bölgesi'nde Alkol Kullanan Bireylerin Bağlanma ve Kişisel İyi Oluşları Arasındaki İlişki” incelenecektir. Alkol bağımlılarının önemli bir bölümünün kişiler arası ilişkilerde ve duygu düzenlemede güçlük yaşaması, bağımlılığın bağlanma bozukluğu ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Güvensiz bağlanmanın alkol tüketimi ve zararlı madde kullanımı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Reis ve arkadaşları genç yetişkinlerde yaptıkları bir çalışmada erkek deneklerde korkulu-kaçıngan bağlanma stiline alkol bağımlılığı ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Bu durum alkol kullanımının stresle başa çıkma yolu olarak kullanıldığını düşündürmektedir. Sonuç olarak, bağlanma stili ile alkol kullanımı arasında saptanan ilişkiler alkol kullanımının bağlanma sorunlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Bireyin yaşam memnuniyetini içeren kişisel iyi oluş ise alkol bağımlılığıyla ilişkili olabilecek kapsamlı bir değerlendirmedir. İyi oluş kavramına daha yakından bakacak olursak; akıl sağlığı, genel bir mutluluk hali ve yaşam doyumu olarak tanımlayabiliriz. Aile ve arkadaşlar, yaşam, özsaygı, barınma, sağlık, parasal gelir, eğlenme gibi bileşenler kişisel iyi oluşun belirleyicileridir. Yaşam memnuniyeti ve dolayısıyla kişisel iyi oluşu düşük bireylerin alkol bağımlılığı açısından risk altında olduğu düşünülmektedir.

Günümüzün kronik bağımlılık sorunu olan alkol bağımlılığı bağlanma kuramı ve kişisel iyi oluş kapsamında ele alınmıştır.

TBRSH çalışmasına dâhil 9 bölge arasında olan Batı Marmara Bölgesinde yaşayan 2900 kişi bu çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde belirlenen kriterler; 18 yaşının üstünde olma, gönüllü olma ve anketlerin doldurulmasına engel herhangi bir problemin olmamasıdır. Araştırmadaki katılımcılar okullar, belediye binaları, özel şirketler gibi çeşitli çalışma alanları ve muhtarlık, ortak kamu alanları, kurslar, yardım dernekleri gibi alanlardan seçilmiştir.

Sosyodemografik Bilgi Formu, Kişisel İyi Oluş İndeksi Yetişkin Türkçe Formu ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II ile toplanan verilerin analizi SPSS₂₁ programı ile yapılmıştır. Çalışma sonucu elde edilen bulgulara göre erkeklerin alkol bağımlılıklarının kadınlara göre daha yüksek olduğu, eğitim düzeyi arttıkça alkol kullanımının arttığı görülmüştür. Ayrıca medeni durumu bekâr olan bireylerin alkol bağımlılığında artış saptanmıştır. Çocuk sayısının azalması ile alkol kullanım sıklığı artmaktadır. Alkol kullanımı bağlanma özellikleri açısından incelendiğinde kaçınan bağlanma ve alkol bağımlılığı arasında negatif yönlü bir ilişki görülürken kaygılı bağlanma ve alkol kullanımının pozitif yönde ilişki gösterdiği bulunmuştur. Kişisel iyi oluşun azalması ise alkol kullanımını arttırmaktadır.

Günümüzün bu önemli probleminin; kişiler arası ilişkilerin çalışılması ve güvenli bağlanmanın kazandırılmasıyla önlenebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Sözcükler: bağlanma, bağımlılık, alkol, alkol bağımlılığı, kişisel iyi oluş

(KARA, Beste, Master of Arts, İstanbul, 2019)

Investigation of the Relationship Between Attachment and Personal Well-Being in People Using Alcohol in West Marmara Region

ABSTRACT

In this study, the relationship between attachment and personal well-being of individuals who use alcohol in West Marmara Region will be examined. The fact that a significant number of alcohol addicts have difficulty in interpersonal relationships and emotion regulation suggests that dependence is related to attachment disorder. There are studies showing that insecure attachment is associated with alcohol consumption and harmful substance use. Reis et al. Showed that fearful-avoidant attachment style is related to alcohol dependence in male subjects in a study conducted by young adults. This suggests that alcohol use is used as a way of coping with stress. In conclusion, the relationship between attachment style and alcohol use suggests that alcohol use is associated with attachment problems. Personal well-being, which includes life satisfaction of the individual, is a comprehensive assessment that may be related to alcohol dependence. If we take a closer look at the concept of well-being; mental health, a state of general happiness and life satisfaction. Family and friends, life, self-esteem, shelter, health, monetary income, entertainment, such as components of personal well-being are the determinants. It is thought that individuals with low personal satisfaction and life satisfaction are at risk for alcohol dependence. This current chronic dependency problem has been addressed in the context of attachment theory and personal well-being. 2900 people living in West Marmara Region, which is among 9 regions including TBRSH study, constitute the sample of this study. The criteria determined in the sample selection; Being over 18 years of age, being voluntary and not having any problems that prevent the filling of questionnaires. Participants in the study were selected from various fields such as schools, municipal buildings, private companies, muhtar, public public areas, courses and charities. Sociodemographic Information Form, Personal Goodness Index Adult Turkish Form and the Relationships with Experiences in Close Relationships II were analyzed with SPSS21 program.

According to the findings obtained from the study, it was observed that alcohol dependence of males was higher than that of females, and alcohol use increased as education level increased. In addition, alcohol dependence of individuals with marital status increased. The frequency of alcohol use increases with the decrease in the number of children.

When alcohol use was examined in terms of binding characteristics, it was found that there was a negative relationship between avoidant attachment and alcohol dependence, whereas anxiety and alcohol use were positively correlated. Reduced personal well-being increases the use of alcohol. This important problem of today; It should not be forgotten that interpersonal relations can be prevented by working and gaining secure attachment.

Key Words: attachment, dependence, alcohol, alcohol dependence, personal well-being

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

YEMİN METNİ.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR.....	ix
TABLOLAR LİSTESİ.....	xi
GİRİŞ.....	1
1. ALKOL KULLANIMI.....	3
1.1. Tanımı ve Özellikleri.....	3
1.1.1. Alkolün Farmakolojisi ve Mekanizması.....	3
1.2. Alkol Kullanımının Tarihçesi.....	5
1.3. Kan – Alkol Düzeyi ve Etki.....	6
1.3.1. Bedensel Etkiler.....	6
1.3.2. Ruhsal Etkiler.....	7
2. ALKOL BAĞIMLILIĞI.....	7
2.1. DSM V - Tanı Kriterleri.....	8
2.2. Alkol Esrikliği.....	8
2.3. Alkol Yoksunluğu.....	9
2.4. Deliryum Tremens.....	9
2.5. Alkolün Yol Açtığı Diğer Bozukluklar.....	10
2.6. Alkol Bağımlılığında Tedavi.....	11
2.6.1. Adsız Alkolikler.....	11
2.7. Alkol Bağımlılığında Genetik ve Çevresel Faktörler.....	12
2.8. Alkol Bağımlılığının Ölçülmesi.....	13
2.9. Psikiyatrinin Alkol Bağımlılığına Bakış Açısı.....	14
3. BAĞLANMA.....	16
3.1. Bartholomew’in Dörtlü Bağlanma Modeli.....	18
3.2. Bağlanmaya Etki Eden Faktörler.....	19
3.2.1. Aile Özellikleri.....	19

3.2.2. Çocuğun Özellikleri.....	19
3.2.3. Kültürel Etkiler.....	20
3.3. Bağlanmanın Değerlendirilmesi.....	20
3.4. Bağlanma ve Psikopatoloji.....	21
4. ALKOL BAĞIMLILIĞI VE BAĞLANMA İLİŞKİSİ.....	23
4.1. Bağımlılık Riski Olarak Güvensiz Bağlanma	26
4.2. Bağlanma – Bağımlılık İlişkisini İnceleyen Araştırmalar.....	26
5. KİŞİSEL İYİ OLUŞ	28
6. MARMARA BÖLGESİ.....	29
6.1. Batı Marmara Bölgesinde Alkol Kullanımı	30
7. YÖNTEM.....	31
7.1. Evren	31
7.2. Örneklem.....	31
7.3. Prosedür	31
7.4. Veri Toplama Araçları	32
7.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	33
7.4.2. Kişisel İyi Oluş İndeksi Yetişkin Türkçe Formu	34
7.4.3. YIYE II.....	34
7.5. Analiz.....	35
8. BULGULAR.....	36
9. TARTIŞMA VE ÖNERİLER	46
KAYNAKÇA.....	49
EKLER.....	53
ÖZGEÇMİŞ	59

KISALTMALAR

-OH: Oksijen Hidrojen

GABA: Gama Aminobütirik Asit

CYP2E1: Etanol ile indüklenen enzim

NADH: Nikotinamid Adenin Dinükleotit

NMDA: N-Metil D-Aspartik Asit

ACh: Parasempatik sinir sisteminin nörotransmiteri

Kkal: Kalori

ATP: Adenozin Trifosfat

CoA: Koenzim A

CO₂: Karbondioksit

P₄₅₀: Enzim

MEOS: Mikrozomal Etanol Okside Edici Sistem

DSM V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

GGT: Gama Glutamil Transferaz

MCV: Kan testi

AA: Adsız Alkolikler

ASI: Bağımlılık Şiddeti Endeksi

KESİ: Kesmek, Eleştiri, Suçluluk, İlk İş

AUDIT: Alkol Kullanım Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

MAST: Michigan Alcoholism Screening Test

SMAST: Short Michigan Alcoholism Screening Test

TBRSH: Türkiye Bağımlılık Ruh Sağlığı Haritası

YIYE II: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri

KİO: Kişisel İyi Oluş

SPSS₂₁: Statistical Package for the Social Sciences



TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Bilgilerden Cinsiyet, Medeni Durum ve Eğitim Düzeylerine Dair Tanımlayıcı Bulgular	36
Tablo 2: Demografik Bilgilerden Yaş Verilerine Dair Tanımlayıcı Bulgular.....	37
Tablo 3: Demografik Bilgilerden Çocuk Sayısı, Hanede Yaşayan Kişi Sayısı ve Hanede Çalışan Kişi Sayılarına Dair Tanımlayıcı Bulgular	38
Tablo 4: Katılımcıların Alkol Kullanım Durumu ve Alkol Kullanım Sıklıklarına Dair Tanımlayıcı Bulgular	40
Tablo 5: Alkol Bağımlılığı ile Bağlanma Boyutları ve Bazı Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi.....	41
Tablo 6: Alkol Kullanım Sıklığı ile Bazı Demografik Özellikler ve Kişisel İyi Oluş Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi	42
Tablo 7 : Kişisel İyi Oluş ve Bağlanma Boyutları ile Alkol Kullanım Sıklığı Arasındaki İlişkinin Tek Yönlü Varyans Analizi İle İncelenmesi.....	43

GİRİŞ

Alkol bağımlılığı, çağımızın en büyük problemlerinden biridir. Gelişmekte olan ülkelere bakıldığında son 25-30 yıl içinde alkol kullanımında önemli bir artış olduğu görülmektedir. Dünya nüfusunun yarısının alkol kullandığı tahmin edilmektedir (Çakmak, 2002). Ülkemizdeki alkol tüketimine bakıldığında ise 1981 yılında 400 milyon litreyken; 1992 yılında 600 milyon litreye ulaştığı ve belirgin bir artış gösterdiği görülmektedir. İstanbul'un geneline uygun olarak seçilen örnekleme alkol kullanım oranının %25,6 olduğu görülmüştür (Tosun, 2000). Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanımlamaya göre; kuvvetli bir şekilde alkol alma isteği, kontrol edilemeyen alkol alma davranışı, yoksunluk ve tolerans yaşama, görülen zararlara rağmen alkol kullanımını sürdürme belirtilerinden en az üçü bireyde son bir yıldır mevcutsa kişi alkol bağımlısı olarak değerlendirilir. Kişileri biyolojik, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz etkileyen bu bağımlılık; bağlanma ile yakından ilişkilidir. İlişkilerde önemli bir role sahip olan bağlanma, kişinin kendisini ve çevreyi algılamasında kullanacağı zihinsel modeli de oluşturur. Kişinin çevreyi güvenli görmesini, kendisini sevmeye değer bulmasını doğrudan etkiler. Batı ülkelerinde bağlanma konusunda yapılan çalışmalar; çocukların %55 – 60'ında güvenli, %15'inde kaygılı ve %25'inde kaçınan bağlanma olduğunu ortaya çıkarmıştır (Shaver, 2012). Yetişkinlerin bağlanma dağılımına bakıldığında ise %20 kararsız/kaygılı, %25 kaçınan ve %55 güvenli bağlanma oranıyla çocuklukta dağılıma benzerlik gösterdiği görülmüştür. Alkol bağımlılarının önemli bir bölümünün kişiler arası ilişkilerde ve duygu düzenlemede güçlük yaşaması, bağımlılığın bağlanma bozukluğu ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir (Ögel, 1998). Güvensiz bağlanmanın alkol tüketimi ve zararlı madde kullanımı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Literatürdeki çalışmaların büyük bir bölümü alkol bağımlılarında güvensiz bağlanmaya işaret etmektedir. Reis ve arkadaşları da genç yetişkinlerde yaptıkları bir çalışmada erkek deneklerde korkulu-kaçınan bağlanma stiline alkol bağımlılığı ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (Sümer, 1999). Bu durum alkol kullanımının stresle başa çıkma yolu olarak kullanıldığını düşündürmektedir. Sonuç olarak, bağlanma stili ile alkol kullanımı arasında saptanan ilişkiler alkol kullanımının bağlanma sorunlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (McCrahy, 1999).

Yapılan araştırmalara bakıldığında kaygılı bağlanmanın psikopatolojiye yatkınlık oluşturduğu görölmektedir.

Erken yaşlarda geliştirilen ve içselleştirilen bağlanma stilleri, ruh sağlığını doğrudan etkilemektedir. Güvensiz bağlanma stiline sahip kaygılı kişiler, stres altında işlevsel olmayan bir duyarlılık göstererek yüksek aktivasyon stratejisi kullanırlar (Cooper, 1998).

Bağlanmada kaçınan özellik gösteren kişiler ise duygularını kontrol altında tutmaya çalışır, destek aramaktan çekinir ve yakın ilişkidenden kaçınır. Stres altında oldukları bir durumla karşılaştıklarında duygularını ortaya çıkarmayı engelleyici davranışlar gösterirler. Bu stratejinin uzun süre kullanılması başkalarının yakınlığına duyarsızlık geliştirilmesine neden olarak somatizasyon gösterme ve alkol yatkınlığı riskini arttırır (Vungkhanching, 2004). Schindler ve arkadaşlarının yürüttüğu çalışmalarda alkol bağımlıları arasında güvenli bağlanmanın çok az olduğu, korkulu kaçınan bağlanmanın ise yaygın olduğu görölmüştür (Meyer, 2001). Korkulu kaçınan bağlanmaya sahip kişiler duygusal stresle baş etmek için psikoaktif madde kullanımına daha yatkındır. Bu çalışmalardan yola çıkarak bağımlılığın genel olarak güvensiz bağlanma ile ilişkili olduğu kesin şekilde ifade edilebilir.

Alkol bağımlılığıyla ilişkili olan bir diğer kavram ise kişisel iyi oluştur. Bireyin yaşam memnuniyetini içeren kişisel iyi oluş; akıl sağlığı, genel bir mutluluk hali ve yaşam doyumunu olarak tanımlanabilir. Aile ve arkadaşlar, yaşam, özsaygı, barınma, sağlık, parasal gelir, eğlenme gibi bileşenler kişisel iyi oluşun belirleyicileridir. Kişinin kendi yaşamını değerlendirme şekli, yargıları, yaşam doyumunu ve duygusal tepkileri kişisel iyi oluşu meydana getirir (Sezer, 2013). Kişinin yaşamıyla ilgili memnuniyetinin azalması, alkol bağımlılığı açısından risk faktörüdür (Telef, 2013).

Bu çalışmanın amacı; alkol bağımlılığı ile bağlanma ve kişisel iyi oluş arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Elde edilen sonuçlar ile alkol bağımlılığı önlenabilir ve daha kolay tedavi edilebilir hale getirmek amaçlanmaktadır.

1. ALKOL KULLANIMI

1.1. Tanımı ve Özellikleri

Alkol, birçok çeşidi olan; etanol denilen türü içki olarak kullanılan yasal bir maddedir. Alkol kullanımının insanlık tarihi kadar eski olduğu ve eski çağlarda dini törenlerde kullanıldığı bilinmektedir. Ülkelere göre alkol kullanımı incelendiğinde, gelişmekte olan ülkelerde son 25-30 yıl içinde alkol kullanımında önemli bir artış olduğu görülmüştür (Akyardar, 1997). Dünya nüfusunun yarısının alkol kullandığı tahmin edilmektedir.

Ülkemizde ise alkol tüketimi 1981 yılında 400 milyon litreyken 1992 yılına gelindiğinde 600 milyon litreye ulaşmış ve belirgin bir artış göstermiştir. İstanbul'un geneline uygun olarak seçilen örnekleme alkol kullanım oranının %25,6 olduğu görülmüştür (Sertöz, 2004). Alkol kullanımındaki bu artış; başta bedensel sorunlar olmak üzere ruhsal ve toplumsal sorunları da beraberinde getirmektedir. Alkolün etkisi ilk olarak beden üzerinde hissedilir. Bu etki kişiden kişiye değişse de genel olarak alkol vücuda alındıktan 3 dakika sonra mide yüzeyinden tüm hücrelere ulaşmış olur (Tarhan, 2011). Kanla birlikte kalbe, akciğerlere ve karaciğere ulaşır. Kana karışan alkolün %20'si mideden, %80'i incebağırsaklardan gelir. Karaciğerin öncelikli görevi yağ asitlerini yakarak enerji üretmektir. Alkol alındığında ise bu yağ asitleri parçalanmaz ve karaciğerde birikerek yağlanmaya neden olur. Akciğerlerden ise beyne ulaşarak uyuşma etkisine sebep olur. Alınan alkol miktarı arttıkça solunum yavaşlaması, koma ve hatta ölüm riski artar (Cloninger, 1981).

1.1.1. Alkolün Farmakolojisi ve Metabolizması

Alkol, -OH grubunun karbon atomuna doğrudan doğruya bağlı olduğu organik bileşenlere verilen genel addır. Yanıcı ve renksiz bir madde olan alkol, bağımlılıklar arasında özel bir yere sahiptir. Santral sinir sistemini etkileyerek GABA (Gama Amino Bütirik Asit), endojen opiyatlar, dopamin ve glutamin ile etkileşir. Dehidrogenaz ve aldehid; alkol ve asetaldehid metabolizmasındaki ana enzimlerdir. CYP2E1 ve katalaz alkolü asetaldehide yıkarken dehidrogenaz alkolü asetaldehide dönüştürür (Tamar, 1998).

Daha sonra ortaya asetik asit çıkar ve karbondioksit, su ve yağlı asitler ile alkolün %90-98'i metabolize olur. Buna bağlı olarak endojen opiyatlarda artış görülür ve öfori, keyif duygusu ortaya çıkar. Solunum, idrar ve terleme yolu ile değişime uğramadan atılan %2-10'luk kısım metabolize olmaz (Vungkhnsching, 2004).

Alkolün emilimini ve metabolizmasını etkileyen pek çok değişken vardır. Alkolün yol açtığı metabolik etkilerin bazıları NADH ve asetaldehid üretimine bağlıdır. Karaciğer ise alkolün yıkımından sorumlu ana organ olduğundan alkolün etkilerine daha duyarlıdır. Alkolün özgül olmayan farmakolojik bir ajan olduğu düşünülürken son çalışmalar alkolün bilinen bazı hedefleri olduğunu göstermiştir (Çakmak, 2002). Bu hedefler; NMDA, GABA, glisin, serotonin, nikotinik ACh reseptörleri ve L tipi kalsiyum kanallarıdır. 1 gr alkolün 7 kkal enerji sağladığı bilinmektedir ve vücutta ATP üretiminde etkin şekilde kullanılır. Bir kısmı da sitrat döngüsünde oksitlenerek kas dokuları tarafından alınır ve asetil-CoA oluşturulur. Sitrat döngüsünde asetil CoA oksitlenerek CO₂ elde edilir. Alkol, sitokrom P₄₅₀ ailesinin bir üyesi olan mikrozomal etanol okside edici sistem (MEOS) tarafından asetaldehide oksitlenir. Alkol alındıktan sonra ağız, özefagus, mide, ince bağırsak olmak üzere ilerler. Emilimin %90'ı ince bağırsaklarda olmaktadır. Suda kolay çözünen etanol, kan dolaşımı ile tüm dokulara yayılır (Allen, 1995). Alkol, alımını takiben ortalama 45-60 dakikada kandaki en yüksek düzeyine ulaşır. Midenin boş olması, alkolün hızlı alımı gibi faktörler emilimi hızlandırır. Alkol yoğunluğu düşük olan içkilerin emilimi daha hızlıdır. Alkol yoğunluğu arttıkça emilim süresi uzar. Midedeki emilim, ince bağırsaktaki emilimden daha yavaştır. Kişinin fiziksel yapısı, cinsiyet, alkol miktarı, tolerans durumu, içme hızı, alkolün emilim süresi, karaciğerdeki yıkım hızı kandaki alkol seviyesini belirleyen etkenlerdir. Uzun süreli alkol kullananlarda çok aktif çalışan MEOS'un oluşturduğu asetaldehid, karaciğer ve dokularda hasara yol açmaktadır (Turan, 1999).

1.2. Alkol Kullanımının Tarihçesi

Etimolojik çalışmalar ile taş devri kültürünün kalıntıları incelendiğinde alkol kullanımının insanlık tarihi kadar eski olduğu ve Paleolitik Çağda da yer aldığı ve ilk psikofarmakolojik ajanın alkol olduğu görülmektedir. (Öncü, 2001).

Milattan önce 800 yılında damıtma işlemi keşfedilmiştir ve alkol tıpta da kullanılmıştır. Orta Çağ'a gelindiğinde; damıtma teknikleri Avrupalılar tarafından öğrenilmiş ve şarap yapımı manastırların egemenliği altına girmiştir. Böylece din adamları arasında alkolizm artış göstermiştir. Avrupa'da damıtma teknolojinin giderek daha fazla gelişmesiyle 18. yüzyılda alkol kullanımı alt sosyoekonomik sınıflarda da yaygınlaşmıştır.

19. yüzyıl ise alkol kullanımının özellikle Amerika'da zirveye ulaştığı dönemdir. Tarih boyunca alkolün zararları Hipokrat ve sonraki hekimler tarafından anlatılmış; ahlaki ve dinsel olarak açıklanmaya çalışılmıştır. Ancak yine de alkol kullanımı artarak devam etmiştir. Son 150 yılda alkol kullanımı tıbbi bir sorun olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. 1700'lü yıllarda Doktor Benjamin Rush, alkol kullanımının aşırı miktarda olmasını hastalık olarak tanımlamıştır. Benjamin Rush'a göre bu hastalığın tedavisi alkolden tamamen uzak kalmaktır. 19. yüzyılda alkol bağımlıları için "ayyaş" terimi kullanılmaktayken 1849 yılına gelindiğinde halk sağlığı uzmanı olan Magnus Huss "alkolizm" terimini önermiştir. Alkol kullanımının günümüzdekine benzer bir bağlamda ele alınması 19. yüzyılın ikinci yarısında gerçekleşmiştir.

20. yüzyıla gelindiğinde alkol bağımlılığı, sınıflandırma sistemine dâhil edilmiştir. Edward ve Gross, 1976 yılında "Alkol Bağımlılığı Sendromu" kavramını geliştirmiştir. Bu kavram, ICD ve DSM'de alkol bağımlılığı ile ilgili tanımların geliştirilmesinin temelini oluşturmaktadır.

Alkol bağımlılığı günümüzde; öğrenme, dinamikler, kişilik özellikleri, genetik ve psikososyal etkenler, farmakoloji, biyolojik yatkınlık gibi pek çok faktörle ilişkili olarak incelenmektedir (Eryılmaz, 2009).

1.3. Kan – Alkol Düzeyi ve Etki

- % 0.02 – Hissedilen fark çok azdır.
- % 0.04 – Rahatlama ve keyif hissi başlar.
- % 0.06 – Yargılama ve karar verme becerisi azalır.
- % 0.08 – Mide bulantısı başlar; kasların eşgüdümü, konuşma becerisi ve refleksler azalır.
- % 0.10 – Öz denetim yitirilir, tepki süresi uzar.
- % 0.15 – Hareket ve denge bozuklukları, unutkanlık yaşanabilir.
- % 0.30 – Bilinç kaybı yaşanır, kişi komaya girer ve ölüm riski meydana gelir.

Alkol bedenin bütün hücrelerini etkilemekle beraber en yoğun etkiyi beyin hücrelerinde gösterir. Bu nedenle alkolün etkisi öncelikle davranışlarda ortaya çıkar. Alkol kullanımına bağlı olarak bellek bozukluğu, uyku bozukluğu, dürtü kontrolünde bozulma görülür. Sindirim sistemi hücrelerini olumsuz etkileyerek besin değeri olan maddelerin emilimine engel olur; pankreasa olan etkisiyle şeker metabolizmasına zarar verir (Atiken, 1989). Tüm bu etkilerin ciddi sonuçları olmakla birlikte alkol en yıkıcı etkiyi karaciğerde gösterir ve kandaki lipid seviyesinin artmasına neden olur. Bahsedilen bu etkiler alkol kullanımının kesilmesiyle düzelebilir.

1.3.1. Bedensel Etkiler

- Gastrit, ülser
- Karaciğerde yağlanma ve büyüme
- Siroz
- Yüksek tansiyon
- Damar sertliği
- Beslenme ve bağışıklık sisteminde bozulma
- Kas zayıflaması
- Nöronlarda hasar oluşması
- İnme
- Cinsel işlevde bozukluklar

1.3.2. Ruhsal Etkiler

- Uykusuzluk
- Depresyon
- Huzursuzluk
- Öfke
- Hafızada zayıflama
- Sosyal sorunlar

2. ALKOL BAĞIMLILIĞI

İnsanlık tarihi kadar eski olan alkol kullanımı, kronik ve ölümcül bir hastalık olarak değerlendirilmeye yakın zamanda başlanmıştır. İlk defa alkol için “bağımlılık” tanımlaması yapılmıştır. Alkol bağımlılığı görülen kişilerde fizyolojik ve bilişsel değişiklikler ortaya çıkar. Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı tanımlamaya bakıldığında; kuvvetli bir şekilde alkol alma isteği, kontrol edilemeyen alkol alma davranışı, yoksunluk ve tolerans yaşama, görülen zararlara rağmen alkol kullanımını sürdürme belirtilerine son bir yılda sahip olan birey, alkol bağımlısı olarak tanımlanmaktadır. Alkol kullanımının en yoğun olduğu yaş 20-35’tir. Bağımlılık için 5-10 senedir düzenli alkol tüketiyor olmak gerekmektedir (Tarhan, 2011). Fiziksel muayene ve yapılan testlerle alkol bağımlılığı tanısı koyulur. Alkol bağımlılığı olan kişide;

- Arcus senilis
- Kırmızı burun
- Palmar eritem
- Karaciğerde ağrı olmaksızın büyüme
- Kuvvet ve hislerde azalma
- Trigliserid, ürik asid ve ürede yükselme
- GGT’de yükselme
- MCV’de düşme görülür. (Allen, 1995)

2.1. DSM V – Tanı Kriterleri

A. Bir yıllık bir sürede, söz konusu belirtilerden en az ikisinin görüleceği ve işlevselliğin bozulacağı bir şekilde alkol kullanımı (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014)

1. Uzun süreli ve istenenden daha çok olacak şekilde alkol kullanımı
2. Alkol kullanımını sınırlandırma ya da bırakma konusunda işe yaramayan uğraşlar
3. Alkol ile ilgili etkinliklere çok zaman ayırma ve istek duyma
4. Alkolün etkisinden kurtulmanın uzun sürmesi
5. Sorumluluklarını yerine getirememe
6. Alkol kullanımının neden olduğu sorunlara rağmen kullanımı sürdürme
7. İş, okul, eğlence vb. ile ilgili etkinliklerden uzaklaşma
8. Yineleyici ve tehlikeli şekilde alkol kullanma
9. Alkol kaynaklı bedensel/ruhsal sorunlara rağmen alkol kullanımını sürdürme
10. Tolerans geliştirme
 - a) Alınan alkol miktarının giderek artması
 - b) Aynı ölçüde alkol alındığında yaşanan etkinin azalması
11. Yoksunluk
12. Yoksunluk belirtilerini gidermek için alkol kullanma

2.2. Alkol Esrikliği

Alkol kullanımı sebebiyle kendini bilmeyecek durumda olmaya alkol esrikliği denir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Tanı kriterlerine bakıldığında:

- A. Yakın zamanda alkol almış olma
- B. Alkol ile meydana gelen problemli davranışlar ve ruhsal değişiklikler (saldırganlık, uygunsuz cinsel davranışlar, muhakemenin bozulması, duygu durumunda değişiklikler)
- C. Alkol kullanımı ile birlikte ya da kullanımdan sonra ortaya çıkan aşağıdaki belirtilerden biri veya daha fazlası

1. Konuşurken sözleri geveleme
2. Eşgüdümlü hareket edememe
3. Ayakta durmakta zorlanma
4. Hafıza ve dikkat sorunları
5. Stupor
6. Koma

2.3. Alkol Yoksunluğu

Alkol bağımlısı olan kişinin alkolü bırakması ya da azaltması halinde yaşadığı duruma ve ortaya çıkan belirtilere alkol yoksunluğu denir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Alkol yoksunluğunun tanı kriterleri:

- A. Alkol kullanımının azaltılması ya da bırakılması
- B. Alkol kullanımının kesilmesinin ardından kişiyi rahatsız edici belirtiler oluşması
 1. Otonom aşırı etkinlik
 2. El titremesi
 3. Bulantı, kusma
 4. Uykusuzluk
 5. Gelip geçici varsanılar
 6. Ajitasyon
 7. Bunalma
 8. Tonik ve klonik şekilde katılma

Bu belirtilerin sebebi başka bir sağlık durumu değildir ve işlevsellikte belirgin düşmeye neden olur.

2.4. Deliryum Tremensi

Deliryum tremensinde çekilme belirtileri en ağır şekilde görülür. Tüketimin kesilmesinden itibaren 24 – 48 saat sonra denge kaybı, dikkatin bozulması, terleme, çarpıntı, iştahta azalma başlar. Bilinci bulanıklaşan kişi ve şaşkın bir halde konuşur ve duraksamaz. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Bu duruma panik, kızgınlık, saldırganlık ve halüsinasyonlar eşlik edebilir. Bu durum kendiliğinden geçebileceği gibi kalp yetmezliği, şok veya kalıcı beyin hasarına da neden olabilir. Acil tıbbi bakım sağlanması gereken bir durumdur.

2.5. Alkolün Yol Açtığı Diğer Bozukluklar ve Tedavi

Alkolden kaynaklı bozukluklar birkaç hastalığı kapsayabilmektedir. Bu etmenlerin belirlenmesi uygun tedavi açısından oldukça önemlidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

- Psikoz
- Bipolar bozukluk
- Depresyon bozukluğu
- Anksiyete bozukluğu
- Uyku bozukluğu
- Cinsel işlev bozukluğu
- Nörobilişsel bozukluk
- Diğer madde kullanım bozuklukları

Başlama, sürdürme, psikopatoloji ve diğer faktörler açısından alkol bağımlılığı incelenmiş ve alkol bağımlılığının alt tipleri oluşturulmuştur (Tosun, 2000).

Tip-A Alkol Bağımlılığı: Geç başlangıçlıdır ve psikopatoloji azdır.

Tip-B Alkol Bağımlılığı: Şiddetli derecede yüksek bir bağımlılık söz konusudur. Erken başlayan bozukluklar ve psikopatoloji fazladır. Aile öyküsü incelendiğinde alkol kötüye kullanımı görülür. Birden çok madde kullanımı olabilir.

2.6. Alkol Bağımlılığında Tedavi

Alkol bağımlılığının tedavisi profesyonel yardımla mümkündür. Alkol kullanımının kesilmesi ve ortaya çıkacak yoksunluk belirtileri için tıbbi destek sağlanması tedavinin ilk aşamasıdır. Tedavi arınma süreci ile başlar ve yatarak ya da ayaktan takiple devam eder. Ancak kişinin geçmişinde sonuca ulaştırılamamış tedaviler mevcutsa, kişinin hayati tehlikesi varsa, alkol tüketimine devam ediyorsa, eşlik eden madde kullanımları varsa, kişiye destek olabilecek bir yakını bulunmuyorsa yatarak tedavi gerekmektedir (Kesebir, 2011). Tedavinin ikinci aşaması rehabilitasyon sürecidir. Bireyin alkol almadan yaşama adapte olabilmesi için uygun bilgi ve becerilerin kazandırılması amaçlanır. Tedaviye uyumun sağlanması ve iyileşme motivasyonunun korunması için bireysel ve grup psikoterapileriyle bu süreç desteklenir. Detoksifikasyon, farmakoterapi ve psikoterapi alkol bağımlılığı tedavisinde önemli yapı taşlarıdır (Özkorumak, 2006).

Tedavi uzun, zor ve yorucu bir süreçtir. Alkol bağımlılığı tedavisinde kişilere destek olmak amacıyla 1936 yılında Amerika'da Anonim Alkolikler – Türkiye'de bilinin adıyla Adsız Alkolikler – örgütü kurulmuştur. Günümüzde 2 milyonun üzerinde üyesi olan kuruluş sivil toplum zihniyetiyle çalışmaktadır.

2.6.1. Adsız Alkolikler

Adsız Alkolikler (AA), 1935 yılında Amerika'da; alkol bağımlısı iki kişi tarafından alkol sorununa çözüm arayışı çerçevesinde kurulmuş bir örgüttür. Bu örgüt zamanla büyüyerek 2 milyonun üzerinde üye sayısına ulaşmıştır. Adsız Alkoliklerin en temel ilkesi adsızlık ve gizlilik. Hiçbir üye kendi kimliği ya da yaşantısıyla ilgili bilgi vermek zorunda değildir ve kuruluşa katılmak için alkolü bırakmayı istemek yeterlidir. Üyelerin ortak noktası alkol konusundaki farkındalıklarıdır ve kuruluşa gönüllülük esasıyla katılmaktadırlar. Destek ve dayanışma amacıyla hareket eden örgütün, diğer desteklere kıyasla iyileşme ve alkol almama konusunda %50 daha başarılı olduğu verilen olumlu geri bildirimler doğrultusunda tahmin edilmektedir. Ancak üyelerle ilgili resmi kayıt tutulmadığından bu oran net olarak bilinmemektedir. AA'nın bu kadar etkili olmasının sebebi olarak grup dinamiği ve grubun etkisi gösterilmektedir.

Benzer sorunları yaşamış ve yaşamakta olan bireyler çözüme yönelik birlikte çalışmaktadır. On iki adımdan oluşan alkolü bırakma sürecinin ilk adımı “alkolik” olduğunu kabul etmektir. Bu kabullenme kolay olmamakla birlikte en önemli ve en temel adımdır. Kişi alkolü bırakmış olsa bile tekrar başlayabileceğinin bilinciyle hareket etmelidir. Toplantıda söz alan kişi: “Merhaba, benim ismim X, ben bir alkoliğim.” diyerek konuşmaya başlar. Adsız Alkoliklerin toplantıları açık ve kapalı olmak üzere 2 farklı formda olmaktadır. Kapalı gruplara sadece alkol bağımlısı olan ve alkolü bırakma arzusunda olan grup üyeleri katılabilirken; açık gruplara alkol bağımlılarının aileleri ve arkadaşları da katılabilmektedir.

2.7. Alkol Bağımlılığında Genetik ve Çevresel Faktörler

Alkol bağımlısı kişilerin yakın akrabalarında alkol problemlerinin yoğun olarak bulunma ihtimalinin 3 – 4 kat yüksek olması, alkol bağımlılığının genetik bir problem olduğu görüşünü desteklemektedir. Akrabalık derecesi ile bağımlılığın şiddeti arasındaki bağlantı halen araştırılmakla birlikte ikiz çalışmaları da genetik faktörlerin etkisini ortaya koymuştur (Sümer, 2015). Evlat edinilen kişiler ve tek yumurta ikizleri karşılaştırıldığında, kişinin 1. derece yakını alkol bağımlısı ise riskin 4 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Alkol bağımlısı ebeveyni olan çocuklar doğumdan hemen sonra biyolojik aileden uzaklaştırılsa ve biyolojik ailedeki problemi bilmeseyse bile alkol kötüye kullanım ihtimali daha yüksektir. Amerika’da alkol tüketimi çeşitli özellikler bakımından incelenmiş ve şu sonuçlara ulaşılmıştır (Mikulincer, 2007):

- En hızlı alkol tüketim oranı beyaz ırka aittir (%56)
- Erkeklerde dipsomanik içme ve ağır içici olma oranı kadınlara göre daha yüksektir.
- Eğitim seviyesi arttıkça alkol kullanım oranı artmaktadır.
- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sahip çocukların ileride alkole bağlı bozukluk yaşama ihtimali daha fazladır.
- Antisosyal kişilik bozukluğu bireyi alkol kullanımına yatkın hale getirmektedir.
- Alkol bağımlılığı sosyoekonomik düzeyi düşürmektedir.
- Lise döneminde alkol kullanımı okul güçlükleri öyküsü ile ilişkilidir.
- Ölümle sonuçlanan kazaların yaklaşık yarısı alkol kaynaklıdır.

- Cinayetlerin önemli bir kısmının alkol kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.
- Maddeye bağlı ölüm sebeplerinin başında alkol bulunmaktadır ve yaşam süresini 10 yıl kısalttığı tahmin edilmektedir.
- Yaklaşık olarak yılda 200 bin ölümün doğrudan sebebi alkol bağımlılığıdır.
- Kanseri, kalp hastalığı, karaciğer hastalığı ve öz yıkım alkole bağlı ölüm nedenlerinin başında gelmektedir.
- Alkol bağımlılığı olan kişiler genel nüfus ile karşılaştırıldığında daha yüksek bir öz yıkım oranına sahiptir.

Sosyal alanların da bireyin alkol tüketimini arttırıcı bir rol oynadığı düşünülmektedir. Sosyal beklentinin bu yönde olması, alkol kullanımının normal karşılandığı bir ortamda bulunma alkol tüketimini arttırmaktadır (Thompson, 2002). Ailedeki bireylerin alkol tüketme alışkanlığı da çocuğun alkol tüketme davranışını etkilemektedir. Ülkemizdeki alkol tüketimine bakıldığında artış olduğu ve alkole başlama yaşının giderek düştüğü görülmektedir. Alkol tüketiminin zararlarına yönelik bilinçlendirme çalışmaları yapılsa da alkol kullanım bozukluğuna bağlı olarak tedavi kurumlarına yapılan başvuruların miktarı, sorunun boyutunun giderek arttığını göstermektedir (Kurdek, 2002).

Alkol bağımlılığı; yol açtığı fiziksel, ruhsal ve sosyal problemlerin yanında kişiye ekonomik olarak da zarar vermekte ve her statüden insanı etkilemektedir (Çalışır, 2009).

2.8. Alkol Bağımlılığının Ölçülmesi

Madde kullanım bozukluğunun çok boyutlu olarak değerlendirilebilmesi için Bağımlılık Şiddeti Endeksi (ASI) kullanılmaktadır. Bu ölçek McLellan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup sorunun şiddeti, tıbbi durum; yasal, ailesel, sosyal durum ve iş durumunu saptamaktadır (Akyardar, 1997).

Yapılandırılmış bir ölçek olan Bağımlılık Şiddeti Endeksi'nin uygulaması 45 dakika sürmekte ve son 1 ayı değerlendirerek tedavi planı hazırlamaya yardımcı olmaktadır. Ölçeğin güvenirlik geçerlilik çalışması Demirbaş tarafından 2003'te yapılmıştır.

Kişinin alkol kullanım sorunu olup olmadığını ölçmek için en yaygın kullanılan ölçek KESİ (CAGE) ölçeğidir. "KESİ"; kesmek, eleştiri, suçluluk ve ilk işin baş harflerinden oluşturulmuş bir kısaltmadır.

Son bir yılı değerlendiren bu ölçekteki sorulardan birine bile “evet” yanıtı almış olmak, alkol kullanım sorununu düşündürmeli ve derinlemesine araştırma yapılmalıdır. Kadınlarda KESİ’ye göre daha duyarlı olan TWEAK ölçeği 5 sorudan oluşur ve 3 ya da daha fazla pozitif cevap alkol sorununu düşündürür (Akyardar, 1997).

Bu alanda kullanılan bir diğer ölçek Alkol Kullanım Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeğidir (AUDIT). Ölçek, kullanılan alkol miktarını ve kullanım tarzını belirleyerek alkol kullanımının tehlikeli düzeyde olup olmadığını tespit eder. Bu ölçekten 8 veya daha fazla puan alan bireyin alkol kullanımı daha yakından incelenmelidir (Ceylan, 2003).

MAST da (Michigan Alcoholism Screening Test) diğer ölçekler gibi kişide alkol kullanım sorunu olup olmadığını değerlendirmek için kullanılır. 25 sorudan oluşur ve 5 ya da daha fazla pozitif cevap alkol probleminin olduğunu gösterir (Cloninger, 1981).

MAST’a benzer olan SMAST (Short Michigan Alcoholism Screening Test) 13 sorudan oluşur ve 2 ya da daha fazla soruya evet cevabı alındığında alkol sorununu düşünmek gerekir.

Riskli alkol kullanımının ölçümü için bir diğer yaklaşım olan Miktar – Sıklık Ölçümü ise içki tipleri ve haftalık kullanım miktarını belirlemeye yöneliktir (Turan, 1999).

2.9. Psikiyatrinin Alkol Bağımlılığına Bakış Açısı

19. yüzyılda alkol ile ilgili sorunların artması konuyla ilgili farklı kuramların gelişmesine sebep olmuştur. Eski dönemlerde alkol bağımlılığı ahlaki zayıflık olarak değerlendirilerek kişinin bağımlılığa karşı koyacak manevi gücünün olmadığına inanılmıştır (Yapıcı, 2006). Alkol bağımlıları kendi hazlarını ön planda tutan, diğer insanları ve onların isteklerini önemsemeyen bireylerdi. Bu görüş bugün yaygın olmasa da nedensellik ilkesi açısından izlerini görmek mümkündür.

Psikiyatrinin alkol bağımlılığına bakış açısı incelendiğinde, iki model olduğu göze çarpar. Birinci model, 1960 yılında Jellinek tarafından geliştirilmiştir. Bu modele göre alkol bağımlılığı, bedenin hastalık yapıcı maddeyle etkileşime girmesi sonucu ortaya çıkar ve kişinin bireysel seçimi değildir.

Yani birey alkol kullanırken aslında alkolik olmayı seçmemiştir (Ögel, 2010). Genetik geçişle gelen fiziksel özellikler alkol alma davranışını etkiler. Psikolojik ve sosyal faktörler değil, biyoloji ön plandadır.

İkinci modele göre ise alkol bağımlısı olma durumunu kişi kendi seçimleri ve tercihleri ile hazırlar. Bu model diğer yaklaşıma göre daha eskidir ve kişinin bazı nedenlerden dolayı alkolizmi bilinçli ya da bilinçsiz şekilde seçtiğini savunur. Daha eski modeller duruma ahlaki bir bakış açısıyla yaklaşarak seçimin bilinçli olduğunu savunsa da yeni dinamik modellere göre bu seçim bilinçsiz şekilde yapılmaktadır. Modelin temelinde neden sonuç ilişkisi yer almaktadır. Sonuç, yani alkol bağımlılığı kötü olduğuna göre sebep olan etkenler de kötü olmalıdır. Stresli yaşam olayları, baş edilemeyen duygular vb. sonucu alkol bağımlılığı gelişir. Ancak normal kişi bu nedenler karşısında alkol bağımlısı olmamak için önlem alır. Gerekli önlemleri almadığı takdirde kişi bağımlı olmayı dolaylı olarak seçmiş olur (Kuloğlu, 2013).

Günümüzde alkol bağımlılığı biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler ile bir bütün olarak incelenmektedir. Bu faktörlerin olumsuz özellikte olması kişinin uyum sağlama becerilerine zarar verir. Kişi alkol kullanımı ile olumsuz koşullara karşı daha uyumlu olmaya ve bu koşullarla baş edebilmeye çalışır. Biyolojik özellikler ve beyin kimyasının da alkol kullanımına yol açtığı öne sürülmektedir (Kesebir, 2011).

Yapılan araştırmalara bakıldığında alkol bağımlılığının sıklıkla, depresyon ve anksiyeteye birlikte görülebildiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu yaklaşımda alkolün yatıştırıcı etkisiyle kişinin anksiyete, depresyon gibi bozukluklar ile baş etmeye çalıştığı vurgulanır.

Analitik yaklaşımda ise çocukluk yaşantılarıyla oluşan süper ego, ego tarafından dengelenemez ve alkol aslında egonun yardım arayışıdır (Ögel, 2010).

Bu kuramlar ile birlikte alkol bağımlılığı ahlaksal yargılamadan çıkmış ve alkol bağımlıları ahlaki yönden güçsüz olmakla suçlanmaktan kurtulmuşlardır.

Psikiyatrinin bakış açısında ise olguları fenomenolojik olarak ele almak esastır. Öncelikle bozukluğun bireyde meydana getirdiği değişiklikler incelenir. Psikiyatrik bozukluklara kuramsal açıklama getirilmeden yalnızca tanımlayan iki sistem mevcuttur.

Bu sistemler; Dünya Sağlık Örgütü'nün 1992 yılında yayınladığı ICD ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 1994 yılında yayınladığı DSM tanı ölçütleridir ve psikiyatri ile uğraşanlar arasında ortak bir dil olması açısından oldukça önemlidir. Yani tanı sistemleri ile alkol bağımlılığının ne olduğu değil kimlere alkol bağımlısı deneceği açıklanır. Ancak bu sistemlerin kesin sınırları vardır ve örneğin psikososyal etmenleri entegre etmek açısından sınırlıdır (Çakmak, 2002).

Tüm bunlardan yola çıkıldığında alkol bağımlılığının karışık bir süreç olduğu ve aslında ne kadar alkol bağımlısı varsa o kadar açıklama olacağı düşünülebilir. Alkol bağımlılığının nasıl bir şey olduğu az çok belli olsa da bağımlılığa götüren süreç her birey için farklı bir yol izler. Dolayısıyla alkol bağımlılığının nedenlerini ortaya koymaktansa her bağımlı için onu bağımlılığa götüren süreci incelemek daha gerçekçi bir yaklaşım olacaktır (Sertöz, 2004).

3. BAĞLANMA

Bakım veren ile çocuk arasındaki ilişkide sürekliliği ve tutarlılığı olan duygusal bağa bağlanma denir. Hazan ve Shaver (1987), çocuklarda gözlenen üç bağlanma biçimini temel alarak bir sistem geliştirmişlerdir. Bowlby ise (1969, 1973, 1980); yetişkinlerin yakın ilişkilerinde yaşadıkları duygu, biliş ve davranışları incelemek üzere kuramsal bir çerçeve oluşturmuştur (Fletcher, 1991). Bu sınıflandırma yöntemi halen yaygın olarak kullanılsa da yetişkin bağlanma stilleri; saplantılı, kayıtsız, korkulu ve güvenli olmak üzere dördü modelle (Sümer, 1999) tanımlanmaktadır.

12 aylık çocuklar bağlanma açısından incelendiğinde bağlanmaya ilişkin gözlenebilir beklentilere sahip oldukları görülmüştür.

Bağlanma, yeni doğanlarda duygusal bağ kurma eğilimiyle başlayan ve yaşamlarını sürdürebilmeleri için işlevsel olan bir sistemdir (Soysal, 2009). Yeni doğan, bakım veren ile olan fiziksel yakınlığı sayesinde tehlikelerden korunur ve gerekli bakımı alır. Bu sebeple, bakım veren ile yakınlığın korunması ve bakım verenin ihtiyaç anında ulaşılabilir olması bağlanma sistemindeki en temel hedeftir. (Miller, 1995).

Çocuğun bakım verenle ilişkisinde bağlanmanın dört temeli vardır: yakınlık arama ve koruma, ayrılığı protesto etme, keşfetme ve bakım vereni sığınak olarak görme. Bu koşullar gerçekleştiğinde güvenli bağlanma gelişir ve çocuğun çevreye uyumu kolaylaşır (Sümer, 2012). Güvenli bağlanmanın gelişebilmesi için duyarlı ve ulaşılabilir bir bakım veren şarttır. Bu durum tutarlı olarak sürdürülürse çocuk kendisini sevmeye değer olarak algılar ve olumlu benlik modeli gelişir (Hazan, 1987). Bakım verenin duyarsız ya da aşırı müdahaleci tepkiler göstermesi çocukta kaygılı bağlanmayı geliştirirken; ihmalkâr – reddedici olması çocuğun zamanından önce bağımsız olmayı istemesine yol açar. Bakım verenden uzun süreli ayrı kalma, bağlanmanın çözülmesine sebep olur ve bu durum sosyal çevreden kopma / geri çekilmeyle sonuçlanabilir. Bu tür olumsuz durumların sıklıkla tekrarlanması değersizlik duygusu ve olumsuz benlik modeliyle sonuçlanır ve çocuğun ilerleyen dönemde yetişkin ilişkilerinde de sorun yaşamasına neden olur (McCrary, 1999). İlişkilerde önemli bir role sahip olan bağlanma, kişinin kendisini ve çevreyi algılamasında kullanacağı zihinsel modeli de oluşturur. Kişinin çevreyi güvenli görmesini, kendisini sevmeye değer bulmasını doğrudan etkiler (Soysal, 2009). Batı ülkelerinde bağlanma konusunda yapılan çalışmalar; çocukların %55 – 60’ında güvenli bağlanma, %15’inde kaygılı bağlanma ve %25’inde kaçınan bağlanma olduğunu ortaya çıkarmıştır (Fletcher, 1991). Yetişkinlerin bağlanma dağılımına bakıldığında %55 güvenli, %20 kaygılı/kararsız ve %25 kaçınan bağlanma oranıyla çocuklukta dağılıma benzerlik gösterdiği görülmüştür.

Yetişkinlik döneminde bağlanma stilleri çocukluk anıları ve deneyimleriyle sınanarak romantik ilişkilerle karşılaştırılmış ve çocukluktan gelen bağlanma stiline kalıcı olduğu sonucuna varılmıştır (Miller, 1995). Benzer araştırmalar diğer ülkelerde de yapılmış ve benzer sonuçlar elde edilmiş olsa da araştırmacılar çocuk – ebeveyn arasındaki bağlanma ile romantik çiftler arasındaki bağlanmada cinsel birleşmeyi de içermesi açısından farklılıklar olduğunu vurgulamaktadır (Hazan, 1987). Bu nedenle Bowlby’nin bağlanma stilleri yeniden tanımlanmıştır.

3.1. Dörtlü Bağlanma Modeli ve Bartholomew

Bartholomew, benlik ve başkalarının bağlanma stillerini belirleyen temel boyutlar olduğunu ileri sürmüştür. Olumlu benlik modeli; başkalarının onayından bağımsız olarak özsaygı ve sevillebilirlik duygusudur. Olumsuz benlik modeli ise düşük özsaygı ve onay alma gereksinimi ile ilişkilidir (Meyer, 2001). Olumlu ve olumsuz bağlanmanın kesişmesinden dört temel bağlanma stili ortaya çıkar: güvenli bağlanma, saplantılı bağlanma, korkulu bağlanma, kayıtsız bağlanma. Güvenli bağlanma stilinde olumlu benlik ve olumlu başkaları modeli vardır. Kişi kendisini sevmeye, çevresini de güvenilmeye değer görür; başkalarıyla yakınlık kurmakta ve özerkliğini korumakta zorlanmaz (Çalışır, 2009). Saplantılı bağlanma stilinde ise olumsuz benlik ve olumlu başkaları vardır. Kişi kendisi değersiz hisseder ve sevillebilir görmez, başkalarını ise olumlu olarak değerlendirir. İlişkilerine takıntılı olmakla birlikte gerçekçi olmayan beklentilere sahiptir, bağımlılık gereksinimlerini karşılamak için sürekli başkalarına ulaşma çabasındadır (Cloninger, 1981). Korkulu bağlanma stili olumsuz benlik ve olumsuz başkaları ile karakterizedir. Kişi kendisini değersiz, başkalarını da güvenilmez ve reddedici olarak görür, hayal kırıklığı yaşamamak için yakınlıktan kaçınır. Kayıtsız bağlanmada ise olumlu benlik fakat olumsuz başkaları vardır. Bu stile sahip bir kişi özerkliğine oldukça önem verir ve yakın ilişki kurmayı savunmacı bir şekilde reddeder (Mikulincer, 2007).

Bağlanma konusunda hızla artan çalışmalar ve ulaşılan bulgular; ilişkilerin başlaması, gelişimi ve sona ermesi ile ilgili süreçleri kapsamlı olarak açıklar (Thompson, 2002).

Bowlby bağlanmanın etnolojik ve biyolojik özellikleri nedeniyle evrensel bir sistem olduğunu savunsa da, bağlanmanın farklı kültürlerde farklı işlevlere sahip olabileceği kabul edilmektedir (Hazan, 1987). Örneğin güvenli bağlanma stili birçok ülkede yaygınken Almanya’da kaçınan bağlanma, Japonya’da ise kaygılı/kararsız bağlanma stili daha yüksek orandadır. Toplulukçu kültürel özellikleri yaygın olarak taşıyan Türkiye’de de bağlanma stillerine yönelik çalışmalar devam etmektedir (Sümer, 1999).

3.2. Bağlanmaya Etki Eden Faktörler

3.2.1. Aile Özellikleri

Araştırmacılara göre bağlanma stilleri, bakım verenin bebeğin ihtiyaçlarına gösterdiği duyarlılığın ve tepkinin bir sonucu olarak şekillenmektedir. 3 aylık bebeklerin incelenmesiyle elde edilen sonuçlara göre; ağlamalarına hemen cevap verilen bebekler, 12 aylık olduklarında güvenli bağlanma kategorisine girmektedir (Thompson, 2002). Ailenin özellikleri ve bağlanma ilişkisindeki bir diğer önemli faktör ailenin sosyoekonomik düzeyidir. Stresli bir aile ve düşük sosyoekonomik düzey ortamında büyüyen çocuklarda güvenli bağlanma oranı daha düşüktür (Allen, 1995).

Evlilikteki sorunlar ve anlaşmazlıklar da anne babada stres yaratması sebebiyle güvenli bağlanmayı zorlaştırır. Öfkeli ve şiddet içeren ilişkiler aileyi çocuğun gözünde tutarlı ve güvenilir olmaktan uzaklaştırır ve çocuğun güvenli bağlanma geliştirme ihtimalini azaltır (Mikulincer, 2007).

3.2.2. Çocuğun Özellikleri

Aile ve ailenin davranışları bağlanma stili açısından ne kadar önemli olsa da bağlanma karşılıklı bir ilişkidir. Ailenin gerekli bakımı gerçekleştirebilmesi için karşılık veren bir bebeğe ihtiyacı vardır (Tamar, 1998).

Yapılan araştırmalara bakıldığında; anneleri ile sosyal ilişki kurmak yerine nesneler ile daha uzun süre vakit geçiren çocukların güvenli olmayan bağlanma özelliklerine sahip olduğu görülmüştür (Coşkunol, 1996).

3.2.3. Kültürel Etkiler

Yaşanılan toplum ve o toplumun sahip olduğu ortak kültür, bağlanma stilini belirlemede önemli bir role sahiptir. Örneğin; İsrail’de bir kabilede yaşayan çocuklar, ailelerini gün içinde görmelerine rağmen bakımı ailelerinden almaz. Çocuklar, kabile içinde ortak olarak büyütülürler.

Bu çocuklar yabancı bir ortama sokulduklarında sadece %37’sinde güvenli bağlanma özellikleri görülürken çocukların %63’ünde üzüntü, korku ve direnç görülmüştür (Miller, 1995).

3.3. Bağlanmanın Değerlendirilmesi

Bağlanma stillerinin davranış ve tutumları etkileyen çok faktörlü bir yapı olması ölçümü zorlaştırmaktadır. Ebeveyninden kopmayla ilgili ayrılık kaygısı, aile içi iletişim, duyguların düzenlenmesi, sosyal ilişki, sosyal saygı, depresyon, öz saygı gibi farkı alanlarla ilişkili olan bağlanma stiline yönelik ölçme aracının geliştirilmesinde pek çok unsur göz önünde bulundurulmuştur. Değerlendirmeye yönelik ilk yaklaşım klinisyenin yaptığı görüşmedir. Bu bağlamda en yaygın kullanılan teknik, George ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilen Erişkin Bağlanma Görüşmesidir (Meyer, 2001).

Griffin ve Bartholomew 1994 yılında bağlanma modelinin ölçümü için 30 maddelik bir ölçek geliştirmiştir. Ölçekte bulunan 30 maddenin ilk 17 maddesi bağlanma stilini belirlemek için kullanılmaktadır. Geri kalan 13 madde ise yakınlık, dayanma ve kaygıyı ölçmektedir. Bağlanma stilini belirlemeye yönelik pek çok ölçek olmasına rağmen bu ölçeklerin çoğunun sadece güvenirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçeklerin kişinin kendi bildirimine dayanıyor olması sebebiyle nesnelliğinin düşük olması da bir diğer kısıtlılıktır.

Öz bildirim şeklindeki ölçüm yaklaşımı Hazan ve Shaver’ in çalışmalarıyla başlamış; Bartholomew ve arkadaşları tarafından İlişki Anketi ve İlişki Ölçekleri Anketi geliştirilmiştir. Yaygın olarak kullanılan bir diğer ölçek Ana Babaya Bağlanma Ölçeğidir.

Bowlby’nin bağlanma kuramını temel alarak geliştirilen ilk ölçek olması açısından önemli bir yere sahiptir (Kırimer, 2014).

Parker ve arkadaşlarının çocuk – ebeveyn bağlanma stilini ortaya çıkarmak üzere yaptıkları çalışmalar da Bowlby'nin ilgi ve kontrol boyutlarını kapsamaktadır. Buna göre yeterli ilgi ve aşırı korumama, optimal bağlanma olarak tanımlanmaktadır. Yetersiz ilgi ve aşırı korumama ise bağlanmama/zayıf bağlanma sınıfına girmektedir.

Bazı araştırmacılar ise yeni doğandaki ağlamanın bir bağlanma biçimi olduğunu ileri sürerek bunu psikoterapi ortamındaki ağlamayla eşleştirip bu yönde bir gruplama yapmaya çalışmışlardır (Turan, 1999).

Türkiye’de genel olarak kullanılan ölçek ise Brenning, Soenens ve Bosmans (2011) tarafından geliştirilen Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteridir. Türkçeye uyarlamasını Kırımer, Akça ve Sümer 2014 yılında yapmıştır.

3.4. Bağlanma ve Psikopatoloji

Yapılan araştırmalara bakıldığında bağlanmaya ilişkin kaygı ve kaçınmanın psikopatolojiye yatkınlık bakımından bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Erken yaşlarda geliştirilen ve içselleştirilen bağlanma stilleri, ruh sağlığını doğrudan etkilemektedir (Sümer, 2015). Ebeveyn davranışı ve bağlanma stiline öz yıkım düşünceleri için risk etmeni olduğu, kendine zarar verici davranışı 3 kat, depresyonu 5 kat arttırdığı düşünülmektedir. Güvensiz bağlanma stiline sahip kaygılı kişiler, stres altında işlevsel olmayan bir duyarlılık göstererek yüksek aktivasyon stratejisi kullanırlar (McCrady, 1999). Bu kişiler, yakın ilişkide oldukları kişinin davranışlarına ve ulaşılabilirliğine aşırı dikkat harcayarak seçici algı kullanırlar. Bu da sürekli yakınlık gösterme çabası ve onay arama davranışlarına sebep olarak depresyon yatkınlığına yol açar (Mikulincer, 2007). Bağlanmada kaçınan özellik gösteren kişiler ise duygularını kontrol altında tutmaya çalışır, destek aramaktan çekinir ve yakın ilişkiden kaçınır. İlerleyen dönemde ise kendilerine kompulsif düzeyde güven geliştirerek savunma/korunma stratejilerini arttırırlar. Stres altında oldukları bir durumla karşılaştıklarında duygularını ortaya çıkarmayı engelleyici davranışlar gösterirler (Cooper, 1998). Bu stratejinin uzun süre kullanılması başkalarının yakınlığına duyarsızlık geliştirilmesine neden olarak somatizasyon gösterme ve alkol yatkınlığı riskini arttırır (Vungkhanching, 2004).

Bir diğerk psikopatoloji olan kişilik bozukluğunun bağlanma stilleriyle ilişkisi incelendiğinde, bağlanma kaygısına sahip korkulu ve saplantılı kişilerde kişilik bozukluğu görülme oranının güvenli bağlananlara göre dört kat daha fazla olduğu bulunmuştur.

Crawford ve arkadaşları 2006 yılında yaptıkları boylamsal çalışmada kaygılı bağlanmanın B kümesi (antisosyal, sınırda, histrionik, narsistik) ve C kümesi (kaçınan, bağımlı, obsesif kompulsif) belirtiler gösterirken kaçınmacı bağlanmanın ise A kümesi (paranoid, şizoid, şizotipal) özellik gösterdiğini ileri sürmüşlerdir.

Bağlanma ve psikopatoloji arasındaki ilişki bağlanmanın kaygı ve kaçınma boyutu üzerinden incelenmiştir. Panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve kronik ağrı bozukluğunun güvensiz bağlanma ile ilişkili olduğu, araştırmalar sonucu görülmüştür (Kurdek, 2002). Bipolar bozukluğu olanlarda güvensiz bağlanma sıklığı, sağlıklı bireylerden daha yüksektir. Dağınık bağlanma, dissosiyatif bozukluklarla ilişkiliyken kaygıya yönelik aşırı aktivasyonun depresyonla; kaçınmaya yönelik aktivasyonu engellemenin ise somatizasyon ile ilişkili olabileceği bulunmuştur (Eryılmaz, 2009).

Bu araştırmalarla güvensiz bağlanma örüntüsünün nedensel bir faktör olduğu ve psikopatolojiye aracılık ettiği bulunmuştur. Bu durumda yüksek kaygı ve kaçınmaya sahip bir kişi yaşam olaylarını daha stresli algılayarak psikopatolojiye yatkın hale gelmektedir. Bir diğerk yandan güvensiz bağlanma ve psikopatolojinin komorbid özellik gösterdiğini ileri süren görüşler de mevcuttur (Meyer, 2001).

4. ALKOL BAĞIMLILIĞI VE BAĞLANMA İLİŞKİSİ

Kişinin kendisini ve duygularını kontrol edememesi ve işlevselliğini bozacak şekilde bağımlılık öznesiyle meşgul olmasına bağımlılık denir (Atiken, 1989).

Madde kötüye kullanımı ve bağımlılık, duygu düzenleme güçlükleri ve bağlanma ile yakından ilişkilidir.

John Bowlby'nin geliştirdiği bağlanma kuramı; bakım veren ve önemli diğerleriyle kurulan derin duygusal bağın etkisini açıklar.

Hayatta kalmalarının bir yetişkinin bakımına bağlı olması nedeniyle bebekler, içgüdüsel olarak bakım verenle bağ kurar. Yakınlık arama, yakınlığı kurma ve sürdürme davranışları ile bağlanma başlar (Ögel, 2010).

Bakım veren ulaşılabilir ve duygusal olarak cevap verici olmalıdır. Bağlanma tam olarak karşılanırsa keşif sistemi harekete geçer. Çevreyi keşfe çıkan çocuk, döndüğünde bakım vereni bulacağını bilir. Bağlanma kişisi, bebek için güvenli sığınaktır ve korku, tehdit, tehlike hissettiğinde dönülen bir yerdir (Sümer, 2012). Bağlanma ve keşif sistemlerinin uyumlu çalışması ve bebek ile bakım verenin optimum düzeyde ilişkide olması sağlıklı gelişim için gereklidir (Kuloğlu, 2013). Aksi takdirde yakın ilişkileri etkileyen olumsuz şemalar, güvensiz bağlanma davranışları ve bağımlılık ortaya çıkar.

Bowlby'ye göre erken dönem bağlanma yaşantıları, benlik ve başkaları modelleri ile ileriki dönemlere aktarılır. Benlik modeli, kişinin kendisini sevmeye değer bulup bulmadığına ilişkin bilişlerden oluşur. Başkaları modeli ise diğer insanların güvenilir ve duyarlı olduğuna ilişkin bilişleri içerir (Öncü, 2001). Bağlanma kalitesi; kişinin duygu düzenleme becerilerini, beklentilerini ve davranışlarını etkiler.

Travmalar, ayrılıklar, kayıplar, ilişki kökenli sorunlar gibi deneyimler ileriki yıllarda kaygı, öfke, depresyon, duygusal kopukluk, kendini ve duygularını kontrol edememeye sebep olur (Yapıcı, 2006). Aşırı olumsuz koşullarda büyüyen ve travma yaşayan çocuklarda yönelim bozukluğu olarak isimlendirilen bir bağlanma örüntüsünün olduğu görülmüştür. Bu çocukların duygusal gelişimleri ertelendiği için duygu düzenleme açısından en dezavantajlı grubu oluştururlar. Kendilerini sevmeye değer görmezler, başkalarına güvenmezler ve duygu düzenleme kapasiteleri zayıftır.

Başta bağımlılık olmak üzere psikopatoloji yatkınlığı açısından belirgin bir yere sahip oldukları söylenebilir. İşlevsel olmayan güvensiz stratejilerin stresle baş etmede kullanılması, duygu ve benlik düzenleme kapasitesini zayıflatarak bağımlılığa yatkınlık oluşturur (Sezer, 2013). Bu görüşle tutarlı olarak Flores, bağımlılığı duygu düzenleme yetersizliği ile ilgili bir bağlanma bozukluğu olarak tanımlamaktadır. Kişinin kendisini ve duygularını kontrol edebilmesi, bağımlılığa direnebilmesi için erken dönemde güvenli bağlanmayla güçlendirilmiş bir duygu düzenleme kapasitesi olması gerekir. Bağlanma kuramı dışında da bağımlılığı duygu düzenleme zorluğu ya da yetersizliği olarak gören yaklaşımlar vardır (Cooper, 1998).

Duygu düzenleme ve bağlanma süreçlerine bakıldığında, kişinin alkolü kullanarak reddedilmeyi engellemeye çalıştığı ya da yakınlık kurmaktan kaçınarak alkolü güvenli sığınak olarak algıladığı düşünülebilir (Kurdek, 2002). Duygu düzenleme stratejilerinin etkin olup olmamasının güvenli / güvensiz bağlanma ile ilişkili olduğuna yönelik bulgular da mevcuttur. Main, Kaplan ve Cassidy yaptıkları çalışmalarda güvenli bağlanan anne çocuk çiftlerinde karşılıklı dikkatin otomatik olarak geçirgenlik gösterdiğini ve duyguların karşdakine doğrudan aktarılabildiğini görmüşlerdir. Güvensiz bağlanmada ise dikkat ve duygu sınırlandırılmış durumdadır (Thompson, 2002). Bu da ileriki dönemde duyguları aşırılaştırma ya da duygulardan kaçınmaya yol açar. Kaçınan bağlanan kişilerin duygularını reddettikleri, duygularını tartışmaktan kaçındıkları ve dikkatlerini başka şeylere yönelttikleri görülmüştür.

Güvensiz bağlanan ve yönelim bozukluğu gösteren yetişkinler ise ebeveyn olduklarında kontrolcü ve cezalandırıcı bir role bürünmekte, kendilerine bile zarar verici şekilde davranabilmektedir (Ceylan, 2003). Yapılan çalışmalar göstermektedir ki güvensiz bağlananlar duygu düzenlemede zorlanmakta ve duygularını ifade edemeyerek stresle başa çıkamamaktadır. Özetleyecek olursak güvenli ve güvensiz bağlanma arasındaki temel fark stres karşısında kullanılan duygu düzenleme stratejileridir.

Bir diğer bağlanma örüntüsü olan kaygılı – kararsız bağlanmada duygular inişli ve çıkışlı yaşanarak abartılı şekilde ifade edilirken kaçınan bağlanmada ise duygular bastırılır ve ifade etmekten kaçınılır. Aşırılaştırma ve duyguları ketleme, ikincil duygu düzenleme stratejileri olarak tanımlanır (Fletcher, 1991). Kişinin bu stratejilerden hangisine başvuracağı zihinsel modeline, kaygı ve kaçınma boyutlarına göre belirlenir.

Birey erken dönemde bakım veren tarafından tutarsız yanıtlara maruz bırakıldıysa duygularını aşırılaştırma eğilimi gösterirken, reddedilmeye maruz kalan bireyler savunmaya geçerek duygularını ketlemeyi tercih eder. Çünkü reddedilmeye maruz kalan bireyler geçmişte ihtiyaçlarına ve yardım isteklerine soğuk, mesafeli hatta öfkeli şekilde karşılık almışlardır. Zamanla isteklerini ve isteklerinin açığa çıkardığı duyguları bastırmayı, kendilerini ifade etmekten kaçınmayı öğrenirler (Eryılmaz, 2009). Duygularını kontrol etmede zorlanacaklarını düşünerek aşırı yakınlaşmalardan kaçınırlar ve destek aramaktan çekinirler. Böylece stresle karşılaştıklarında yakınlık aramak ya da destek istememek için kendilerine aşırı güven geliştirirler ve savunmayı seçerler (Kuloğlu, 2013).

Araştırmalara bakıldığında duyguları ketleme stratejisi kullanan, kaçınan bağlanma örüntüsüne sahip, yalnızlığı tercih eden kişilerin dışsallaştırma davranışı gösterdikleri ve alkol kötüye kullanımına daha yatkın oldukları görülmektedir (Sümer, 2006).

Yakınlık arama bir duygu düzenleme aracıken güvensiz bağlanan kişilerde işlevsel olmadığı anlaşılmaktadır. Telafi edici olarak da ketleyici / savunucu sistemlerin kullanılması kişiyi alkol bağımlılığına yatkın hale getirmektedir. Bu görüşü destekleyici bulgulara bakıldığında Pierrehumbert ve arkadaşlarının madde kullanım bozukluğuna sahip ergenler ve genç yetişkinler üzerinde yaptıkları çalışma önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmada, bağımlı olan kişilerin erken dönem yaşantılarında; uzun ayrılıklar, ebeveynin psikiyatrik hastalığının olması ya da kötü davranıma maruz kalma gibi bağlanma sürecini olumsuz etkileyen deneyimlerin mevcut olduğu görülmüştür (McCrary, 1999). Katılımcıların duygu düzenleme stratejileri esneklikten yoksundur. Bağımlı kişilerde bağlanma sisteminin işlevselliği diğer katılımcılara göre yetersiz düzeydeyken aşırılaştırma ve savunuculuk daha yaygındır ve kişiyi madde kullanımına yatkın hale getirmektedir. Alkol bağımlıları ile yürütülen bir çalışmada ise duyguları sözelleştirme ve iletme ile ilgili güçlükler olduğu görülmüştür (Özkorumak, 2006).

4.1. Bağımlılık Riski Olarak Güvensiz Bağlanma

Bağımlılık, bağlanma bozukluğu olarak tanımlanabilir (Ceylan, 2003). Bu görüşe uygun olarak güvensiz bağlanma ve madde kötüye kullanımı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu çok sayıda araştırma ile gösterilmiştir. Bağımlılığın hangi güvensiz bağlanma stiliyle daha çok ilişkili olduğu halen araştırılmaktadır. Hazan ve Shaver'ın çalışmaları alkol kötüye kullanım riskinin kaçınan bağlanma stilinde daha fazla olduğuna işaret etmektedir. Bu stilin kayıtsız kaçınan mı yoksa korkulu kaçınan mı olduğu konusu yeterince açık ve net olmasa da bağımlılığa ilişkin davranışların duygu düzenlemedeki zorluklarla ilişkili olduğu, stresle baş etme durumlarında daha fazla ortaya çıktığı kesindir. Savunucu stratejiyi kullanan kişiler alkol bağımlılığı ile bir anlamda başkalarından kaçma, duyguları bastırma gibi davranışlarını sembolize ederler. Aşırılaştırma stratejisini kullanan kişiler ise başkalarından onay alma, onları memnun etme, reddedilmeyi önleme veya yakınlığı sağlama aracı olarak bağımlılığa yönelirler (Yapıcı, 2006).

4.2. Bağlanma - Bağımlılık İlişkisini İnceleyen Araştırmalar

Bağlanma dinamiklerinin davranışsal sonuçlarıyla ilgili çok sayıda araştırma olmasına rağmen bağımlılık ile ilişkisini inceleyen araştırmalar görece sınırlıdır. Bu araştırmalarda bağlanma bazen bağımsız bazen de bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Yapılan çalışmalarda ergenler, alkol bağımlısı yetişkinler, bağımlılık tedavisi gören bireyler örneklem olarak kullanılmıştır. Boylamsal araştırmalar, alkol bağımlılığında güvensiz bağlanmanın gelişimsel yatkınlık faktörü olduğunu göstermektedir. Güvensiz bağlanma ile bağımlılık arasındaki ilişki ekonomik zorluk gibi çeşitli değişkenlerin kontrol edilmesiyle anlamlılığını korumuştur (Sertöz, 2004).

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

Schindler ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmalarda alkol bağımlıları arasında güvenli bağlanmanın çok az olduğu, korkulu kaçınan bağlanmanın ise yaygın olduğu görülmüştür. Korkulu kaçınan bağlanmaya sahip kişiler duygusal stresle baş etmek için psikoaktif madde kullanımına daha yatkındır. Bu çalışmalardan yola çıkarak bağımlılığın genel olarak güvensiz bağlanma ile ilişkili olduğu kesin şekilde ifade edilebilir (Sümer, 2006).

Araştırmalar, bağlanma ve bağımlılık ilişkisini incelerken madde kötüye kullanımını strese ya da duygulara tepki olarak ele almıştır. Negatif duygularla baş etme, duyguları sözelleştirme ve iletme zorluğu, beklentiler gibi dolaylı süreçler bu araştırmalarda ön plandadır (Coşkunol, 1996). Oysa ikincil duygu düzenleme stratejilerinin bağımlılıktaki rolü daha fazladır. Savunucu ya da aşırılaştırma stratejilerini kullanan kaygılı kaçınan bireyler için bağımlılık ikincil duygu düzenleme stratejilerini derinleştirir. Korkulu kaçınan bireyler için ise bağımlı olunan madde duygusal bir ikamete dönüşmektedir (Atiken, 1989). Yani korkulu kaçınan bağlananlar için bağımlılık temel bir duygu düzenleme mekanizması iken saplantılı ya da kayıtsız bağlananlar için bağımlılık; aşırılaştırma ve savunucu stratejilerin bir ürünü ve aynı zamanda bu stratejileri güçlendirme aracıdır (Turan, 1999).

Özetleyecek olursak bağlanma ve bağımlılık ilişkisini inceleyen araştırmalar oldukça sınırlı sayıdadır. Bağımlılığın güvensiz bağlanmayla ilişki olduğu bilinse de kapsamlı bir şekilde anlaşılması için kaygı ve kaçınma boyutları ile aşırılaştırma – savunucu stratejilerin bağımlılık üzerindeki etkilerinin incelenmesine ihtiyaç vardır.

5. KİŞİSEL İYİ OLUŞ

Psikoloji literatürüne bakıldığında mutluluğun iki türü olduğu görülür. İlki hazzı ve duyguları temel alan hedonik mutluluktur. İkinci türü ise konuşma dilinde mutlulukla eş anlamlı kullanılan öznel iyi oluştur. Öznel iyi oluş, kişinin kendi yaşamını değerlendirmesidir. Bu değerlendirme yaşam doyumu ile ilgili yargıları ve duygusal tepkileri içerir (Sezer, 2013).

Kişisel iyi oluş bilişsel ve duygusal öğelerden oluşsa da bu iki öğe birbirini tamamlayıcı nitelik taşımaktadır. Bu alanda anahtar kavram yaşam kalitesidir ve yaşam kalitesi, pozitif psikolojinin üzerinde en çok durduğu konulardan biridir. Konu toplumsal açıdan ele alınabileceği gibi bireysel olarak da ele alınabilir (Telef, 2013). Bu alanda önemli çalışmaları olan Robert A. Cummins, yaşam kalitesi üzerinde belirleyici etkisi bulunan sekiz alan belirlemiştir. Bu sekiz alan; yaşam koşulları (ekonomik refah vs.), bireyin yaşamdaki başarıları, sağlık, diğer insanlarla ilişkiler, güvende hissetme, yaşanan topluma ait hissetme, geleceğe güven ve manevi yaşam memnuniyetidir. Bireyin bu alanlarda iyi olması yaşam kalitesinin göstergesidir. Cummins, yaşam kalitesinin ölçümü için araştırmalarında da sıkça kullandığı Kişisel İyi Oluş İndeksini geliştirmiştir. Yaşam kalitesi ile ilgili bir diğer yaklaşım iyi oluş ya da iyilik halidir (Ögel, 1998). Bu görüşe göre bireyin iyi oluşu; fiziksel iyi oluş, psikolojik iyi oluş, sosyal iyi oluş, finansal iyi oluş, entelektüel iyi oluş, çevresel iyi oluş ve spiritüel iyi oluş ile bağlantılıdır (Tosun, 2000).

Anlatılan iki model ile benzer özelliklere sahip bir diğer yaklaşım ise Michael B. Frisch'te aittir. Frisch'in belirlediği yaşam kalitesi alanları; sağlık, amaçlar ve değerler, özsaygı, para, iş, öğrenme, yardım severlik, arkadaşlık, akrabalık, oyun, yaratıcılık, aşk, çocuklar, ev yaşamı ve toplumdur. Frisch ayrıca yaşam kalitesi ile ilgili bir terapi modeli geliştirmiş ve bu terapiyi Yaşam Kalitesi Terapisi olarak adlandırmıştır.

Bireyin yaşamından memnun olması ruh sağlığı açısından büyük öneme sahiptir (Hazan, 1987). İyi oluş düzeyi yüksek bireyler, diğer insanlarla iyi ilişkiler içindedir, günlük yaşamın stresiyle başa çıkabilir ve yaşam amaçları vardır. Ayrıca bu bireylerin özsaygıları da yüksektir ve kendilerini kabullenerek hayatın sorumluluğunu alabilirler. Kişisel iyi oluşun genetik bir tarafı olsa da öğrenme ile sonradan da kazanılabilir.

Yukarıda bahsedilen özerklik, özsaygı, yaşam amacı, kişilerarası ilişkiler ve stresle baş etme gibi özellikler büyük oranda öğrenme sonucu oluşur (Çalışır, 2009). Birleşmiş Milletler ülkelerin kişisel iyi oluşlarını belirlemeye yönelik bir araştırma yapmıştır ve araştırmanın sonuçlarına göre Türkiye 157 ülke arasında 78. sırada olup mutluluk puanı 10 üzerinden 5,3'tür. Kişisel iyi oluşu en yüksek ülkeler Danimarka, İsviçre, İzlanda, Norveç, Finlandiya, Kanada, Hollanda, Yeni Zelanda, Avustralya ve İsveç iken; en düşük ülkeler Madagaskar, Tanzanya, Liberya, Gine, Rwanda, Benin, Afganistan, Togo, Suriye ve Burundi'dir. Kişisel iyi oluşu yüksek ve düşük ülkeler arasında Türkiye orta sırada yer almaktadır.

6. MARMARA BÖLGESİ

Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinden biri olan Marmara Bölgesi, ülkenin kuzey batısında bulunmaktadır. Ülke yüzölçümünün %8,5'i ile altıncı büyük bölgedir. Alanı yaklaşık olarak 66.000 km²'dir. Aynı isimde bir iç denizi ve iki boğaz hattı bulunmakta olup Karadeniz'e kıyıları vardır. Bölgede Karadeniz iklimi, Akdeniz iklimi ve karasal iklim etkilidir. İki kıtayı birbirine bağlayarak hem Asya hem de Avrupa kıtasında olması açısından önemli bir yere sahiptir. Nüfus yoğunluğu Türkiye ortalamasının da üstündedir ve oldukça fazladır. Yükseltisi en az olan bölgedir (Kökçü, 2010). Güneyinde Samanlı Dağları, Trakya kesiminde Yıldız Dağları ve yine güneyinde Uludağ vardır. Marmara Bölgesi'nin en yüksek dağı 2543 metre olan Uludağ'dır. Trakya'da yer alan Ergene Havzası, Anadolu Yakası'ndaki Sakarya ve Bursa ovaları ile geniş düzlüklere sahiptir. Yer şekillerinin sade olması sayesinde ulaşım kolaydır. Tarım, ticaret, hayvancılık ve sanayi gelişmiş olup ulaşım, eğitim, sağlık gibi alanlarda da üst düzey hizmet vermektedir. Tatlı su kaynakları açısından ülke çapında önemi büyüktür. Ayrıca bölgede kış ve yaz turizmi de gelişmiştir (Kökçü, 2010).

Marmara Bölgesi; Yıldız Dağları Bölümü, Ergene Bölümü, Çatalca – Kocaeli Bölümü ve Güney Marmara Bölümü olmak üzere kendi içerisinde 4 coğrafi bölgeye ayrılır. Bu bölümler doğal etkenler (konum, yeryüzü şekilleri, iklim ve bitki örtüsü), beşeri etkenler (nüfus, yerleşme), ve ekonomik etkenlere (tarım, hayvancılık, sanayi, madencilik, ticaret, hizmet, turizm) göre belirlenmiştir (Kökçü, 2010).

6.1. Batı Marmara Bölgesi'nde Alkol Kullanımı

Batı Marmara olarak da bilinin Ergene Bölümü Tekirdağ ve Edirne illerini içermekte olup Yunanistan ile sınırdır. Bölge, üst tarafında Kapıkule'yi, alt tarafında Işıklar Dağı'nı ve Saroz Körfezi'ni de içine alan bir hat çizmektedir. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 81 ilde yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasında; 20.500 aile hekimine bağlı 18 bin 477 kişi incelenmiş ve Türkiye'de alkol kullanımı dünya ortalamasından az olsa da risk oluşturacak boyutta bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %87'si hiç alkol kullanmadığını belirtirken %8'i ayda bir ya da daha az, %3'ü ayda 2 – 4 kez, %2'si ise daha sık alkol aldığını belirtmiştir. Bu çalışmaya göre erkeklerin %23'ü, kadınların ise %4'ü alkol kullanmaktadır. Alkol kullanan erkeklerin %14'ü ayda bir ya da daha az, %5'i haftada 2 – 3 kez ve üzeri alkol alırken; kadınların %3'ü ayda bir ya da daha az sıklıkta alkol almaktadır. Alkol kullanımı kadın ve erkeklerde 35 – 44 yaş aralığında yoğunlaşmaktadır (Tosun, 2000). Bölgelere göre alkol kullanımına bakıldığında en yüksek alkol kullanımı %20 ile Batı Marmara bölgesindedir. Ege bölgesi ile İstanbul sırasıyla %18,8 ve %17,6'lık oranlarla seyretmektedir. En düşük alkol kullanımı ise %4,7 ile Güneydoğu Anadolu ve %5,5 ile Ortadoğu Anadolu bölgesindedir.

7. YÖNTEM

7.1. Evren

Türkiye Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Haritası (TBRSH) örneklem büyüklüğü ve tasarımı ile Türkiye geneli ve dokuz demografik bölge (Akdeniz, Ege, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Doğu Anadolu, İç Anadolu, Batı Marmara, Doğu Marmara) için analiz yapmaya imkân veren bir projedir. TBRSH'nin örneklem seçiminde ağırlıklı olarak tabakalı küme örnekleme yaklaşımı kullanılmıştır. Nüfus yoğunluğunun fazla olduğu bölgelerden daha fazla örneklem seçilmiştir. Her bölgeden en az 200 en çok 2000 kişi dâhil edilmiş ve çalışma için toplam 24990 kişiyle görüşülmüştür.

Belirlenen kriterler; 18 yaşının üstünde olma, gönüllü olma ve anketlerin doldurulmasına engel herhangi bir problemin olmamasıdır. Bu kriterleri karşılayan 24456 kişinin analizlerinin yapılması uygun görülmüştür.

7.2. Örneklem

TBRSH çalışmasına dâhil 9 bölge arasında olan Batı Marmara Bölgesinde yaşayan 2900 kişi çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Toplam örneklemin %48,2'si kadın, %51,8'i erkektir. Eğitim seviyesi bakımından örneklemin %5,7'si yüksek lisans, %49,6'sı üniversite, %27,1'i lise, %7,8'i ortaokul, %8,1'i ilkokul mezunudur. %1,3'ü ise okuma yazma bilmekte ancak herhangi bir mezuniyeti olmamaktadır. %0,4 okuma yazma bilmemektedir. Kadınların yaş ortalaması 33,6 iken erkeklerin yaş ortalaması 34,7'dir.

7.3. Prosedür

TBRSH'nin alan çalışmasında 125 tez öğrencisi görev almıştır. Her öğrenci bulunduğu veya ulaşabileceği bölgelerde yaşayan kişilerle çalışmıştır. Öğrenciler 9 alt bölge temsilcisiyle; alt bölge temsilcileri de 4 büyük bölge temsilcisiyle koordinasyon kurmuştur. Tüm çalışanlar bir üst bölge temsilcisine ve öğretim üyelerine karşı sorumlu olarak görev almıştır.

Araştırmadaki katılımcılar okullar, belediye binaları, özel şirketler gibi çeşitli çalışma alanları ve muhtarlık, ortak kamu alanları, kurslar, yardım dernekleri gibi alanlardan seçilmiştir. Potansiyel katılımcılara araştırmanın tanıtılmasının akabinde araştırma amacının açıklanması ile katılımda bulunmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. 18 yaş ve üzerinde olan bireyler çalışmaya dâhil edilmiştir. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formunun imzalanmasının ardından katılımcılara içerisinde veri toplama araçlarının bulunduğu kitapçık haline getirilmiş anketler teslim edilmiştir. Gönüllüler anketleri bireysel olarak doldurup araştırmacıya teslim etmişlerdir. Ölçeklerle ilgili yönergeler hem sözel olarak hem de yazılı olarak verilmiştir. Uygulama esnasında yardım isteyen gönüllülerin soruları yanıtlanmıştır. Anketlerin doldurulması ortalama 45 dakika sürmüştür. Uygulamanın uzun sürmesi ve katılımcıların yoğun çalışma ortamlarında cevaplandırmaya zaman ayırmalarından dolayı ölçeklerin doldurulması için herhangi bir zaman sınırlaması getirilmemiştir. Katılımcılar uygulamanın ardından bilgilendirilmişlerdir ve ileride araştırmaya dair akıllarında oluşabilecek sorular için ulaşabilmeleri amacıyla araştırmacının ad soyad, e-mail adresi gibi bilgileri paylaşılmıştır. Çalışmanın etik kurul onayı Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'dan alınmıştır. Ekipler Temmuz 2018 tarihinde saha görevine başlamıştır. Verilerin toplanması ve veri girişleri Ekim 2018 tarihinde tamamlanmıştır. Tüm verilerin girişleri daha önceden hazırlanmış ve dağıtılmış Excel şablonlarına yapılmıştır. Şablona girilen veriler sorumlu öğretim üyesine gönderilmiştir. Bütün verilerden tek bir veri havuzu oluşturulmuş ve SPSS₂₁ programına yüklenmiştir. Eksik ve hatalı verilerin çıkartılmasıyla düzenlenerek 24456 kişinin verileri analize tabii tutulmuştur.

7.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, istenilen verilerin toplanmasında demografik bilgilere ilişkin soruların olduğu araştırmacı tarafından hazırlanmış Sosyodemografik Bilgi Formu; Kişisel İyi Oluş İndeksi Yetişkin Türkçe Formu ve YIYE 2 ölçekleri kullanılmıştır. Bütün katılımcılar; kendilerine verilen kitapçığın ilk sayfasında yer alan, gönüllülük esasına göre çalışmaya katıldıklarını beyan ettikleri bir onam formu imzalamışlardır. Katılımcıların imzaladıkları onam formunda çalışmanın kısaca açıklanmış amacına yer verilmiş ve katılımcıların ölçek/anketleri cevaplamaları istenmiştir.

7.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, boy, kilo, eğitim, medeni durum, cinsiyet, çocuk sayısı, hanede yaşayan kişi sayısı, çalışan sayısı, sigara – alkol – madde kullanım özellikleri, psikiyatri tedavisi başvuru öyküleri, engel durumu ve silah bulundurma sorularını içermektedir.

- Medeni Durum: Evli / Bekâr / Ayrılmış
- Eğitim Durumu: Okur Yazar Olmama / Okur Yazar Olma / İlkokul Mezunu / Ortaokul Mezunu / Lise Mezunu / Üniversite Mezunu / Lisansüstü
- Çocuk Sayısı: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 ve Daha Fazla
- Hanede Yaşayan Kişi Sayısı: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 ve Daha Fazla
- Çalışan Sayısı: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 ve Daha Fazla
- Sigara Kullanımı: Evet / Hayır / Bıraktım
- Sigara Adedi: 0 – 10 Tek / 11 – 20 Tek / 21 – 40 Tek / 41’den Fazla
- Sigara Kullanma Süresi: 0 – 5 Yıl / 6 – 10 Yıl / 11 – 15 Yıl / 16 – 20 Yıl / 21 Yıldan Fazla
- Alkol Kullanımı: Evet / Hayır / Bıraktım
- Alkol Kullanım Sıklığı: Ayda 1 – 2 / Haftada 1 – 2 / Hemen Hemen Her Gün
- Madde Geçmişi: Esrar / Bali / Tiner / Morfin / Kokain / Meta Amfetamin / Bonzai / Eroin / Ekstazi
- Psikiyatrik Tedavi: Daha Önce Gitmiştim / Halen Tedavi Görüyorum / Hayır Gitmedim
- Silah Bulundurma: Silahım Yok / Ruhsatlı Silahım Var / Ruhsatsız Silahım Var
- Alet Bulundurma: Ateşli Silah / Çakı – Bıçak / Biber Gazı / Elektrikli – Pilli Bir Cihaz / Kesici – Delici Alet / Hiçbiri
- Engel Durumu: Görme Engelli / İşitme Engelli / Zihinsel Engelli / Ortopedik Engelli / Kronik Hasta / Herhangi Bir Engelim Yok

7.4.2. Kişisel İyi Oluş İndeksi Yetişkin Türkçe Formu

Kişisel İyi Oluş İndeksi (KİO) - Yetişkin Formu (Telef, 2013), öznel iyi oluşu; bireylerin 8 yaşam alanı ile memnuniyet düzeyleri üzerinden ölçmeyi hedefleyen tematik ve 11'i likert tipi (0-10) bir ölçme aracıdır.

KİO formunun ölçümlendiği yaşam alanları; yaşam standardı, kişisel sağlık, yaşamda başarı, kişisel ilişkiler, kişisel güvenlik, toplumsal bağ, gelecekte emin olma ve maneviyat olarak sıralanır.

İç tutarlık katsayısının 0.86 olarak hesaplandığı ölçeğe, madde-toplam korelasyonlarının yeterli düzeyde temsil gücüne sahip olduğu ve ölçüt bağıntılı geçerliliğin sağlandığı gözlenmiştir. İlgili sonuçlara göre KİO formunun, Türkiye’de pozitif psikoloji ve yaşam kalitesi çalışmaları kapsamında kişisel iyi oluşu ölçebilecek yeterlikte olduğu söylenebilir.

7.4.3. YIYE II

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YIYE), kaygılı ve kaçınan bağlanma özelliklerini ölçen bağlanma ölçeğidir. Yetişkin bağlanma boyutlarını ölçmek için Fraley ve diğerleri tarafından 2000 yılında geliştirilen ölçeğin Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında yapılmıştır. Ölçeğe 18’i kaygı, 18’i kaçınma alt boyutlarını ölçen yedili likert tipinde toplam 36 madde vardır (Kırimer, 2014).

Her bir alt boyuttan alınan puan arttıkça kaçınmacı bağlanma ya da bağlanma kaygısının arttığı söylenmektedir. Kaçınma alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı .90 iken, kaygı alt boyunun Cronbach alfa katsayısı .86’dır. Ölçeğin kaçınma ve kaygı boyutlarına ilişkin test-tekrar test güvenilirliği katsayıları ise sırasıyla .81 ve .82 bulunmuştur (Sümer, 2006).

Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri-II sadece belli bir tür ilişki alanında (örneğin, romantik) değil farklı ilişki alanlarında da kullanılmaya uygun şekilde tasarlanmıştır (Shaver, 2012). Bu sayede ölçek, romantik ilişkilerdeki ve arkadaşlık ilişkilerindeki kaygı ve kaçınma boyutlarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır (Kırimer, 2014).

7.5. Analiz

Çalışmanın verileri SPSS₂₁ kullanılarak analize tabi tutulmuştur. Alkol kullanımı; alkol kullanımının hiç olmaması, ayda bir kez kullanım olması, haftada bir kez kullanım olması ve hemen hemen her gün kullanım olması şeklinde dört gruba ayrılmıştır. 3 veya daha fazla grubun arasındaki farkın analizi için Tukey Tek Yönlü ANOVA Analizi kullanılmıştır.

Alkol bağımlılığı özelliğine etki edebileceği düşünülen eğitim, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, yaş değişkenleri ve çalışmada kullanılan Kişisel İyi Oluş ile YIYE 2 ölçeklerinin ilişki büyüklüklerini tahmin edebilmek için Lineer Regresyon yapılmıştır. Bağımsız değişkenler ile ölçeklerden alınan toplam ve alt ölçek puanları modele dâhil edilmiştir. P değeri 0,05'in altında olan değerler, bağımsız risk faktörü olarak kabul edilmiştir.

8. BULGULAR

Bu bölümde katılımcılardan toplanan verilerin istatistiksel analizlerinin sonuçları sunulmuştur. Sonuçlar sosyodemografik bilgilere dair tanımlayıcı verilerle başlamakta ve alkol bağımlılığında bireylerin bağlanma boyutları ile kişisel iyi oluşları arasındaki ilişkinin regresyon analizi verileri ile devam etmektedir. Son olarak ise alkol bağımlılığında bireylerin bağlanma boyutları ile kişisel iyi oluşları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılarak incelenmiştir.

Tablo 1: Demografik Bilgilerden Cinsiyet, Medeni Durum ve Eğitim Düzeylerine Dair Tanımlayıcı Bulgular

Bireysel Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	1397	48.2
Erkek	1503	51.8
Toplam	2900	100
Medeni Durum		
Evli	1372	47.3
Bekâr	1359	46.9
Diğer	169	5.8
Toplam	2900	100
Eğitim Düzeyi		
Okur Yazar Değil	4	0.4
Okur Yazar	38	1.3
İlkokul	235	8.1
Ortaokul	230	7.8

Lise	785	27.1
Üniversite	1442	49.6
Yüksek Lisans	166	5.7
Toplam	2900	100

Tablo 1’de katılımcılara ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir.

2900 katılımcının %48,2’sinin (n=1397) kadınlardan ve %51,8’inin (n=1503) erkeklerden oluştuğu görülmüştür. Katılımcıların %47,3’ünün (n=1372) evli olduğu, %46,9’unun (n=1359) bekâr olduğu ve %5,8’inin (n=169) ise eşinden ayrılmış olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca katılımcılar eğitim düzeylerine göre incelendiğinde %0,4’ünün (n=4) okuryazar olmadığı, %1,3’ünün (n=38) sadece okuryazar olduğu, %8,1’inin (n=235) ilkökul mezunu, %7,8’inin (n=230) ortaokul mezunu, %27,1’inin (n=785) lise mezunu, %49,6’sının (n=1442) üniversite mezunu ve %5,7’sinin (n=176) ise yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür.

Tablo 2: Demografik Bilgilerden Yaş Verilerine Dair Tanımlayıcı Bulgular

Bireysel Özellikler	N	%
Yaş		
18-23	619	21.4
24-29	683	23.5
30-38	618	21.3
39>	980	33.8
Toplam	2900	100

Tablo 2’de katılımcıların yaş verilerine ait tanımlayıcı bulgularının yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir.

Katılımcıların yaş grupları verilerine göre %21,4’ünün (n=619) 18-23 yaş arası olduğu, %23,5’inin (n=683) 24-29 yaş arası olduğu, %21,3’ünün (n=618) 30-38 yaş arası olduğu ve %33,8’inin (n=980) ise 39 yaşından büyük olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaş ortalaması 33,6 (SS=11,6), erkeklerin yaş ortalaması ise 34,7 (SS=12,2) olarak saptanmıştır.

Tablo 3: Demografik Bilgilerden Çocuk Sayısı, Hanede Yaşayan Kişi Sayısı ve Hanede Çalışan Sayılarına Dair Tanımlayıcı Bulgular

Bireysel Özellikler	N	%
Çocuk Sayısı		
0	1573	54.3
1	540	18.6
2 ve 3	739	25.5
4>	48	1.6
Toplam	2900	100
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı		
0	35	1.3
1	232	8
2	558	19.3
3	810	27.9
4	843	29.0
5>	422	14.5
Toplam	2900	100

Hanede Çalışan Kişi Sayısı		
0	170	5.8
1	1039	35.8
2	1301	44.8
3	297	10.4
4	72	2.5
5>	21	0.7
Toplam	2900	100

Tablo 3’te katılımcılara ait demografik bilgilerin çocuk sayısı, hanede yaşayan kişi sayısı ve hanede çalışan kişi sayısı değişkenlerine göre dağılımı görülmektedir.

Katılımcıların çocuk sayısı değişkenlerine bakıldığında, %54,3’ünün (n=1573) çocuk sahibi olmadığı, %18,6’sının (n=540) tek çocuk sahibi olduğu, %25,5’inin (n=739) iki ve üç çocuklu olduğu ve %1,6’sının (n=48) ise dörtten fazla çocuğa sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların bulundukları bölgede hanede yaşayan kişi sayılarına ait veriler incelendiğinde, %1,3’ünün (n=35) bulunduğu hanede kendisinden başka yaşayanın olmadığı, %8,0’ının (n=232) hanesinde kendisiyle birlikte bir kişinin daha yaşadığı, %19,3’ünün (n=558) hanesinde kendisiyle birlikte iki kişinin yaşadığı, %27,9’unun (n=810) hanesinde kendisiyle birlikte üç kişinin yaşadığı, %29,0’ının (n=843) hanesinde kendisiyle birlikte dört kişinin yaşadığı ve %14,5’inin (n=422) hanesinde ise kendisiyle birlikte beşten fazla kişinin yaşadığı görülmüştür.

Çalışmaya alınan katılımcıların hanelerindeki çalışan kişi sayıları incelendiğinde, %5,8’inin (n=170) hanesinde çalışan kişi sayısının bulunmadığı, %35,8’inin (n=1039) hanesinde çalışan kişi sayısının bir olduğu, %44,8’inin (n=1301) hanesinde iki çalışanın bulunduğu, %10,4’ünün (n=297) hanesinde çalışan kişi sayısının üç olduğu, %2,5’inin (n=72) hanesinde çalışan sayısının dört olduğu ve %0,7’sinin (n=21) ise hanesinde beşten fazla çalışan kişi sayısı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Alkol Kullanım Durumu ve Alkol Kullanım Sıklıklarına Dair Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 4’te katılımcıların alkol kullanım durumu ve alkol kullanım sıklıklarına dair tanımlayıcı bulgular yer almaktadır. Katılımcıların alkol kullanım durumlarına ait veriler incelendiğinde, %42,7’si (n=1238) alkol aldığını, %52,8’i (n=1531) alkol almadığını ve

Bireysel Özellikler	N	%
Alkol Kullanım Durumu		
Evet	1238	42.7
Hayır	1531	52.8
Bırakmış	131	4.5
Toplam	2900	100
Alkol Kullanım Sıklığı		
Ayda 1-2	711	24.5
Haftada 1-2	392	13.5
Hemen Hemen Her gün	142	4.8
Belirtmemiş	1655	57.1
Toplam	2900	100

%4,5’i (n=131) ise alkolü bıraktığını bildirmiştir.

Katılımcılardan alkol kullananların alkol kullanım sıklığına dair veriler incelendiğinde, %24,5’inin (n=711) ayda 1-2 defa alkol kullandığı, %13,5’inin (n=392) haftada 1-2 defa alkol kullandığı, %4,8’inin (n=142) ise hemen hemen her gün alkol kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların 57,1’i (n=1655) alkol kullanım sıklığını belirtmemiştir.

Tablo 5: Alkol Bağımlılığı İle Bağlanma Boyutları ve Bazı Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Demografik Özellikler		Alkol Kullanım Sıklığı
Cinsiyet	T	-11.537
	P	<0.001
Eğitim Düzeyi	t	6.096
	p	<0.001
Medeni Durum	T	3.035
	P	0.002
Çocuk Sayısı	T	-5.361
	P	<0.001
Yaş	T	1.557
	P	0.120
Bağlanma Boyutları		Alkol Kullanım Sıklığı
Kaçınma	T	-2.544
	P	0.011
Kaygı	T	4.413
	P	<0.001

Tablo 5’te katılımcıların alkol bağımlılığı ile bazı demografik özellikler ve bağlanma boyutları arasındaki ilişki regresyon analizi sonuçları ile gösterilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre erkek cinsiyetten olma ile izlenen alkol kullanım sıklığındaki artış istatistikçe anlamlı düzeydedir ($t=-11.537$, $p<0.001$).

Eğitim düzeyi ile alkol bağımlılığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($B=0.097$). Katılımcıların eğitim düzeylerinin artması ile izlenen alkol kullanım sıklığındaki artış istatistikçe anlamlı düzeydedir ($t=6.096$, $p<0.001$). Medeni durumda bekâr bireylerin sayısının artması ile izlenen alkol kullanım sıklığındaki artış istatistikçe anlamlı düzeydedir ($t=3.035$, $p=0.002$).

Bireylerin sahip olduğu çocuk sayısı ile alkol bağımlılığı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($B=-0.115$). Çocuk sayısının azalması ile izlenen alkol kullanım sıklığındaki artış istatistiki olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($t=-5.361$, $p<0.001$). Yaş değişkeni ile alkol bağımlılığı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=1.557$, $p=0.120$). Tablo 5’te görüldüğü gibi çalışmaya katılan bireylerin kaçınan bağlanma düzeyleri ile alkol kullanım sıklığı arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($t=-2.544$, $p=0.011$).

Çalışmaya katılan bireylerin bağlanma kaygı düzeyleri ile alkol kullanım sıklığı arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($t=4.413$, $p<0.001$).

Tablo 6: Alkol Kullanım Sıklığı ile Bazı Demografik Özellikler ve Kişisel İyi Oluş Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Demografik Özellikler		Alkol Kullanım Sıklığı
Cinsiyet	t	-11.263
	p	<0.001
Eğitim Düzeyi	t	6.727
	p	<0.001
Medeni Durum	t	2.751
	p	0.006
Çocuk Sayısı	t	-5.287
	p	<0.001
Yaş	t	1.649
	p	0.142
Kişisel İyi Oluş Ölçeği		Alkol Kullanım Sıklığı
Kişisel İyi Oluş (Total)	t	-3.925
	p	<0.001

Tablo 6’da alkol kullanım sıklığının bazı demografik özellikler ve kişisel iyi oluş ölçeği toplam puanı ile ilişkisinin regresyon analizi sonuçları verilmiştir.

Bu analize göre erkek cinsiyetten olma ile izlenen alkol kullanım sıklığındaki artış istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir ($t=-11.263$, $p<0.001$).

Eğitim düzeyi ile alkol kullanım sıklığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($B=0.107$). Katılımcıların eğitim düzeylerinin artması ile izlenen alkol kullanım sıklığındaki artış istatistikçe anlamlı düzeydedir ($t=6.727$, $p<0.001$).

Medeni durumda bekâr bireylerin sayısının artması ile izlenen alkol kullanım sıklığındaki artış istatistiki olarak anlamlı düzeydedir ($t=2.751$, $p=0.006$).

Bireylerin sahip olduğu çocuk sayısı ile alkol bağımlılığı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($B=-0.114$). Çocuk sayısının azalması ile izlenen alkol kullanım sıklığındaki artış istatistiki olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($t=-5.287$, $p<0.001$).

Yaş değişkeni ile alkol bağımlılığı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=1.649$, $p=0.142$).

Katılımcıların kişisel iyi oluş ölçeğinden aldıkları toplam puan ile alkol kullanım sıklığı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($t=-3.925$, $p<0.001$).

Tablo 7: Kişisel İyi Oluş ve Bağlanma Boyutları ile Alkol Kullanım Sıklığı Arasındaki İlişkinin Tek Yönlü Varyans Analizi İle İncelenmesi

Bağlanma Kaçınan						
Alkol Kullanım Sıklığı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
Kullanmıyorum*	1650	3,38	1,02	2.083	0.100	
Ayda 1-2**	710	3,29	1,07			
Haftada 1-2***	392	3,28	0,97			
Hemen Hemen Her Gün****	142	3,41	0,92			
Bağlanma Kaygı						
Alkol Kullanım Sıklığı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
Kullanmıyorum*	1650	3,27	0,95	6.510	<0.001	1-4

Ayda 1-2**	710	3,33	1,01			2-4
Haftada 1-2***	392	3,40	0,97			
Hemen Hemen Her Gün****	142	3,62	1,01			
Kişisel İyi Oluş Ölçeği						
Alkol Kullanım Sıklığı	N	X	SS	F	p	Anlamlı Fark
Kullanmıyorum*	1652	51,29	16,41			
Ayda 1-2**	711	50,73	14,71	5.507	0.001	1-4
Haftada 1-2***	392	49,59	15,48			2-4
Hemen Hemen Her Gün****	142	46,02	16,32			

(*1,2**,3***,4****)

Tablo 7’de çalışmaya katılan bireylerin alkol kullanım sıklıkları ile kaçınan bağlanma düzeyleri arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında alkol kullanım sıklığı ile kaçınan bağlanma düzeyleri arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($F_{(3,289)}=2.083$ $p=0.100$) (Tablo 7).

Çalışmaya katılan bireylerin alkol kullanım sıklıkları ile bağlanma kaygı düzeyleri arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analizi sonuçlarında alkol kullanım sıklığı ile bağlanma kaygı düzeyleri arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık görülmüştür ($F_{(3,289)}=6.510$ $p<0.001$) (Tablo 7). Farklılığın kaynağını test etmek için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır.

Tukey testi sonuçlarına göre alkol kullanmayanlar ile hemen hemen her gün alkol kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 7). Ayrıca ayda 1-2 kez alkol kullananlar ile hemen hemen her gün alkol kullananlar arasında da istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.008$) (Tablo 7).

Katılımcıların kişisel iyi oluş ölçeği toplam puanı ile alkol kullanım sıklığı arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F_{(3,289)}=5.520$ $p=0.001$). Farklılığın kaynağını test etmek için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre alkol kullanmayanlar ile hemen hemen her gün alkol kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001$) (Tablo 7). Ayrıca ayda 1-2 kez alkol kullananlar ile hemen hemen her gün alkol kullananlar arasında da istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.007$) (Tablo 7).



9. TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Batı Marmara Bölgesi'nde alkol kullanan bireylerin bağlanma ve kişisel iyi oluşları arasındaki ilişki incelenmiş ve anketler sonucu elde edilen veriler sunulmuştur. Bağımlılık sürecinin gelişimi bağlanma kuramı çerçevesinde ele alınmıştır. Araştırmanın genelinde katılımcılar cinsiyet değişkenine göre 3000 kişisi kadın (%50,0), 3000 kişisi (%50,0) erkek olarak dağılım göstermektedir (Tablo 1). Çalışmamızdan çıkan bulgulara göre cinsiyet ile alkol bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki görülmüş ve erkeklerin alkol bağımlılıklarının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Araştırma genelinde katılımcılar medeni durum değişkenine göre %45'i evli, %51'i bekâr ve %4'ü ise eşinden ayrılmış kişiler olarak dağılmaktadır (Tablo 1). Elde edilen bulgulara göre, medeni durumu bekâr olan bireylerin alkol bağımlılığında artış gözlemlenmiştir (Tablo 4). Ayrıca alkol bağımlılığı olmayanlar ile hafta 1-2 defa alkol kullananlar ve hemen hemen her gün kullananlar arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur. Katılımcılar eğitim düzeylerine göre incelendiğinde %0,4'ünün okuryazar olmadığı, %1,3'ünün sadece okuryazar olduğu, %8,1'inin ilkokul mezunu, %7,8'sinin ortaokul mezunu, %27,1'inin lise mezunu, %49,6'sının üniversite mezunu ve %5,7'sinin ise yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça alkol kullanım miktarının arttığı saptanmıştır. Elde edilen bir diğer bulguya göre çocuk sayısının azalması ile alkol kullanım sıklığı artmaktadır. Alkol kullanımı bağlanma özellikleri açısından incelendiğinde kaçınan bağlanma ve alkol bağımlılığı arasında negatif yönlü bir ilişki görülürken kaygılı bağlanma ve alkol kullanımının pozitif yönde ilişki gösterdiği bulunmuştur. Kişisel iyi oluşun azalması ise alkol kullanımını arttırmaktadır.

Özetleyecek olursak bağımlılık temelde bir bağlanma bozukluğudur. Çocuk ve bakım veren arasındaki ilişkinin kalitesine bağlı olarak gelişen güvenli bağlanma, bağımlılık açısından koruyucu bir faktör olarak karşımıza çıkarken; güvensiz bağlanma, bağımlılık riskini arttıran bir faktördür (Shaver, 2012) Güvensiz bağlanan kişiler depresyon, yalnızlık, anksiyete ve psikosomatizasyon açısından risk altındadır ve bu kişilerin iyi oluş düzeyleri düşüktür. Bu da bireyi alkol kullanımına yatkın hale getirmektedir.

İyi oluşun alt boyutlarından biri olan diğerleriyle olumlu ilişkiler kurma alanında yetersiz olan bireyler, güvenme ve yakınlık kurma konusunda zorluk yaşayarak izole bir yaşam sürerler. Böylece güvensiz bağlanma güçlenir, kişisel iyi oluş azalır ve alkol kullanımı artar. Kişilerin davranışlarının uyumlu olmasını sağlayan duygu düzenleme, güvensiz bağlanan kişilerde kendisini aşırılaştırma ve savunucu stratejiler ile gösterir. Bağımlılık da bu sürecin bir sonucu ve aynı zamanda bireyin uyum sağlamak için başvurduğu bir mekanizmadır. Bu kişilerde bağımlılık, başkalarından kaçma ve duyguları bastırma işlevi görür. Kişi kısır döngüye girer ve bağımlılık giderek kötüleşir (Sümer, 2015). Güvensiz bağlanmanın bağımlılık açısından risk faktörü olduğu bilinse de hangi güvensiz bağlanma stiline daha riskli olduğu konusunda tartışmalar mevcuttur. Bazı araştırmalar alkol bağımlılığı ile kaygılı bağlanma arasında bir ilişki olduğunu gösterirken; Mickelson, Shaver ve Kessler'in gibi kaçınan bağlanmanın diğer güvensiz bağlanma stillerine oranla bağımlılıkta daha etkili olduğunu savunanlar da mevcuttur (Özkorumak, 2006).

Bağlanma ve bağımlılık çalışılırken ele alınan duygularla başa çıkma, duyguları sözcikleştirme, duygu düzenleme gibi faktörlerin dışında bağlanma sistemi dengeli çalışmadığında ortaya çıkan ikincil duygu düzenleme stratejileri de incelenmelidir (Tamar, 1998). Ayrıca bağımlılık yaşantısının kişideki bağlanma örüntüsünü güvensiz hale getirme olasılığı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmanın şehir merkezlerinde yapılmış olması nedeniyle eğitim düzeyi ortalamadan yüksek çıkmıştır. Ayrıca bazı yaş gruplarının sınırlı temsil edilmesi, çalışmaya katılan kişilerin çoğunlukla genç nüfustan olması, ölçeklerin öz bildirime dayalı doldurulması çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırmayla ilgili bir diğer sınırlılık alkol kullanımı ve kişisel iyi oluş arasındaki ilişki ile ilgilidir.

Düşük düzeydeki kişisel iyi oluşun alkol kullanımını arttırdığı ve güvensiz bağlanma ile kişisel iyi oluşun düşüklüğü arasında anlamlı bir ilişki olduğu bilinmesine rağmen bu konudaki araştırmalar yeterli sayıda değildir ve daha fazla incelemeye ihtiyaç duyulmaktadır.

Bağımlı bireylerdeki güvensiz bağlanma stillerinin terapötik olarak çalışılarak kazanılmış güvenli bağlanmaya dönüştürülebileceği unutulmamalıdır.

Kişiler arası ilişkilerin çalışılması ve güvenli bağlanmanın kazandırılmasıyla bireyler duygularını daha iyi anlayabilir, duygularıyla başa çıkabilir hale gelir ve bu da bağımlılık müdahale programları için oldukça önemli bir kazanımdır. Alkol kullanımının yüksek olduğu ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalar ve yardımlar arttırılmalıdır.



KAYNAKÇA

- Akyardar, Y. T. (1997). CAGE ile Riskli Alkol Kullanımının Taranması. 33. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı*. Antalya.
- Allen, J. M. (1995). Self-Report Screening Test For Alcohol Problems In Primary Care. *Arch Intern Med*, 155: 1726-1730.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *DSM V*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Atiken, P. (1989). Alcohol Advertising In Developing Countries. *Br J Addict*, 84: 1443-1445.
- Ceylan, E. T. (2003). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri* (s. 1-50). içinde İstanbul.
- Cloninger, C. B. (1981). Inheritance Of Alcohol Abuse. *Arch Of Gen Psychiatry*, 861-868.
- Cooper, L. (1998). Atteachment Styles And Emotion Regulation. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 1380-1397.
- Coşkunol, H. Ç. (1996). *Alkol Kullanım Bozuklukları ve Tedavisi*. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları.
- Çakmak, D. E. (2002). Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testinin Geçerliği ve Güvenilirliği. *Türkiye'de Psikiyatri*, 107-112.
- Çalışır, M. (2009). Yetişkin Bağlanma Kuramı Ve Duygulanım Düzenleme Stratejilerinin Depresyonla İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 240-255.
- Eryılmaz, A. (2009). Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 975-989.
- Fletcher, G. H. (1991). Attachment Styles And Relationship Satisfaction In The Development Of Close Relationships. *New Zealand Journal Of Psychology*, 56-62.
- Hazan, C. S. (1987). Romantic Love Conceptualized As An Attachment. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 511-524.

- Kesebir, S. Ö. (2011). Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. *Bağlanma Ve Psikopatoloji*, 321-342.
- Kırimer, F. S. (2014). Orta Çocuklukta Anneye Kaygılı Ve Kaçınan Bağlanma: Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri II, Orta Çocukluk Dönemi Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Türk Psikoloji Yazıları*, s. 45-57.
- Kökçü, F. K. (2010). İki Uçlu Olgular ve Çocuklarında Bağlanma Biçiminin Mizaç, Kişilik ve Klinik Özellikler İle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 309-318.
- Kuloğlu. (2013). Multipl Skleroz Hastalarında Mizaç Karakter Özellikleri ve Aleksitimi Düzeyi. *Nöropsikiyatri Arşivi* (s. 50: 34-39). içinde
- Kurdek, L. (2002). On Being Insecure About The Assesment Of Attachment Styles. *Journal Of Social And Personal Relationships*, 811-834.
- McCrady, S. E. (1999). *Addictions, A Comprehensive Guidebook*. Newyork: Oxford University Press.
- Meyer, B. P. (2001). Attachment Styles Personality Disorders And Predictors Of Symptom Course. *Journal Of Personality Disorders*, 371-389.
- Mikulincer, M. S. (2007). *Attachment Patterns In Adulthood Structure Dynamics And Change*. Newyork: Guilford Press.
- Miller, J. H. (1995). Perceptions Of The Child In Context. *Culture And Attachment*. içinde Newyork: Guilford Press.
- Ögel, K. (2010). Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K. T. (1998). *Hekimler İçin Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları El Kitabı* . İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.
- Öncü, F. Ö. (2001). Alkol Kültürü-1: Tarihsel Süreç ve Meyhane Kültürü. *Bağımlılık Dergisi*, 133-138.
- Özkorumak, E. G. (2006). *Klinik Psikiyatri*.

- Sertöz, Ö. C. (2004). EÜTF Psikiyatri Ana Bilim Dalı Bağımlılık Tedavi Biriminin Hasta Verilerinin On Yıllık Geriye Dönük Olarak İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 115-120.
- Sezer, F. (2013). Psikolojik İyi Olma Durumu Üzerinde Etkili Faktörler. *Journal Of New World Sciences Academy*.
- Shaver, P. (2012). Attachment Perspective On Psychopathology. *World Psychiatry*, 5-11.
- Soysal, A. Ö. (2009). Bir Olgu Sunumu Eşliğinde Tepkisel Bağlanma Bozukluğunun Gözden Geçirilmesi. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*, 248-252.
- Sümer, N. (2006). Yetişkin Bağlanma Ölçeklerinin Kategoriler Ve Boyutlar Düzeyinde Karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 21-22.
- Sümer, N. (2012). *Ana Babalık Ve Bağlanma*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Sümer, N. Ç. (2015). Bağlanma Ve Bağımlılık Kuramsal Çerçeve Ve Derleme Çalışması. *Articles Of Turkish Journal Of Psychology*, 192-209.
- Sümer, N. G. (1999). Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemini Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi Ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 71-106.
- Tamar, D. Ç. (1998). *Hekimler İçin Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluklarında Acil Yaklaşım Kılavuzu*. İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.
- Tarhan, N. (2011). *Bağımlılık*. İstanbul: Timaç Yayınları.
- Telef, B. (2013). Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Türkçe'ye Uyarlama Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Haccettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 374-384.
- Thompson, R. (2002). Attachment Theory And Research. *Child And Adolescent Psychiatry*, 164-172.

- Tosun, M. (2000). *Alkol ve Diğer Maddeler İle İlişkili Bozukluklar*. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.
- Turan, M. Ç. (1999). *Klinik Psikiyatri*.
- Vungkhanching, M. S. (2004). Relation Of Attachment Style To Family History Of Alcoholism And Alcohol Use Disorders In Early Adulthood. *Drug And Alcohol Depend*, 47-53.
- Yapıcı, A. (2006). *Alkol Bağımlılığında Yeti Yitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.



EKLER

Ek 1 Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik Soru Formu

Tarih:

Görüşmeye başladığınız saati Aşağıya Lütfen Yazınız. Teyakkürler (Örn: 12:34 Şeklinde olacaktır)

Görüşmeye Başlanan Saat: -----

1. Cinsiyetiniz? Kadın () Erkek ()

2. Doğum yılınız: -----

3. Kaç kilosunuz? ----- Kg

4. Boy uzunluğunuz nedir? ----- cm

5. Eğitim durumunuz nedir?

Okur Yazar değil () Okur Yazar ()

İlkokul Mezunu () Ortaokul Mezunu ()

Lise Mezunu () Üniversite () Yüksek Lisans ()

5. Medeni Durumunuz Nedir?

Evlü () Bekar () Ayrılmış (Boşanma yada Vefat ile) ()

6. Çocuğunuz var mı? Varsa kaç çocuğunuz var?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ve daha fazla ()

7. Yılın büyük bölümünü geçirdiğiniz hanede kaç kişi yaşıyorsunuz?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ve daha fazla ()

8. Yılın büyük bölümünü geçirdiğiniz hanede kaç kişi ücretli bir işte çalışıyor?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ve daha fazla ()

9. Sigara kullanıyor musunuz? Evet () Hayır () Bıraktım ()

10. Günde kaç adet sigara tüketiyorsunuz? Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.

0-10 Tek () 11-20 Tek () 21-40 Tek () 41'dan Fazla ()

11. Kaç Yıldır Sigara Kullanıyorsunuz? (Yıl) Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.

0-5 Yıl () 6-10 () 11-15 () 16-20 () 21 yıldan fazla ()

12. Alkol Kullanıyor musunuz?

Evet () Hayır () Bıraktım ()

13. Ne Sıklıkla Alkol Alıyorsunuz? Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.

Ayda 1-2 defa () Haftada 1-2 defa () Hemen hemen Hergün ()

14. Aşağıdaki Maddelerden Doktor Önerisi dışında düzenli olarak aldığınız/ denediğiniz maddeleri işaretleyiniz.

- | | | |
|--------------|-----------------------|----------------|
| 1. Esrar () | 4. Morfin () | 7. Bozai () |
| 2. Bala () | 5. Kokain () | 8. Eroin () |
| 3. Tiner () | 6. Meta-amfetamin () | 9. Ekstazi () |

15. Hiç psikiyatriste gittiniz mi?

Daha önce gitmiştim () Halen Tedavi Görüyorum () Hayır gitmedim ()

15. Ruhsatlı yada Ruhsatsız Silahınız var mı? ()

Silahım yok () Ruhsatlı Silahım Var () Ruhsatsız Silahım Var ()

16. Günlük Yaşamda Kendinizi Güvende Hissetmek İçin Çantanızda/ Cebinizde/ Aracınızda bulundurduğunuz Aletler varsa işaretleyiniz. Birden Fazla Seçim Yapabilirsiniz. Eğer taşıyorsanız. Hiçbirini işaretleyiniz.

Ateşli Silah () Çakı/Bıçak () Birber Gazı ()

Elektirikli/Filli bir cihaz () Kesici/Delici Başka bir alet () Hiçbiri ()

17. Vücudunuzda Herhangi bir engel var mıdır? Varsa aşağıda işaretleyiniz.

- | | |
|--------------------------|-----|
| Görme Engelli | () |
| İşitme Engelli | () |
| Zihinsel Engelli | () |
| Ortopedik Engelli | () |
| Kronik Hastalık | () |
| Herhangi bir Engelim Yok | () |

Ek 2 Kişisel İyi Oluş İndeksi

Lütfen aşağıdaki soruları memnuniyet derecenize göre, 0'dan 10'a kadar seçeneklerden birini seçerek cevaplayınız. 0: Hiç memnun değilim, 10: Tamamen Memnunum, 5 Kararsızım

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Yaşam koşullarınızdan ne kadar memnunsunuz? (ekonomik, refah düzeyi vs.)											
2. Sağlık durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?											
3. Yaşamınızdaki başarılarınızdan ne kadar memnunsunuz?											
4. Diğer insanlarla ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz?											
5. Kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?											
6. Toplumla olan ilişkilerinizden, toplumun bir parçası olmaktan ne kadar memnunsunuz?											
7. Geleceğinizle ilgili kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?											
8. Manevi yaşamınızdan (dini, ruhsal yaşantı vs.) ne kadar memnunsunuz?											

Ek 3 YIYE II

	1	2	3	4	5	6	7
1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.							
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.							
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.							
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissedirim.							
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılırım.							
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.							
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemseydiğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.							
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.							
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.							
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.							

	1	2	3	4	5	6	7
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.							
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.							
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.							
14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.							
15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.							
16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.							
17. Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pek endişe duymam.							
18. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.							
19. Romantik ilişkide olduğum kişi kendimden şüphe etmeme neden olur.							
20. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.							
21. Terk edilmekten pek korkmam.							
22. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir							
23. Birlikte olduğum kişinin, bana benim istediğim kadar yakınlaşmak istemediğini düşünürüm.							
24. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.							
25. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler							
26. Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.							
27. Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.							
28. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissedirim.							

	1	2	3	4	5	6	7
29. Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıkça, "gerçek ben"den hoşlanmayacağından korkarım.							
30. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.							
31. Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkelenendir.							
32. Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.							
33. Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım.							
34. Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.							
35. Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda önemser.							
36. Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.							

ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyad: Beste KARA

Doğum Tarihi ve Yeri: 26.03.1995 – Şişli

Meslek: Psikolog

Eğitim Bilgileri: 2017 – halen: Üsküdar Üniversitesi / Klinik Psikoloji Yüksek Lisans

2013 – 2017: Beykent Üniversitesi / Psikoloji (%100 ÖSYM Bursu)

2009 – 2013: Büyükçekmece Atatürk Anadolu Lisesi

2005 – 2009: Güzelce Cevdet Zebure Kotan İlköğretim Okulu

2004 – 2005: Cumhuriyet İlköğretim Okulu

2002 – 2004: Güneşli İlköğretim Okulu

Sertifikalar: MMPI Uygulayıcı Sertifikası

WISC-R Uygulayıcı Sertifikası

TAT-CAT Uygulayıcı Sertifikası

Objektif Testler Uygulayıcı Sertifikası

Projektif Testler Uygulayıcı Sertifikası

Oyun Terapisi Eğitim Sertifikası

Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitim Belgesi

İş Sağlığı ve Güvenliği Sertifikası

İlk Yardım Eğitimi Sertifikası

İç Tetkik Eğitimi Sertifikası

İş Deneyimi: 2018 – halen: Alp Ata Özel Bakım Merkezi

2018: Ümraniye NP İstanbul (yüksek lisans stajı)

2017 – 2018: Dünyam İşitme ve Konuşma Rehabilitasyon Merkezi

2017: Mutlu Çocuklar Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (staj)

2016: Çatalca İlyas Çokay Devlet Hastanesi (staj)

2016: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (staj)

2016: Mavi İklim Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (staj)

2015: Erkek Yetiştirme Yurdu (gönüllü)

2015: Özel Ana Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (staj)

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Kognitif İşlevler (2017 – Lisans Bitirme Projesi)