

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ALKOL KULLANAN BİREYLERDE OBSESİF
KOMPULSİF İÇME DAVRANIŞI, BAŞA ÇIKMA
STİLLERİ İLE SOSYAL DESTEK TÜRLERİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Gözde AVAR

İstanbul, 2019

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ALKOL KULLANAN BİREYLERDE OBSESİF
KOMPULSİF İÇME DAVRANIŞI, BAŞA ÇIKMA
STİLLERİ İLE SOSYAL DESTEK TÜRLERİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Gözde AVAR

Öğrenci No:

17550900015

Danışman:

Dr. Öğr. Üyesi Süleyman KAHRAMAN

İstanbul, 2019

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Alkol Kullanan Bireylerde Obsesif Kompulsif İçme Davranışı, Başa Çıkma Stilleri İle Sosyal Destek Türlerinin İncelenmesi**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 28.11.2019

Gözde AVAR

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

28 / 11 / 2019

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **17550900015** numaralı **Gözde AVAR**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Alkol Kullanan Bireylerde Obsesif Kompulsif İçme Davranışı, Başa Çıkma Stilleri İle Sosyal Destek Türlerinin İncelenmesi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 19/11/2019 tarih ve 2019/06 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince (15) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN

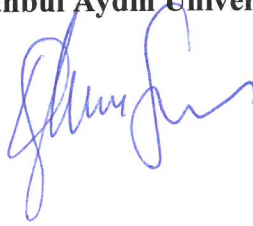
Dr. Öğr. Üyesi Süleyman KAHRAMAN
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin EBADİ
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Özlem ŞENER
(İstanbul Aydın Üniversitesi)



Adı ve Soyadı : Gözde AVAR
Danışman : Dr.   r. Üyesi Süleyman KAHRAMAN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2019
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Alkol Bağımlılığı, Obsesif Kompulsif   me Davranışı, Başa  ıkma Stilleri, Sosyal Destek

 Z

ALKOL KULLANAN B REYLERDE OBSESİF KOMPULSİF   ME DAVRANIşI, BAşA ÇIKMA STİLLERİ İLE SOSYAL DESTEK TÜRLERİNİN İNCELENMESİ

Alkol ile ilgili yaşanılan problemler dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Bu çalışmanın amacı; alkol kullanan bireylerde obsesif kompulsif   me davranışı, başa çıkma stilleri ile sosyal destek türlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın  rneklemi alkol kullanan 264 kişiden oluşmuştur. Araştırmada veri toplama amacı ile sosyodemografik bilgi formu, Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT), Obsesif Kompulsif   me  l eği ( K  ), Başa  ıkma Stilleri  l eği Kısa Formu (BÇSÖ-KF) kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda; Alkol kullanan katılımcılarda riskli grupta obsesif kompulsif   me ve sosyal destek arasında zayıf ve orta düzey korelasyon vardır. Başa  ıkma stilleri puanları ve algılanan sosyal destek puanları arasında zayıf düzey, pozitif ilişki vardır. Riskli grupta katılımcıların obsesif kompulsif   me davranışları daha fazladır. Risksiz grupta başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek arasında pozitif korelasyon vardır.

Adı ve Soyadı : Gözde AVAR
Danışman :Asst. Prof. Dr. Süleyman KAHRAMAN
Türü ve Tarihi :Master, 2019
Alanı :Clinical Psychology
Anahtar Kelimeler :Alcohol Addiction, Obsessive Compulsive Drinking Behavior, Coping Styles, Social Support

ABSTRACT

INVESTIGATION OF OBSESSIVE COMPULSIVE DRINKING BEHAVIOR, COPING STYLES AND SOCIAL SUPPORT TYPES IN INDIVIDUALS USING ALCOHOL

Alcohol-related problems become an important health issue in the world and in our country. This study aimed to investigate obsessive-compulsive alcohol consumption, coping strategies and types of social support in alcohol users. The sample of the study consisted of 264 people consuming alcohol. Sociodemographic information form, Alcohol Use Disorders Recognition Test (AUDIT), Obsessive Compulsive Drinking Scale (STS), Coping Styles Scale Short Form (CBSS-SF) used to collect data. As a result of the research; There was a weak to moderate correlation between obsessive-compulsive drinking and social support in the high-risk group of alcohol users. There was a weak, positive relationship between scores of coping style and scores of perceived social support. Obsessive-compulsive drinking behaviors of the participants were higher in the high-risk group. Moreover, there was a positive correlation between coping styles and perceived social support in the risk-free group.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar LİSTESİ	v
KISALTMALAR	vi
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1. ALKOL İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER	5
1.1. Alkol.....	5
1.1.1. Alkol Tarihçesi	8
1.1.2. Alkol Epidemiyoloji	9
1.1.3. Alkol Kullanımının Nedenleri (Etiyoloji)	11
1.1.4. Alkolün Farmakolojisi ve Etkileri	12
1.1.5. Alkolizmde İntihar.....	14
1.2. Bağımlılık.....	15
1.2.1. Alkol Bağımlılığı ve Tanı Ölçütleri	18
1.2.2. Alkol Kullanım Bozukluğu (AKB)	19
1.2.3. Madde Kullanım Bozukluğunun Temel Özellikleri	20
1.2.4. Tanı Ölçütleri.....	21
1.2.5. Alkol Bağımlılığının DSM-V'e göre Tanı Ölçütleri	22
1.3. Obsesyon ve Kompulsiyon Tanımı	23
1.3.1. Obsesif Kompulsif İçme Davranışı	24
1.4. Başa Çıkma Stilleri	26
1.4.1. Alkol ve Başa Çıkma Stilleri İlişkisi	29
1.5. Sosyal Destek.....	31
1.5.1. Sosyal Destek Tanımı.....	32
1.5.2. Algılanan Sosyal Destek.....	34
1.5.2.1. Algılanan Sosyal Destek Tanımı	34
1.5.3. Alkol ve Sosyal Destek İlişkisi.....	34

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli	37
2.2. Örneklem.....	37
2.3. Veri Toplama Araçları	37
2.3.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	37
2.3.2. Sosyodemografik Bilgi Formu	38
2.3.3. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT) – Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	38
2.3.4. Obsesif Kompulsif İçme Ölçeği (OKİÖ)- Obsessive–Compulsive Drinking Scale (OCDS).....	38
2.3.5. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu (BÇSÖ-KF).....	39
2.3.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği - Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).....	40
2.4. Verilerin Analizi.....	40

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR.....	41
----------------------	-----------

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA.....	57
SONUÇ VE ÖNERİLER	65
KAYNAKLAR	66
EKLER	76
Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu	76
Ek 2. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi	77
Ek 3. Obsesif Kompulsif İçme Ölçeği	78
Ek 4. Başa Çıkma Stratejileri Kısa Formu (BÇS- Brief COPE)	82
Ek 5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	84
Ek 6. Etik Kurul Onayı.....	86

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Demografik Bilgiler	41
Tablo 2. AUDIT, OKİÖ, BÇSÖ ve ÇBSDÖ Ölçeklerinin Betimsel Değerleri	42
Tablo 3. OKİÖ, BÇSÖ ve ÇBSDÖ Ölçek puanlarının Korelasyon Analizleri.....	43
Tablo 4. Risk durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U Testi Analizi	44
Tablo 5. Başa Çıkma Stilleri ve Algılanan Sosyal Destek Puanlarına Göre Bağımsız Örneklem t-test.....	44
Tablo 6. Başa Çıkma Stilleri ve Algılanan Sosyal Desteğin Cinsiyet Göre Bağımsız Örneklem t test	45
Tablo 7. OKİÖ Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması Mann Whitney U testi	46
Tablo 8. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Yaşa Göre Bağımsız Örneklem t test	46
Tablo 9. Obsesif Kompulsif İçme Davranışı Puanlarında Cinsiyete Göre Mann Whitney U Testi Analizi	47
Tablo 10. Obsesif İçme Davranışı, Başa Çıkma Stilleri Ve Algılanan Sosyal Destek Türleri Puanlarında Eğitim Durumuna Göre Kruskal Wallis Testi.....	48
Tablo 11. OKİÖ, BÇSÖ ve ÇBSDÖ Puanlarında Gelir Durumuna Göre Kruskal Wallis Testi	49
Tablo 12. BÇSÖ ve ÇBSDÖ Puanlarında Medeni Durum Göre Bağımsız Örneklem t Test	50
Tablo 13. Obsesif İçme Davranışı Puanlarında Medeni Duruma Göre Mann Whitney U Testi Analizi	50
Tablo 14. OKİÖ, BÇSÖ ve ÇBSDÖ puanlarında Alkole Harcanan Para Miktarına Göre Kruskal Wallis Testi.....	51
Tablo 15. OKİÖ, BÇSÖ ve ÇBSÖ Puanlarının Alkolün Hayata Etkisine Göre Mann Whitney U Testi	52
Tablo 16. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Türleri Ölçek Puanlarının Alkole Başlama Yaşına Göre Bağımsız Örneklem t Test.....	54
Tablo 17. OKİÖ Puanlarının Alkole Başlama Yaşına Göre Mann Whitney U Testi	55
Tablo 18. BÇSÖ ve ÇBSDÖ Puanlarının Ailede Alkol Kullananlara Göre Bağımsız Örneklem t Test.....	55
Tablo 19. Obsesif Kompulsif İçme Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	56

KISALTMALAR

AKB	: Alkol Kullanım Bozukluğu
AKBTT	: Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi
BÇSÖ-KF	: Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MPSS	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği – Multidimensional Scale of Perceived Social Support
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
OKİÖ	: Obsesif Kompulsif İçme Ölçeği
WHO	: World Health Organisation

GİRİŞ

Araştırmanın Konusu ve Önemi

Alkolizm çağın en sık karşılaşılan sağlık sorunlarından bir tanesidir. Alkol ulaşılması kolay bir maddedir. Bu nedenle alkol kullanımında ki artış kolay ulaşılabilir olması açısından sebep gösterilebilir. Alkol insan vücudunun bütününe etki etmektedir. Bu açıdan da bir sağlık problemi haline gelmiştir. Sağlık problemlerine ek olarak insanı psikolojik, fizyolojik açıdan da etkilediği bilinmektedir. Zaman geçtikçe alkol kullanımında ki artışta artma gözlemlenecektir. Böylelikle alkol kullanımına karşı bir tolerans gelişmektedir. Alkol bağımlılığı oluşmaya başlayacaktır. Bağımlılık oluşuktan sonra kişi sosyal, aile, iş gibi hayatının önemli noktalarında bozulmalar başlayacaktır.

Alkol tüketimi günümüzün en önemli ve geniş toplumsal problem olarak bilinmektedir. Alkol toplumun bütün kesimlerinde etki göstermektedir. Toplumdan topluma hızla yaygınlık gösteren günümüzün önemli problemlerinden biridir (Fırat, 2005,s.1). Ayrıca alkolle ilgili sorunlar, dünyadaki birçok topluluk için büyük bir ekonomik kaybı temsil etmektedir (Babor ve ark. 1992; WHO s.5).

Alkol kullanım bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu bütün dünyada olan, bizim ülkemizde de ilk sırada genç bireylerinde olduğu halkın tümüne etki eden bir sağlık problemidir (Dişsiz, 2018,s.201). Alkol kullanım bozuklukları dünyada olduğu gibi Türkiye de artış gösteren önemli bir sorun olduğu bilinmektedir (Altıntoprak ve ark. 2008, s.198).

Türkiye’de yetişkinlerin ortalama %50’si hayat süresince minimum bir kere alkol içtiğini belirtmişlerdir (Kulaksızoğlu ve ark. 2009, s.202). Dünyada tütün kullanımı dışarıda bırakıldığında erişkinlerin hastalık nedenlerine bakıldığında alkol ve madde kullanımına ilişkin bozukluklarda hasta olmanın ağır oranda nedeni olduğu bilinmektedir (Kaya, 2014,s. 82).

Bağımlılık, klinik açıdan değerlendirildiğinde fizyolojik ve psikolojik bakımdan çok önemli bir sağlık problemi olarak aday olduğu bilinmektedir (Taylan ve Genç, 2017, s.181). Günümüzde en sık karşılaşılan sağlık problemleri arasında

madde kullanımı ve kullanımına ilişkin bağımlılığın neredeyse bütün toplumlarda görülmektedir. Madde ile ilişkili olarak hasta olma, morbidite, mortalite, engellenebilen başka sağlık sorunları yüksek oranda artış gözlemlenmiştir (Karakaş ve Ersöğütçü, 2016, s.133). Bazı bireylerde aşırı alkol tüketimine neden olan ve diğerlerinde olmayan koşullar, genetik, psikososyal, çevresel ve nörobiyolojik faktörler arasındaki etkileşimi içerdiğinden karmaşıktır. Özellikle, alkolizm multigenik bir hastalıktır (Weiss and Porrino, 2002).

Aşırı derece alkol kullanımı fizyolojik ve psikolojik açıdan insan sağlığında olumsuz etkiler bırakan bir prosestir. Alkol insan vücudunda birçok düzene etki ettiği bilinmektedir. Alkolün en çok etki ettiği organ ise beyindir. Alkol kullanımının zarar verdiği duyarlı organın beyin olduğu belirtilmiştir. Problemlili alkol kullanımı dünyada ve bizim ülkemizde yaygındır. Alkol kullanımının sebep oluşturduğu bozukluklar toplum açısından risk etkeni oluşturmaktadır (Koçuk, 2010, s.6).

Bireylerde alkol kullanımına bağılı sorunlar hızla gelişmektedir. Alkol kullanımı nedenlerinin başında kişilerin başa çıkma mekanizması olarak düşünmesi, karşılaştıkları problemlerde alkol kullanımına baş vurmaları sıklıkla karşılaşıldığı bilinmektedir. Bireyler bağımlı olduğu alkolü sürekli düşünür ve içmek isterler bu nedenle alkolün dürtüsel ve kompulsivite ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Sosyal desteğin alkol kullanımında etkisi yalnızlığın giderilmesi ve tedavi sürecinde etkili olduğu araştırmalar ile desteklenmektedir. Bu araştırma günümüzde alkol kullanımının yaygınlığı ve sıklığı nedeniyle bireysel kullanımın sonuçları açısından önem arz etmektedir.

Araştırmanın Amacı ve Hipotezler

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; alkol kullanan bireylerde obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stratejileri ile sosyal destek türlerinin incelenmesidir.

Araştırmanın Hipotezleri

1. Alkol kullanan bireylerde obsesif kompulsif içme davranışı başa çıkma stilleri ve sosyal destek türleri puanları arasında anlamlı korelasyon vardır.
2. Alkol kullanan bireylerde cinsiyete göre obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve sosyal destek türleri puanları arasında anlamlı farklılık vardır.
3. Alkol kullanan bireylerde yaşa göre obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve sosyal destek türleri puanları arasında anlamlı farklılık vardır.
4. Alkol kullanan bireylerde eğitime göre obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve sosyal destek türleri puanları arasında anlamlı farklılık vardır.
5. Alkol kullanan bireylerde gelir düzeyine göre obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve sosyal destek türleri puanları arasında anlamlı farklılık vardır.
6. Alkol kullanan bireylerde medeni duruma göre obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve sosyal destek türleri arasında anlamlı farklılık vardır.
7. Alkol kullanan bireylerde alkol için haftalık harcanan para miktarı göre obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve sosyal destek türleri puanları arasında anlamlı farklılık vardır.
8. Alkol kullanan bireylerde alkolün günlük hayatı etkilemesine göre obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve sosyal destek türleri puanları arasında anlamlı farklılık vardır.

9. Alkol kullanan bireylerde alkol kullanmaya başlama yaşına göre obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve sosyal destek türleri puanları arasında anlamlı farklılık vardır.
10. Alkol kullanan bireylerde ailede alkol kullanan diğer bireylere göre obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve sosyal destek türleri puanları arasında anlamlı farklılık vardır.

Sınırlılıklar

- a. Araştırmaya katılan katılımcılar sadece alkol kullanan bireylerden oluşmaktadır.
- b. Araştırma 264 katılımcı ile sınırlıdır.

Varsayımlar

- a. Araştırmada kullanılan formların ve ölçeklerin doğru olduğu kabul edilmektedir.
- b. Araştırmaya katılımcıların veri toplama araçlarındaki sorulara doğru ve içten cevaplar verdikleri kabul edilmektedir.
- c. Araştırmada kullanılan istatistiksel analiz ve yöntemlerin geçerli olduğu varsayılmaktadır.
- d. Araştırmaya gönüllü olarak katıldıkları varsayılmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1. ALKOL İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1.1. Alkol

Alkol içerisinde zehir bulunan başka maddeler gibi, zevk hissi veren alışkanlık oluşturan bir madde olarak tanımlanmaktadır (Ergenç ve Yıldırım, 2007, s.65). Alkol içeren içecek türlerinin üretimi şeker ve mayalı besinlere dayanmaktadır. İçkilerin içerisindeki etil alkol miktarı diğer alkol ürünlerinde farklılık göstermektedir (Derdiyok, 2015, s.11). Etil alkol miktarı yüksek ise bireylerde bıraktığı etki ve bağımlı olma oranı artmaktadır.

Alkol tüketimi sürekli hale gelir ise buna alkolizm denilir (Derdiyok, 2015, s.11). Alkolizm; kişinin fizyolojik ve psikolojik sağlığını, aile ve sosyal yapısını, iş entegrasyonunda problemler oluşturacak şekilde sürekli olarak alkol kullanımı ve alkol kullanım isteğini önleyememe ile ortaya çıkan bir sorundur (Ergenç ve Yıldırım, 2007, s.65).

Alkolizm; Sürekli alkol kullanımı bireylerde sağlık açısından bozulmalar, sosyal yönden, meslek işlevselliğinde bozulmalar meydana gelecektir. Alkol tüketimi arttıkça alkol toleransında doğru oranda artış olan bir rahatsızlık ortaya çıkacaktır. (Budak, 2009). Alkolizm, sosyal bir problem olduğu kadar büyük bir sağlık problemi olarak kabul edilmektedir. Çoğunlukla alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin içme sorunu nedeniyle aile üyeleri yoğun bir şekilde psikolojik, fiziksel ve sosyal travmaya maruz kaldıkları bilinmektedir (Sharma ve ark. 2016, s.65).

Sosyal hayatın insanlar üzerinde baskı oluşturmaları, yaşam şartlarının zaman geçtikçe zor hale gelmesi, bireylerin özel ve duygusal problemleri onları haz veren maddeler kullanmasına yol açmaktadır. Yakın zamanda toplum içinde en çok tüketilen keyif veren maddenin alkol olduğu bilinmektedir. İlk üretimi ve nasıl bir yiyecekten oluştuğu ile ilgili kesin kanıtlara hale ulaşılamamıştır. Alkol çok uzun yıllardan beri kişilerin sosyal hayatlarında önemli bir rol oynayan parça halindedir.

20. Yüzyılın ilk zamanlarında alkolizmin sağlığa zararlı bir hastalık olarak bilinmesi ile birlikte birden fazla çalışma yapılmıştır. Alkolizm günümüzde bütün dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bu nedenle insanlar tarafından nasıl etkileri ve zararlarının olduğunun bilinmesi gerekmektedir (Ekinciler, 1986, s.26).

Alkol eskiden beri haz veren, yatıştırıcı ve uyuşturucu etkisi olan ilaç, madde olarak kullanılmış günümüze kadar gelmiştir. Toplum ve insanların alkole olan tutumları tarih süresince farklı şekillerde olduğu açıklanmıştır. Alkol bazı toplumlarda dinsel tören içerisinde kullanılıyor iken, bazı dinler tarafından yasak olduğu bilinmektedir. Bazı sanatçı insanlar tarafından alkol yüceltilirken, alkol sebebi ile hayatı çöken sanatçılarda vardır. Bütün çağlarda ve birden fazla toplumda alkolün normal miktarda tüketimi az da olsa kabul görmüştür. Kullanım miktarı fazla, uzun ve sürekli tüketimi ise kabul edilmemiş davranış açısından da kötü olarak nitelendirilmiştir. İslam dini alkolü yasaklamıştır fakat bu durum toplumda ki insanların alkol tüketimini başarılı bir şekilde önlediği söylenememektedir. Alkol kullanımı ile oluşan problemler yaşadığımız çağın başta gelen önemli sağlık sorunlarından bir tanesidir. Alkolizm biyopsikososyal önemli bir problem olduğu bilinmektedir. Sorunlar birçok şekilde kendisini göstermektedir. Bu sorunlar; sağlık problemleri, trafikte oluşan kazalar, intihar, suç unsurlarına yönelme, aile dağılması, ekonomik problemler, iş hayatında bozulmalar gibi çok boyutlu bir problem olarak açıklanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015, s.516).

Alkolizm, çok faktörlü psikiyatrik bir hastalık olduğundan, hem psikososyal hem de biyokimyasal / genetik faktörlerin herhangi birinde oluşmasına neden olduğu için, yalnızca biyokimyasal / genetik faktörlerin varlığı hastalığın oluşumuna yol açmayabilir. Buna benzer olarak, alkolün yüksek oranda biyokimyasal aktif bir madde olması nedeni ile alkolün doğrudan veya uzun vadeli etkilerinin olması ve aynı zamanda açıkça tanımlanmış spesifik akut kronik etkilerinin incelenmesinde yapılacak olan potansiyel biyokimyasal çalışmalarda yakın zamanda ve uzun süreli alkol kullanan kişiler göz önünde bulundurulmalıdır (Farren ve Tipton, 1999, s.649).

Alkol insanlar tarafından belirli amaçlar ile kullanılmaktadır. Toplum içinde sosyal etkileşimi yükseltmek amacıyla kullanıldığı bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde alkol en başa gelir ve gelişmiş ülkelerin önemli ve önde gelen halk sağlığı

sorunlarından biri haline gelmektedir. Alkol problemi sadece kişi ile sınırlı kalmamaktadır; aile, içinde bulunduğu sosyal çevre ve toplumu bütününe etki eden bir güce sahip olduğu bilinmektedir. Alkolizm bireyin biyopsikososyal bütünlüğüne zarar vermektedir (Şirin& Turan, s.135).

Alkol, gelişimi ve gelişmekte olan ülkelerde bireylerin yaşam tarzlarını, üretkenliğini ve sağlık açısından önemli bir olumsuz etkiye sahip olmuştur. 1983'te WHO, alkol kullanımı ile ilişkili problemlerin, halkın sağlığı açısından problemler arasında olduğu ve kişilerin sağlığı, refah ve yaşam bakımından çok ciddi tehlike olduğunu belirtmiştir (Jernigan ve ark. 2000, s.491). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), dünya ölçüsünde ortalama 2 milyar insanın alkollü içki tükettiğini ve saptanabilir alkol kullanım bozukluğuna sahip olan insan sayısının 76,3 milyon olduğunu tahmin etmektedir. Halk sağlığı açısından incelendiğinde hem morbidite hem de mortalite bakımından, dünyanın birçok yerinde göze çarpmaktadır. Alkol tüketiminin birçok sağlık ve sosyal sonuçları bulunmaktadır. Sarhoşluk, alkol bağımlılığının ve alkolün diğer biyokimyasal etkilerini içermektedir. Uzun seneler aşırı alkol kullanımı sonrasında kullananları etkileyebilecek kronik hastalıklar ve buna ek olarak alkolün travmatik sonuçlarına da katkı sağlamaktadır. Ayrıca genç yaşta ölüm veya sakatlanma, ölüm ve sakatlığa bağlı yaşamın yitimiyle sonuçlanmaktadır. Alkol miktarına ek olarak, içme düzeninde sağlık sonuçlarını ilgilendirdiğine dair kanıtlar artmaktadır (WHO, 2004; WHO, 2011, s.1). Alkol tüketimi ve tüketime bağlı olan problemler son 25-30 yıl içerisinde ciddi oranda artış göstermektedir. Bizim ülkemizde alkol tüketimi ve sıklığı açısından önemli bir artış gözlemlendiği belirtilmektedir (Turan ve ark. 1999, s.217).

Alkol kullanımı ile ilgili doğrudan bilgilere ulaşılmadığı belirtilmiştir. Nüfus artışıyla ters orantılı bir şekilde alkol içeren içeceklerin (içkinin) yapımının yükseldiğini ve alkol kullanımına başlangıç yaşının düştüğü bilinmektedir. Alkole bağlı olmak, alkol problemleri içerisinde karşılaşılan durumlardan sadece bir tanesidir. Diğer alkol ile ilgili problemleri ele aldığımızda bağımlılık kadar önemli bir toplum sağlığı sorunudur (Doğan, 2001).

1.1.1. Alkol Tarihçesi

Alkol kelimesi Arapça’da gevher, saf, esans, manasına gelen “alkühl” kelimesinden dilimize geçmektedir. Eski dönemlerde ayık kalınacak şekilde alkol tüketimi dini merasimlerde görülmekteydi. Dionysos ismine düzenlenen organizasyonlarda şarap tüketimi olduğu bilinmektedir. Dionysos eski yunan içki tanrısı olarak bilinmektedir. Hammurabi kanunlarında M.Ö 2000’li yıllarda alkol kullanımı ve satışı için yazılı kurallar oluşturulmuştur. Alkol tüketimi ve kullanımı çok eski yıllara dayanmaktadır ve birçok ulus çok eskiden alkol ile tanışıp, alkollü içki tüketimi olduğu bilinmektedir. Ayrıca dinler içerisinde de içkiye çeşitli anlamlar yüklenmiştir. Örneğin; Hristiyanlık’ta şarap kutsal bir içecektir, çünkü İsa’nın kanını simgelemektedir fakat İslamiyet’te zarar verdiği için kullanımı yasaklanmıştır. Tarih süresince Hipokrat ve sonrasında birçok doktor alkollü içecek içeren maddelerin insan sağlığına zarar verdiğinden bahsedilmiştir. Alkol tüketimine bağlı olarak oluşan bağımlılık hastalık olarak nitelendirilmesi son 150 seneye ulaşmaktadır. 1849 senesinde Magnus Huss tarafından ilk “Alkolizm” terimi kullanılmıştır ve o yıllardan beri bu terim kullanılmaktadır. Alkolizmin hastalık olarak tanımlanması 1900’lü senelerin başında E.M Jellinek tarafından yapılmıştır (Akvardar ve ark. 2012, s.105).

Tarihten elde edilen bilgiler doğrultusunda bilgi sahibi olunan birinci madde alkol olmuştur. İnsanlar alkolün verdiği etkileri fark etmiş ve ona güçlü bir anlam yüklemiştir. Alkol; anksiyete ve gerginliği azalttığı yönündeki etkisi hızlı bir şekilde insanlar tarafından fark edilmiştir (Koçum, 2012, s.7-8).

Alkolizm tarihi insanlık tarihi ile harmanlandığında, farklı tarihsel dönemler ve medeniyetler arasında gerçek bir sosyal bağlayıcıdır. Alkolizm üzerine araştırma yapıldığında, bireyden başlayarak davranış ve alkol arasında ki ilişki, sosyal temsil ve alkol kötüye kullanımının yapısı ve dinamiği arasındaki ilişkiye bakılmalıdır. Sosyal ve kültürel faktörler, alkol kullanımına öncelik yapması esastır (Untu ve ark. 2015).

1.1.2.Alkol Epidemiyoloji

Madde kullanımı ile ilgili araştırmaların Türkiye’de yeterli seviyede olmadığı görülmektedir. Genellikle araştırmalar okul içerisinde uygulanan anket çalışmaları ile kısıtlı kalmaktadır. Yüz yüze olan araştırmalar oldukça azdır bu durumun dikkat çektiği bilinmektedir. Araştırmalara bakıldığında madde kullanımının yaygın olması ve zaman geçtikçe artış gösterdiği ortaya konulmaktadır. Avrupa ve ABD ile karşılaştırma yapıldığında madde kullanımının yaygınlığı bu 2 ülkeye göre daha az olduğu gözlemlenmiştir. Dışarıda yaşayan çocukların ya da suça eğilime itilmiş olan ergenlerin daha çok madde kullandığı saptanmıştır. Madde kullanımı ile ilgili daha çok bilgi sahibi olabilmek için geniş düzeyde araştırmalara ihtiyaç duyulduğu oldukça açık bir durumdur (Ögel, 2006, s.61).

Sanayi devrimi sonrasında bazı toplumlarda (batı gibi) alkol kullanımı ve alkol ile ortaya çıkan problemlerde artış gözlemlenmiştir. Gelişim göstermekte olan ve ya gelişmemiş ülkelerdeki problemler ile alkol kullanımı ve alkol ile ilişkili problemler artış göstermektedir. Alkolün kötüye kullanılması hayat süresinde gözlemlenme riski kadın bireylerde %’10, erkek bireylerde %20 iken, alkol kullanımına bağlı ortaya çıkan bağımlılık hastalığının görülmesi kadın bireylerde %3-5, erkek bireylerde ise %10 şeklindedir. Her iki durumunda birlikte görülmesinin hayat süresi içinde sıklığı %13,8 olarak bilinmektedir. Alkol kullanımına bağlı ölüm oranları artış göstermektedir. Yıl içerisinde 200.000 birey alkol ile ilişkili bir problem sebebi ile ölüm gerçekleşmektedir (zpoyraz ve ark. 2015, s.59).Ayrıca alkolizm önceden bir erkek rahatsızlığı olarak düşünülmektedir fakat artık kadın ya da erkek olarak hastalığın ayrımı yapılmamaktadır. AKB zaman geçtikçe mortalite ve morbidite bakımından önemli bir hale gelmektedir. Batı lkelerinde alkol tüketimi yaygın şekildedir. 1977 yılında ABD’de yapılmış olan bir araştırmada erkek bireylerin %86,6’sı, kadın bireylerin %77,5’i alkol içeren içecekler tüketmekte olduğunu bildirmişlerdir. Alkol ile ilgili problemler 18 ile 25 yaş aralığında ortaya çıkmaya başladığı belirtilmiştir. Tedavi için başvuru yaşının ise genellikle 40 yaşlarında olduğu ve ölüm 55 ile 60 yaş aralığında kalp hastalığı, kaza, özü kıyım davranışı, kanser gibi sebeplerle oluşmaktadır. Amerika’da alkol bağımlılığı %10 olarak belirlenmiş bir durumdur (Akvardar ve ark. 2012,s.106).

Alkolizm en sık 22-35 yaş aralığında görülmektedir. Dünyada cinsiyet farklılığında kadınlarda daha az görülmektedir fakat gelişmiş ülkelerde kadın ile erkek arasındaki alkolizmin görülme oranı daha az olduğu belirtilmektedir. Bizim ülkemizde kadınlar daha az görülmektedir fakat görülme oranında ki artışa dikkat edilmesi gerekmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015, s.521).

Alkol ve madde kullanım sıklığının belirlenmesinde alt seviye eğitim ciddi seviyede etkilidir fakat soy, etnik köken, şehirleşme etkin olmadığı bilinmektedir. Amerika’da alkol tüketimi nedeni ile ortaya çıkan problemler en sık karşılaşılan üçüncü sağlık problemi arasındadır. Diğer ilk iki sağlık problemi ise kalp rahatsızlıkları ve kanserdir. Alkol tüketimi beyaz insan ırklarında daha fazla görülmektedir. Erkeklerin aşırı derecede alkol tüketimi kadınlara göre 4-5 kat daha fazladır. Düşük seviyede bir fark ile kalabalık şehirlerde yerleşimlere göre fazla olduğu bilinmektedir. Eğitim seviyesi yüksek olanlarda alkol kullanımı daha fazladır, madde kötüye kullanımı ise daha azdır. Alkol ile ilişkili bozukluklar her sosyoekonomik insan seviyesinde görüldüğü belirtilmiştir (Ertan, 2008, s.27).

AKB, bütün dünyada ki gibi Türkiye’de gittikçe artan, önemli bir problemdir. Yapılan araştırmalar gösteriyor ki, alkol kullanımı ve alkole bağlı problemlerin birden fazla yönden kadınlar ve erkekler arasında farklılık olduğu yönündedir. Ülkemizden AKB sıklığını araştıran sadece kadın katılımcılardan oluşan yeterli çalışma yapılmadığı görülmektedir. Yapılan az sayıdaki araştırmalar erkeklerin AKB’nın daha fazla olduğu fakat son yıllar içinde başka ülkelerdeki gibi, bizim ülkemizde alkol kullanımında genç kadınların hızlı bir biçimde artış gösterdiği düşünülmektedir. AKB’da erkeklerin genetik yatkınlığı kadınlara göre daha fazla olduğu belirtilmektedir. Batı ülkelerde yapılan araştırmalara bakıldığında; kadınlarda alkol kullanımı ile ilgili beklenti farklılaştığı ve aniden ortaya çıkan sosyal rol değişimi alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanım riskinde artış gösterdiği bildirilmektedir (Altıntoprak ve ark. 2008, s.197-208).

Alkol kullanımı ve alkol ile ilişkili problemlerin yordayıcıları ile ilgili olarak, kadınların risk faktörlerinin birkaç tanesini taşıması erkeklerden daha düşük olabilir ve bazı durumlarda risk faktörleri, kadınlar için erkeklerden daha az etkili görülmektedir. Bazı çalışmalar, alkolizmin genetik bir yatkınlığının var olduğunu,

kadınlar arasında erkeklerden daha zayıf bir etkiye sahip olabileceğini bildirmektedir fakat bütün çalışmalar birbiri ile tutarlılık göstermediği açıklanmaktadır (Nolen-Hoeksema ve Hilt, 2006, s.367).

Sanayileşme ve teknoloji içinde oluşan hızlı değişime bağlı olarak ortaya çıkan ve bilgi çağına ayak uydurmaya çalışan, bu çağ içinde yaşamakta olan toplumlarda, gençlerin arasında alkol, sigara gibi maddelerin kullanımı yaygın şekilde olduğu gözlemlenmiştir (Akfert ve ark. 2009, s.41).

Türkiye gelişmeye devam etmekte olan ülkeler arasındadır ve gelişmekte olan ülkelerde alkol kullanımı ve alkol ile bağlantılı problemler hızlı bir şekilde artış göstermektedir. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) veri tabanına göre; alkol tüketimi ile trafik kazaları, ölüm ve özkıyım rastlanma sıklığında artış görülmektedir. Bu durumda alkol buradaki ilk sorumlu etkindir. Alkole başlama yaşı 12-17 arasında olup, en çok bu yaş dönemlerinde başlanmaktadır. Alkol bağımlılığı ve alkol kullanımına bağlı olan yaşam problemleri 20-35, tedavi için başvurular ise 40'lı yaşların başında olmaktadır (Özpoyraz ve ark. 2015, s.59).

1.1.3.Alkol Kullanımının Nedenleri (Etiyoloji)

Alkol ile bağlantılı olan bozukluklar biyolojik, psikolojik ve sosyal prototipler ile açıklanan heterojen bir hastalık grubuna girmektedir. Alkol ile ilişkili bozukluklar ve başka psikiyatrik durumlarda benzerlerinde olduğu gibi birçok değişkene bağlı bir etiyoloji vardır. Alışılmış bir bağımlılık olabilmesi için üç etkenin varlığını kabul etmektedirler. Bu etkenler; kişilik, çevre ve maddenin kendi halidir (Bayar ve Yavuz, 2008, s.222).

Alkol kullanımı olan bireylerin büyük bir kısmı genellikle sınırlı seviyelerde alkol tüketimi vardır. Alkol kullanımına bağlı olarak kritik derecede sosyal ve sağlık problemleri ile karşılaşmazlar yada olumsuzlukları az yaşamaktadırlar fakat yüksek oranda alkol kullanımına bağlı ağır sağlık sorunları yaşayan insanlarda bulunmaktadır. Burada ki farklılıkların asıl sebebi nedir? Aslında önemli olan faktörler kültürel ya da sosyal, ruhsal ya da genetik mi olanların önemli olduğu belirtilmiştir (Coşkunol ve Altıntoprak, 1999, s.222).

Tek başına hiçbir etken içki içmeyi alışkanlık haline getirmemektedir. Alkolizme neden olan predispozisyon faktörler şunlardır;

1. Yapı olarak yatkın olma
2. Ruhsal (psikolojik)
3. Sosyal (Özden, 2015, s.102).

Bazı kişilerin neden madde kullanıcısı veya bağımlısı olduğu, diğer kişilerin neden olmadığının cevabı henüz net olarak verilmemiş olsa da, madde kullanımının oluşmasında üç etkinin bir araya gelmesinin önemli olduğu kabul edilmiştir.

- Maddenin elde edilebilir olması
- Eğilimli bir kişilik
- Sosyal çevre

Sonuç olarak bağımlılığı oluşturacak madde ile bağımlı olmaya eğilimli özellikler taşıyan bir insanın, o bağımlılığı sürdürülebilir olması için koşulları hazırlayan müsait bir çevre ile karşılaşması gerekmektedir. Üç faktör bir araya geldiğinde, birey bir kez sistemli bir şekilde madde kullanımına başladığında, nöro-kimyasal ve farmakolojik etkilerde madde kötüye kullanımı ve bağımlılığının gelişmesi ve şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Tosun, 2008, s.207).

1.1.4. Alkolün Farmakolojisi ve Etkileri

Alkollü içeceklerin içerisinde bulunan alkolün etil alkol olduğu bilinmektedir. Alkolün emilimi ince bağırsakta gerçekleşmektedir. Alkolün %98' karaciğerde işlenmektedir. 10 ml alkolün 6 saat içerisinde metabolize olduğu açıklanmaktadır (Ögel, 2017, s.90). Alkol su ve yağda çözülen, tüketimi yapıldıktan sonra neredeyse alkolün hepsi sindirim sistemi üzerinden kana karışmaktadır. 25-30 dakika içinde kandaki alkol seviyesi en üst düzeye ulaşır. Alkol dehidrojenaz enzimi ile metabolik işlemler ile ortalama %95'i yıkıma uğrayarak vücuttan dışarı atımı gerçekleşmektedir. Geriye kalan %5'lik kısmı ise herhangi bir metabolik değişikliğe uğramaz ve karaciğer sayesinde vücuttan atımı gerçekleşmektedir. ortalama %85'i karaciğer, %15'i mide de alkolün enzimatik yıkımı gerçekleşmektedir. Kişiden kişiye kullanılan bir bardak alkol için vücuttan atımının gerçekleşmesi geçen süre ortalama

1 saat olduğu bilinmektedir. Alkol kana karıştıktan sonra kolayca vücutun bütün organlarına, sinir sitemine ulaşmaktadır. Sinir sistemi üzerine olan etkisinin karmaşık olduğu belirtilmektedir. Hücre zarı geçirgen bir yapıya sahiptir bu nedenle sinir sistemine baskı yaptığı düşünölmektedir. Çünkü alkolün yağda ve suda çözülebilen bir özelliği bulunmaktadır. Sinir sistemine yaptığı etki alkolün yüksek seviyede veya anestetik tesirini açıklamaktadır. İleri ki zamanda yapılan araştırmalar gösteriyor ki alkolün, sinir sisteminde birçok nörotransmitterin fonksiyonunu değişime uğrattığı gözlemlenmiştir. “GABA (gamma aminobütrik asit), glutamate, serotonin, endorfin ve dopamin bu nörotransmitterler arasında yer almaktadır.” (Ayvaşık, 2002, s.84-85).

Aşırı derecede alkol tüketiminin MSS’ne depresan şeklinde tesir ettiği bilinmektedir. Alkolün kortekse olan etkisi ile organizma üzerinde öncelikle neşeli bir etki vermektedir fakat kandaki alkol seviyesi arttıķa alt merkezlerde baskı düzeyinin artması ile alkole olan dayanıklılık hali azalmakta sonunda ise kişiyi koma ya da ölüne ile sonuçlandığı bilinmektedir. Alkol karaciğerde %90-98 civarında metabolize olmaktadır. Bu durum siroz olma riskini 6 kat arttırmaktadır (Cantez, 1988, s.109).

Alkolün oldukça kötü etkilerinin olduğu araştırmalar ile kanıtlanmıştır. Alkolün etki ettiği bilinen fizyolojik ve nörolojik alanlarda yıkıcı etkileri bulunmaktadır. Alkol kullanımı ile ortaya çıkan davranışsal etki başka bir tanımla da bulunursak zihinsel ve psikomotor prosesleri üzerinde sadece bir kadeh içme gerçekteştikten sonra bile kendisini göstermektedir (Ayvaşık, 2002, s.85).

Alkolün Etkileri:

Kanın içerisinde ki alkol miktarına göre (%mg) davranışa olan etkileri aşağıda ki gibidir: (Ögel, 2017, s.91).

- 50-80 keyif, harekette kusurlar
- 80-100 nistagmus (göz bebeklerinde oynama)
- 100-200 yürümekte zorluk, duygusal bozukluklar (öfke, ağlama vb.)
- 200-300 şaşkınlık, konuşma bozukluğu, unutkanlık
- 300-400 koma
- 400-500 solunum depresyonu
- >500 ölüm

1.1.5. Alkolizmde İntihar

Tanım olarak tümce veya özetlenebilecek kavram olarak intihar açıklanmamaktadır. Bir tanım olarak açıklanması istenir ise kişinin kendisini yok etmesi yada öldürme fikridir. Psikiyatrik yönden intihara teşebbüs acil bir durum olarak bilinmektedir. İntiharın değerlendirilmesi düşünce ve davranış açısından yaygın şekilde değerlendirilmesi yapılabilir. Bu sebeple intiharın yaygınlığıyla ilgili net verilere ulaşmak güçtür. Psikiyatrik yaklaşıma göre intihar düşünce, duygu ve davranışlarının en ince detayına kadar incelenmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Mırsal ve ark. 2001).

İntihar eden kişileri 2 grupta değerlendirebilir. Bu gurubun ilki; sorunları mutlak çözüme ulaştırmak için intihar eğilimi diğer yönlerden daha güçlü istek uyandırmaktadır. Kişi kendisini çevresinden ayrı görür ve uzaklaşır. Kendisini yalnız daha iyi hisseder böylelikle alkol veya diğer maddelere ilgi duyar ardından toplumdan olabildiğince uzaklaşma başlar. Bireyler kendisine sıkıntı veren, onları engelleyen durumlardan kurtulmak için farklı yollar denemektedirler (Cullough, L.M. ; Peker, 1982, s.108).

Alkolizmde intihar riski oldukça yüksektir. ABD yapılan araştırmalar ile AKB olan hastalarda, olmayanlara göre intihar oranının 10 kat daha yüksek olduğunu açıklamıştır. İntihar eden hasta bireylerde AKB geçmişi %25 olduğu tespit edilmiştir. Alkol kullanımından sonra bireylerde duygu değişimleri olabilir. Depresif, aşağılık, umutsuzluk gibi duygular örnek gösterilebilir. Bu duruma ek olarak alkol depresan bir etkiye sahiptir. Kişinin alkol kullanımı ile birlikte intihar, umutsuz hissetme, ölüm ve kendisine karşı nefret gibi çeşitli düşünceler, bireyin intiharına sebep olabilir. Alkolizmde kişinin çevresindeki ilişkilerinin bozulması ile intihar oranının yüksek olması açıklanabilir. Sürekli şekilde alkol kullanımı kronik hale gelir böylelikle seretonerjik fonksiyonlarda bozulma yaşanır. Seretonerjik işlevlerin bozulduğunda kişinin intihar eğiliminde rolü olduğu düşünülmektedir (Yüksel, 2001, s.7-8).

1.2.Bağımlılık

Bağımlılık, kronik ve nörobiyolojik bir hastalık olduğu bilinmektedir. Bağımlılığın gelişimine ve ortaya çıkmasına katkı sağlayan bazı etkenler bulunmaktadır. Bunlar genetik, psikososyal ve çevresel etkenlerdir. Her alkol kullanan kişi alkol ve ya madde kullanım bozukluğuna sahip olmasa da, erken tanı ve önlemler insanları bağımlılığın gelişmesinin önlenmesi açısından fazlası ile önemli olmaktadır (Kaya, 2014, s.79).

Bağımlılık kişinin kullandığı maddeye yönelik yoğun bir istek yaşaması, bu isteği durdurmakta Bağımlılık; bireyin madde ile ilgili aşırı bir istek duyuyor olması, yaşanan isteği bastırmada zorlanma, tüm negatif sonuçlarının bulunmasına rağmen kullanımında bir değişiklik olmaması, benzer tesirin oluşması için kullanımda artış oluşmasına bağımlılık denilmektedir. Bağımlılığın ilerleyişi ile ilgili bir sürü değişik fikir bulunmaktadır. Fikirlerin ortak yönü bazı bireylerin bağımlılığa yatkın bir şekilde dünyaya geldiği, stres faktörlü yaşamsal durumların, alkol kullanımı olan yerlerde olma ve ailenin içerisinde olma, aile içerisinde iletişim problemlerinin bulunması gibi birçok çevresel etkenler ile bağımlılık ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bütün kişiler bağımlı olabilmektedir. Bağımlılık, madde kullanımının ortaya çıkma yaşı, başlangıç şekli, kullanılan maddenin türü ve aralık derecesi, madde kullanımının ölçüsü ve sıklık derecesi, cinsiyet ayrımı, sosyal yönden desteğin beklenen düzeyde olup olmadığı gibi birden çok etkene bağlı şekilde gelişim göstereceği değişkenlik göstermektedir (Dilbaz ve ark. 2013, s.53)

Madde kullanımına bağlı bağımlılık tıbbi bir hastalık olduğu bilinmektedir. Bağımlılık bütün hastalıklarla benzer özelliklere sahiptir. Hastalıkların genetik, ruhsal ve sosyal yönleri bulunmaktadır. Madde; insana haz veren, bağımlılık oluşturabilen ve psikoaktif etkenler ile ortaya çıkan farklı yollarla vücuda alınan her şey maddedir. Alkol farklı bir kategoride olarak belirtilir fakat alkol de bir maddedir (Kulaksızoğlu ve ark. 2009, s.196).

Madde kullanım bozuklukları (MKB) gelişme açısından karışık bir zaman dilimidir. Bireyler arasında farklı durumlar ile karşımıza çıkmaktadır. Süreç içerisinde bağımlılık problemi olan kişi kullanıma başlama, devamlı şekilde

kullanma ve kullandığı maddeye bağlı olma gibi farklı aşamalardan geçmektedir. Kişinin kullandığı maddeyi ilk denmesinden bağımlılık oluşana kadar geçen zaman diliminde genetik sebeplerin etkisi çalışma konusudur. Daha önceki periyotlarda, MKB gelişme evresinde çevre, gelişme ve sosyal koşulların etki ettiği düşünülüyordu. Fakat genetik açıdan yapılan araştırma ve gelişmeler ile bütün diğer psikiyatrik hastalıklarda ki gibi madde kullanım bozukluğunun etiolojisinde de genetik eğilim öne çıkmaktadır (Yüncü & Savaş, 2007, s.147).

Bağımlılığın temelinde yatan durum, madde alımının kompulsif şekilde devam etmesidir, zarar veren sonuçlarının kaçınılmaz olduğu bilinmektedir. Bağımlı insan kontrollü bir şekilde alkol kullanımına devam edememektedir. Kişi alkol kullanımına ara verebilir aylar ya da yıllarca olabilir bu durum fakat kişi az miktarda alkol alımını sürekli hale getiremez. Sonuç olarak birey alkol kullanmamaya dayanabilir ama az miktarda alkol kullanmayı becerememektedir. Bağımlılıkta kontrol kaybı çok yüksek seviyededir. Madde kullanımı durdurulabilir fakat bağımlı olma kalıcı olmaktadır. Bağımlılığın başka hastalıklardan farklı bir özelliği bulunmaktadır. Alınan maddenin haz ya da tatmin edici özelliği vardır. Birey bağımlı olduğu maddeye karşı aşırı derece de arzu duymaktadır ve madde kullanımı gerçekleştiğinde zevk almaktadır. Kişi maddenin eksiksiz bir şekilde zararlarını bilmektedir. Burada bağımlılığın dilemması ortaya çıkmaktadır. Bağımlılığın derecesi artış gösterdikçe haz alma durumu biter fakat kullanma isteğinde herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Bağımlılık durağan bir hastalık değildir. Bağımlı olma süreç içerisinde gerçekleşmektedir. İlk adım deneme ile başlar. Deneme yapılan madde haz veriyor ise tekrar kullanılır böylelikle olumlu pekiştirme oluşur ve daha sonra ara ara kullanım oluşmaktadır. Zaman geçtikçe '*düzenli kullanım*' gerçekleşmektedir. Bireyde madde kullanımına bağlı problemler ortaya çıkmaya başlamıştır fakat alınan maddenin verdiği haz daha önemlidir böylelikle oluşan problemler göz ardı edilir ve ya başka durumlar ile ilişkilendirilmektedir (*inkâr mekanizması*). Madde kullanımı olan bireylerde yaşanan problemler sebebi ile ara ara alınan maddeyi azaltma ya da durma sürecinde olan birey yeniden baştaki duruma dönmektedir. Eğer birey madde kullanımında azaltma ya da durdurma sürecine girme eyleminde bulunamıyor ise "bağımlı" olma gerçekleşmiştir. Zaman geçtikçe madde kullanımında ki artış tolerans oluşturmaktadır. Ardından yoksunluk

belirtileri de görülmeye başlayabilir. Kişide oluşan tolerans ya da yoksunluk belirtileri bağımlılık tanısı almak için yeterli değildir (Yargıç, 2009, s.196-197).

Madde kullanımında merkezi sinir sistemi (MSS) etki görmektedir. Bireyin mental durumunda ve davranış açısından farklılıklara yol açmaktadır, zamanla “kötüye kullanım” ya da “bağımlılık” oluşturan maddeler farklı zamanlarda farklı isimlendirildiği bildirilmiştir. Bu maddeleri beyne tesir eden maddeler şeklinde tasvir etmem mümkün olsa da hangi maddelerin beyne etki eden madde olarak saymak tartışılmalıdır. Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-III-R’de bu maddelere psikoaktif maddeler olarak tanımlanmıştır fakat DSM-IV’de sadece “madde” terimini kullanmıştır ve bunlar ile ilişkili bozuklukları da “maddeyle ilişkili bozukluklar” olarak isimlendirmiştir. DSM-IV-TR maddeyle ilişkili bozukluklar terminolojisinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Dünya Sağlık Teşkilatı, ICD-10’da psikoaktif maddeler teriminde bir değişiklik yapılmamıştır ve kullanımı devam etmektedir (Tosun, 2008, s.201).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1992 yılındaki madde bağımlılığı programında madde bağımlılığı ile ilgili bilgilere yer verilmektedir. Madde kullanımı bozuklukları için ICD-10 teşhis sistemine göre, bir bireyin alkolle ilgili patolojisinin tam bir açıklaması, bağımlılığın doğasını ve ciddiyetini, yetersizlik çeşitlerini ve derecelerini ve içme problemini etkileyen kişisel ve çevresel faktörleri içermelidir. Alkolle ilgili sorunların karmaşıklığını ele almak için, ICD-10 zararlı kullanım terimini terminolojiye getirmiştir. Zararlı kullanım, sağlığa zarar veren bir kullanım şekli olarak tanımlanmaktadır. Hasar, fiziksel (örneğin, kronik içmeden kaynaklanan karaciğer hasarı) veya zihinsel (örneğin, depresif bozukluk vakalarıyla ilişkili içki alışkanlığı) olabilir. Tehlikeli kullanımda olduğu gibi, zararlı kullanım şekilleri başkaları tarafından sıklıkla eleştirilir ve bazen olumsuz sosyal sonuçlarla ilişkilendirilir. Ancak, içmenin aile ya da kültür tarafından onaylanmadığı gerçeği tek başına zararlı kullanım kanıtı değildir. Bağımlılık teşhisi, yalnızca önceki on iki ayda bir zamanda aşağıdakilerden üç veya daha fazlası yaşanmış veya sergilenmişse yapılmalıdır:

1. Bedensel bir geri çekilme hali
2. Yoksunluk belirtilerini hafifletmek ve bu stratejinin etkili olduğu bilinciyle alkol kullanımı
3. Başlangıç, sonlandırma veya kullanım seviyesini kontrol etmek için bozulmuş bir kapasite
4. Kişisel kullanım kalıplarının daraltılması, örneğin, sosyal kısıtlamalara bakılmaksızın hafta içi ve hafta sonları aynı şekilde içme eğilimi
5. Alternatif zevklerin veya çıkarların alkol kullanımı lehine kademeli olarak ihmalı
6. Zararlı sonuçlara dair net kanıtlara rağmen kullanımın sürekliliği
7. Hoşgörü kanıtı
8. Alkol almak için güçlü bir istek ya da zorlama duygusu.

1.2.1. Alkol Bağımlılığı ve Tanı Ölçütleri

Alkol bağımlılığı kişinin fizyolojik ve psikolojik sağlığını, aile, toplum ve iş uyumunda bozulmalara yol açan bir hastalıktır. Fakat her alkol tüketimi olan kişi hasta olarak tanımlanmamaktadır. Alkolizmin en önemli özelliği içki içme ile ilgili özdenetimde bir kontrol kaybı meydana gelmektedir. Alkol bağımlılığının bu özelliği normal içki içme ile AKB arasındaki sınırı temsil etmektedir. Bazı insanlar devamlı ve sürekli bir şekilde alkol tüketiminde bulunmamakla birlikte, içki içmeye başladığında aşırı miktarda içki içen, içme nöbetleri geçiren ayrıca kendilerine ve diğer insanlara zarar verebilen kişiler olduğu bilinmektedir. Böyle bir durumda devamlı olarak içme durumu olmasa bile alkol bağımlılığı veya alkol kötüye kullanım tanısı alabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015, s.520).

Alkolizm sürekli hale gelmiş bir davranış bozukluğu olarak bilinmektedir. Alkolik bireyler yaş dönemlerinde bir çatışmanın varlığı bulunmaktadır. Olgun dönemde çocuk olan bireylere alkolik denilmektedir. Alkol bağımlılığının fazla görüldüğü kişilerde bazı özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler şu şekildedir.

Duygusal açıdan hassas, denge ve tutar problemi yaşayanlar, kaygı duyma, sıkıntı yaşama ve tedirginlik halinde yaşayıp çevresi ile uyum problemleri içerisinde olan, önlerine çıkan engelleri aşmak için herhangi bir çaba göstermeyen, sorumluluk ve gerçek olaylardan kaçma davranışı gösteren kişilerde alkol bağımlılığına yatkın olduğu bilinmektedir (Özden, 2015, s.107).

1.2.2. Alkol Kullanım Bozukluğu (AKB)

Yetişkin Amerikalı insanların neredeyse %50'si yaşamlarında en az bir defa alkol ile ilgili sorun yaşamış olsalar da (alkol aldıktan sonra araba kullanmaları, akşam alkol tüketimi olduğu için bir işi yapamama), %10'luk dilimi AKB tanısı alacak derecede sorun yaşamadığı belirtilmektedir. Tanı kriterlerinin aşağıda bahsedilen başka madde kullanım bozuklukları ile benzer olduğunu tasrih etmek gerekmektedir. Alkolizm olabildiğince yaygın olan bir durum olduğu bilinmektedir. Amerika'da bireylerin %10'undan daha fazlası yaşamının bir kısmında alkol ile ilgili sorun yaşamaktadır. Erkek bireyin sorun yaşama riski kadın bireye göre 2 kat fazla olduğu açıklanmıştır. Yaşı büyük olan kişilerin bu durumdan muaf tutulmamasına karşın, başlangıç yaşının genellikle 10'lu yaşlar olduğu bilinmektedir. Bazı bedensel komplikasyonların (yoksunluk gibi) hastalığın ileriki aşamalarında kendisini göstermektedir. Alkolizm önemli düzeyde kalıtsaldır. Birinci dereceden akrabalık bağı bulunanların genel nüfusa göre risk oranı daha fazladır. AKB sahip bireylerin bazı eş tanılar aldığı bilinmektedir. Örneğin; Duygudurum bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu (Morrison, 2014, s.397-398).

Alkol ve diğer madde kullanımının ergenlerde daha yaygın olduğu bulunmuştur. Ulusal bir ankette öğrencilerin yaşamları boyunca alkol kullanımlarının yüzdelerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu yüzde; 8. Sınıf öğrencilerinin %54'ü ve 12. Sınıf öğrencilerinin %82'si şeklindedir. Raporda sunulan bilgilere göre; öğrencilerinin bir kısmı aşırı içme, tek seferde 5 veya daha fazla alkol tüketiminde bulunduklarını göstermektedir. Henüz reşit olmamış kişilerin içme davranışı yetişkin dönemde alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığını güçlü şekilde etkilemektedir. Aslında, 14 yaşın altında veya daha erken yaşta içmeye başlayan çocuklar, 20 yaş ve üstü yaşlarda içmeye başlayan çocuklara kıyasla yaşamları boyunca alkole bağımlı

hale gelmek için büyük önem taşımaktadır. Farkındalık eksikliği, olgunlaşmamışlık ve alkol gibi yeni bir şey keşfetme isteği gibi birçok faktör, ergenleri alkole yöneltir. Alkol, sinir gelişimini bozar ve ergen beynini etkiler. Bu nedenle, çocukları alkol tüketiminin olumsuz yönleri hakkında eğitmek, kötüye kullanım olaylarını bir dereceye kadar azaltabilir (Alrbiaan, 2017, s.1675).

1.2.3.Madde Kullanım Bozukluğunun Temel Özellikleri

Hastalar kullandıkları maddeyi hayatlarının farklı kısımlarında kronik ve sürekli sorunlara sebep olacak şekilde kullanmaktadırlar.

- *Kişisel ve kişiler arası yaşam:* Hasta olan bireylerde aile yaşamlarında, (aile içerisinde yaşayan bireylere karşı var olan sorumluluklarını) ayrıca kendisinin sevdikleri etkinlikleri kullandıkları maddeyi alabilmek için göz ardı etmektedirler. Kendilerine önem verilmediğinde karşısındaki bireyler ile kavga etmektedirler (bedensel veya sözlü şekilde) kullandıkları maddenin ilişkilerinde sorunlara sebep olduğunun farkında olmalarına rağmen madde kullanımını sürdürmektedirler.
- *İş:* Eskiden iş veya diğer etkinliklere sarf edilen enerji artık kullanılan maddeyi bulmak, maddeyi kullanma ve yarattığı etkiden kurtulmak için harcanan enerjiye dönüşmektedir. Sonuç olarak bu bireyler işi gitmeyi bırakır ya da işten atılmaktadırlar.
- *Kontrol:* Genelde hedeflenilenden daha aşkın ve daha uzun zamanlı madde kullanımı olmaktadır; madde kullanımında azaltma veya kişinin bırakma çabası başarısız şekilde sonuçlanır. Tüm yaşananlara rağmen kişide madde isteği umutsuz olarak devam etmektedir.
- *Sağlık ve Güvenlik:* Madde kullanımı olan kişilerde fiziksel şekilde tehlike içeren davranışlar sergilemektedirler. Bu duruma örnek olarak motorlu araç kullanımı gibi davranışlarda bulunabilirler. Ayrıca yasal sorunlar yaşayabilmektedirler. Bireyler sağlık sorunlarına yol açtığını bilmelerine rağmen madde kullanımına devam etmektedirler. (Siroz ya da hepatit C)
- *Fizyolojik Sonuçlar:* Kullanılan madde her zamanki kullanımdan daha az etki yaratmaya başlar böylelikle hasta daha çok madde kullanımında bulunur ve

bir defa kullanmayı bırakır ise yoksunluk semptomlarını yaşamaya başlar çünkü artık maddeye karşı tolerans gelişmiştir (Morrison, 2014,s.398).

1.2.4. Tanı Ölçütleri

Alkol tüketimi insanlık tarihiyle eş değer bir durumdur fakat alkol bağımlılığı son yıllarda hastalık olarak nitelendirilmiştir. İlk bağımlılık tanımı alkol için yapılmıştır. Alkol tüketimi ile ortaya çıkan birden fazla fiziksel, davranışsal ve bilişsel değişiklik göstermektedir. Bağımlılık tanımı yapılabilmesi için özellikle alkol alımı için istek olması gerekmektedir. Alkol alımının ölçütü değişkenlik göstermektedir. Bu ölçüt sıkça alkol alma ile durduramama şeklinde ki alkol alma isteğine kadar değişebilir. DSÖ'ne göre (ICD10) bir insanda son 1 yıl içerisinde aşağıdaki maddelerden üç ve ya fazlası var ise alkol bağımlılığı tanısı almaktadır (Akvardar ve ark. 2011, s.116).

Maddeler aşağıdaki gibidir:

1. Alkol içme isteğinin çok şiddetli olması
2. Alkol tüketimini kontrol altına almada zorlanma
3. Alkol tüketiminde değişiklik yaşandığında (azalma-bırakma) tipik yoksunluk belirtilerinin oluşması
4. Alkol ile ortaya çıkan iyilik halinin oluşması için (sarhoş olma, rahatlık hissi, haz) zaman geçtikçe artan alkol ihtiyacı (vücutta oluşan tolerans)
5. Alkol ile ilgili uğraşların zaman geçtikçe artması (alkole ulaşma, tüketimi ve alkolün etkisini gizleme)
6. Aşırı derecede alkol tüketimi ile ortaya çıkan problemlerin olmasına rağmen alkol kullanımını sürdürme (psikolojik, sosyal ve fiziksel)

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne (APA) göre; DSM-V-TR alkol kullanımı ile ilgili bozukluklar 2 ana başlık altında incelenmiştir. Birincisi Alkol Kullanım Bozuklukları ikincisi ise; Alkol Kullanımının Yol Açtığı Bozukluklar şeklinde sınıflandırılmıştır (s.237-238).

1.2.5.Alkol Bağımlılığının DSM-V'e göre Tanı Ölçütleri

- A. 12 aylık bir zaman içerisinde; aşağıdaki maddelerden en az 2'si ile kendisini gösteren, klinik olarak belirgin bir şekilde sıkıntı ya da işlevsellikte bozulmaya yol açan problemleri bir alkol kullanım örüntüsü:
1. Çoğu defa, istenilenden daha fazla miktarda ya da daha uzun süreli şekilde alkol alımı vardır.
 2. Alkol tüketimini bırakma ya da kontrol altına almak için sürekli bir istek ya da sonuca ulaşamayan gayret vardır.
 3. Alkol elde etmek, alkol tüketmek ya da ortaya çıkan tesirlerden kurtulmak için gerekli olan etkinliklere aşırı derecede zaman ayırır.
 4. Alkol tüketimine içinin gitmesi ya da alkol tüketimi için aşırı derecede istek duyma ya da kendini zorlamış hissetme.
 5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan öncelikli yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, tekrarlı bir şekilde alkol tüketimi.
 6. Alkolün sebep olduğu ya da alevlendiği, sürekli tekrar eden toplumsal ya da bireyler arası problemler olmasına rağmen alkol tüketimini sürdürme.
 7. Alkol kullanımından dolayı önemli bazı toplumsal işle alakalı etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azalması.
 8. Tekrarlayıcı bir şekilde, tehlikeli olabilecek pozisyonlarda alkol tüketme.
 9. Büyük bir ihtimal ile alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da tekrarlayıcı, fiziksel ya da ruhsal bir problem olduğu bilgisine rağmen alkol tüketimi devam eder.
 10. Aşağıdaki maddelerden biri ile açıklandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
 - a. Esriklığı ya da arzu edilen etkiyi elde etmek için belirgin şekilde artan miktarda alkol tüketim gereksinimi.
 - b. Aynı miktarda alkol tüketiminin devam etmesine karşın belirgin şekilde daha düşük etki sağlaması.
 11. Aşağıdaki maddelerden biri ile açıklandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:
 - a. Alkole bağlı yoksunluk sendromu
 - b. Yoksunluk belirtilerini gidermek (kurtulmak) ya da kaçınmak için alkol tüketilir.

1.3. Obsesyon ve Kompulsiyon Tanımı

Obsesyon ve kompulsiyonlar insanlığın tarihi kadar eski olduğu belirtilmiştir. Eskiden olan din kitaplarının içerisinde obsesyon ve kompulsiyonları işaret gösteren davranış örnekleri vardır (Öztürk ve Uluşahin, 2015, s.365).

Obsesyonlar; bireyin düşünce içeriğinde hâkim olan, tekrar eden düşünce, inanç yada fikir olarak tanımlanmıştır. Birey, bu düşünce, inanç yada fikirlerin gerçek olmadığına inansa ve bu düşüncelere direnç göstermeye çalışsa dahi işe yaramamaktadır. Kompulsiyonlar; bireyin hem elverişli hem de fayda sağlamadığını fark ettiği tekrarlayıcı şekilde yapılan davranış olarak tanımlanmıştır (Morrison, 2014, s.200). Obsesyonlar tekrarlı, isteğin dışında oluşan, bireyin belleğinin eseri olan, bireyin kendiliğini huzursuz eden (*ego-distonic*) özelliğinin bulunması sebebi ile birey belleğinden uzaklaştırmaya çalışır fakat bunun tam tersi durum gerçekleşir. Zihini işgal etmekte olan, sürekliliği olan ve zorlayan birçok çeşitli düşüncelerdir. Aynı zamanda dürtü veya düşlemde denilmektedir. Obsesyonlar kişiler tarafından “*takıntı, saplantı evham veya vesvese*” olarak nitelendirilmektedir. Tekrarlayan yineleyici davranışlar ise kompulsif olarak tanımlanmaktadır. Bu davranışlar “obsesyon” olarak bilinmektedir (Bayraktar, 1997, s.25).

Takıntılar, açık bir şekilde kaygıya neden olan tekrarlayıcı ve zorla oluşan düşünce, zorlantılar ise takıntılar yanıt için yapılan ve kaygıyı azaltmayı hedefleyen, tekrarlayıcı törensel davranış ve ya zihinsel eylemler şeklinde tanımlanmıştır (Kulaksızoğlu ve ark. 2009, s.82).

DSM IV’ de takıntılar (obsesyonlar) ve zorlantılar (kompulsiyonlar) aşağıdaki maddeler şeklinde tanımlanmaktadır:

Takıntılar (Obsesyonlar) :

- 1) Bazen zorla ve istenmeyen şekilde geliyor gibi yaşanan, çoğu bireyde belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya sebep olan, tekrarlayıcı ve devamlı düşünceler, itkiler ya da imgeler.

- 2) Birey, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırış etmemeye ya da bunları baskı altına almaya çalışır ya da bunları farklı bir düşünce yada eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişiminde bulunur.

Zorlantılar (Kompulsiyonlar) :

- 1) Birey obsesyonuna tepki olarak ya da sert bir şekilde uyulması gereken kurallara göre yapmak zorundaymış gibi hissettiği tekrarlı davranışlar ya da zihinsel eylemler.
- 2) Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları aza indirme ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacı ile yapılır. Fakat bu davranışlar ya da zihinsel eylemler yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlar ile gerçekçi bir şekilde alakalı değildir ya da açık bir biçimde aşırı seviyededir (s.129).

1.3.1. Obsesif Kompulsif İçme Davranışı

Alkolün bağımlılık riski çok yüksek seviyededir. Böylelikle bireyde kompulsif şekilde alkol içme durumuna getirebilen bir madde olarak bilinmektedir (Uzbay, 2015, s.109). Alkolizmde genellikle dürtüsel ve kompulsif (zorlayıcı) davranışların birlikte bulunduğu ya da her iki davranışında kombinasyonu olarak tanımlanmaktadır (Ketzerberger ve Forrest, 2000, s.791).

Bağımlılığın tanımı çok geniş bir alanı kapsadığı bilinmektedir. Genellikle bir objeye, bireye ya da herhangi bir varlığa karşı duyulan karşı koymakta güçlük çekilen ya da farklı bir iradenin altına girmek olarak değerlendirilebilir. Bu durum insanın zihinsel aktivitesi ile bağlantılı patolojik davranışları göstermektedir. Psikolojik, fiziksel ve sosyal hayatı negatif bir şekilde etkilemesine rağmen, kişilerin obsesif bir şekilde tekrarlanan ve engel olunmasında güçlük çekilen, istek ve sürdürme halidir (Uzbay, 2009). Alkol için insanın zorlayıcı dürtülerini açıklamak için kullanılan terminolojiler, davranışları motive eden diğer mekanizmaların yanı sıra tekrarlayan, otomatik ve görünüşte uyumsuz alımın farklı yönlerini yakalamaya çalışmıştır (Hopf & Lesscher, 2014, s.261).

Obsesif kompulsif bozukluk ile alkol içme isteği arasında bazı benzerliklere rastlanmaktadır. AKB'na sahip bireylerin iyileşme dönemi süresinde güçlü düşünceler aktif olabilir. Bu durumun nedeni amigdala ya da Dorsal lateral prefrontal kortekste yer alan girdiler sayesinde basal ganglionların aktif hale gelmesi ile açıklanabilir. Bireyler depresyon ya da kaygı gibi etkili stres durumu ile karşı karşıya geldiklerinde bu ilişkinin oluşması olası bir durumdur. Kişide alkol kullanımı süresince stres azalır böylelikle daha güçlü bellek yoluna neden olur. Stresin var olduğu durumlarda amigdala aktif hale geçer. Dorsal lateral prefrontal kortekste uyarılma olur böylelikle kişide içme isteğine neden olur (Güvenli & Saatçioğlu, 2008, s.145).

Alkol tüketiminde bedensel ya da ruhsal kötü sonucun bilincinde olma veya olamama, alkol kullanmayı durdurma, kullanımında belirli olan farkında olma durumu ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Dikkatin yapılan eylemler üzerinde olması ya da olmaması yapılan aktivite zihin aracılığı ile geri bildirim verir böylelikle işlem görmesine sebep olur. Sonuç olarak negatif davranışlar üzerinden geri bildirim yapılamaz. Alkol kullanım sürecinde bu durum şu şekilde değerlendirilir. Alkol kullanımı ile farkındalık süreci bozulmaya başlar ya da işlev göremez böylelikle bu işlevi kontrol eden insula gibi MSS'nin doğru çalışmadığına işaret eder. Bu durum sağlıklı geri bildirim vermemeye neden olur bunun sonucunda tekrarlı bir biçimde aynı hata yapılır. Alkol ve madde kullanımı kompulsif şekilde tekrara yol açar. Kişi madde kullanımını kesemez. Böylelikle bağımlılık meydana gelir (Çöl, 2013, s.20).

Kompulsif bir şekilde madde kullanımına madde bağımlılığı denilmektedir. Kompulsif şekilde madde kullanımı kontrol kaybına sebep olmaktadır. Kontrol kaybı madde alımı ile davranışın kontrolü nakledilmiş olmaktadır. Kompulsif biçimde madde alımı kendiliğinden oluşan bir sürece dönüşmektedir. Bu dönüşüm aşırı bir istek ve spesifik durumlar içinde oluşmaktadır. Madde kullanımı kişinin önceliği haline gelmiştir. Madde tüketiminde; maddeyi terk etme ya da kullanımında eksilme isteğine rağmen kullanım devam eder. Ayrıca kişi kullandığı maddenin tüm zararlarını bilir ve kötü sonuçlar almaya devam eder fakat kullanım devam etmektedir. Kompulsif madde kullanımında madde tekrarlı bir şekilde kullanım ile otomatik hale gelmektedir, bu durum madde aracılığıyla belirlenir ve davranış artık

madde kullanımının etkisi altında olmaktadır. Psikoaktif etki ve ödül olarak anlaşılması sebebiyle maddeyi kullanma pekişmektedir. Ayrıca kompulsif olarak kullanılan maddelerin ortak özelliği olduğu belirtilmiştir (Akt. Can, 2013, s.32-33).

Yapılacak olan diğer önemli bir ayrım, bağımlı olan kişinin alkol tüketmesinin kaynağı yine bireyin alkol tüketmesinin sonuçları ile yakından ilgilidir. Bu nedenle, esas tepkime takıntının uyumsuz içeriğine bağlı değil aksine, bu ihtiyacın artık kişi tarafından kontrol edilemeyeceğine ve sonuçlarının art arda devam edeceğine dair olan inancıdır. Alkol tüketme ihtiyacı kişinin geçmişinde de hissedilmiş olabilir fakat kişi bunu dayanılmaz bir istek ya da bu durumu saplantı haline getirmiş olabilir. Bağımlı kişi bu durumun kendisine zarar verdiğini algılamaktadır fakat isteğin mantıksız olduğunu düşünmemektedir (<https://www.cambridge.org/core. s.468>).

AKB olan kişilerde dürtüsel ve kompulsif özellikler kendisini ortaya çıkartmaktadır. Yaş oranı erken olan alkol bağımlısı olanların yaş oranı yüksek olan alkole başlayan kişilere göre dürtüsellik özelliklerin daha fazla, kompulsif özelliklerin ise daha az olduğu, buna ek olarak ailelerinde AKB olanların olmayanlara göre dürtüsellüğün daha çok kompulsifliğin ise daha az olabileceği söylenmektedir (Güngör ve ark. 2013, s.267).

1.4. Başa Çıkma Stilleri

Bireyler hayatlarının bütün anlarında fizyolojik, zihinsel ve psikolojik açıdan birçok uyaran ile karşılaşmaktadır. Bu uyaranlar, kişinin içerisinde var olduğu balans, düzen ve uyum faktörlerine etki edebildiği bilinmektedir. Yaşanmış olan olay, bireyin sıkıntı duymasını, baştan uyum sürecini sağlamasını, alışmış olduğu yaşama ve çözüm üretme şekillerini sorgulaması veya değişebilir niteliği var ise kişi, karşılaştığı zor durumu atlatabilmek ve yeniden rahatlama sağlayıp uyum göstermek için çaba sarf edecektir. Böylelikle stres ve başa çıkma gibi kavramlar önemli hale gelmektedir (Basut, 2006, s.31).

Bir süreç içerisinde başa çıkma külfetli ve zor isteklerde bulunma olarak değerlendirilen veya kaynaklarını aşan belirli dış ve / veya iç talepleri yönetmek için

devam eden bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır (Lazarus, 1993, s.237).Folkman ve Lazarus 1980 yılında başa çıkma stillerini 2 gruba ayırmıştır. Problem odaklı başa çıkma sıkıntıya neden olan problemlerin daha iyi olabilmesi için durumu değiştirecek bir şeyler yapılması olarak tanımlamıştır. Duygu odaklı başa çıkma ise üzüntü veren veya üzücü duyguların düzenlenmesi şeklinde tanımlanmıştır (Folkman ve Lazarus, 1985, s.152).

Problem odaklı başa çıkma stratejileri direk olarak sorunu çözmeye, hissedilen kaygıyı yenmek amaçlanır ve buna yöneliktir. Bu stratejiyi kullanan kişiler hiçbir şey yokmuş gibi davranmak yerine basit bir plan ile kendilerini daha iyi hissettikleri açıklanmıştır. Duygu odaklı başa çıkma stratejileri sorunlar ile birlikte olan duygusal problemleri azaltmak hedeflenmiştir (Burger, 2008, s 206).

Stres ve sıkıntılı durumlara uyum sağlama yeteneğinin ortaya çıkışı, insanın gelişiminin merkezi bir özelliğidir. Stresli olaylara başarılı bir biçimde adapte olmak, kişilerin duygularını yönetme, yapıcı düşünme, davranışlarını düzenleme ve yönlendirme, özerk uyarılmalarını kontrol etme ve strese neden olan kaynakları değiştirmek veya azaltmak için sosyal ortam ve sosyal olmayan ortamlarda hareket etme yollarını içermektedir. Bu işlemlerin tümü, başa çıkma yapısı içerisinde çeşitli derecelerde yer almıştır. Çocukluk ve ergenlik dönemi bu süreçler açısından önem arz etmektedir. Çünkü başa çıkma ve başa çıkmaya ait beceriler bu dönemler de ortaya çıkmakta ve strese uyum süreçleri açısından kritik bir öneme sahiptir. Başa çıkma yanıtları bir strese tepki olarak ve çevreye veya içsel duruma yönelik kasıtlı fiziksel veya zihinsel eylemleri ifade eder. Başa çıkma hedefleri, başa çıkma cevaplarının hedefleridir ve başa çıkmanın motivasyonel doğasını yansıtır; başa çıkma sonuçları, gönüllü başa çıkma çabalarının kendine has sonuçlarıdır. Ayrıca, başa çıkma hem açık davranışsal hem de gizli bilişsel yanıtları içerir (Compas ve ark. 2001, s.87-91).

Lazarus, stresin üç süreçten oluştuğunu savundu. Birincil değerlendirme, kendisine yönelik bir tehdit algılama sürecidir. İkincil değerlendirme, tehdide potansiyel bir cevap akla getirme sürecidir. Başa çıkma bu cevabı gerçekleştirme sürecidir. İşlemler en kolay bir doğrusal dizi olarak tanımlansa da, Lazarus kırılmayan bir akışta oluşmadıklarını vurguladı. Aksine, bir işlemin sonucu önceki

bir işlemi yeniden tetikleyebilir. Örneğin, yeterli bir başa çıkma yanıtının hazır olduğunu anlamak, bir tehdidi daha az tehdit edici olarak yeniden değerlendirmenize neden olabilir. Başka bir örnek olarak, başa çıkma yanıtı beklenenden daha az etkiliyse, tehdit seviyesini yeniden değerlendirebilir veya hangi başa çıkma yanıtının uygun olduğunu yeniden değerlendirebilirsiniz. Öyleyse, bütün işlemler kümesi stresli bir işlemde tekrar tekrar döngü yapabilir (Carver, Scheider & Weintraub, 1989, s.276).

Başa çıkma kişinin stresli duruma karşı nasıl adapte olduğunu belirlemektedir. Başarılı başa çıkma stratejisinin strese karşı tamponlama etkisi vardır. Literatüre bakıldığında stresli durumlar ile başa çıkmanın üç genel stratejisi ya da biçimi tanımlanmıştır. Birincisi; tehdit edici veya zarar veren bir dış durumu belirlemeye çare olmayı hedefleyen sorun odaklı başa çıkmadır. İkincisi; böyle bir durum olduğunda bireyin duygusal tepkisini havalandırma, yönetme ya da hafifletmeyi içeren duygu odaklı başa çıkmadır. Son olarak üçüncüsü; kişinin kendisini zihinsel veya fiziksel olarak tehdit edici ya da zarar verici durumdan çıkarma girişimlerini içeren kaçınma odaklı başa çıkma olarak açıklanmıştır (Madhyastha ve ark. 2014, s.4).

Araştırmacılar başa çıkma stratejilerini iki gruba ayırmıştır. Bunlar aktif ve kaçınmacı başa çıkma stratejileridir. Bireyin durumu düzeltmek adına yaptığı hareket yöntemlerine aktif başa çıkma stratejileri denilmektedir. Kişinin kaygı duydukları yerleri bilinçlerinden uzak tutarak yaptığı yöneme kaçınmacı başa çıkma stratejileri denilmektedir (Burger, 2008, s.205).

Son 30 yılda başa çıkma konu ile birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalar başa çıkmanın işlevleri ve başa çıkmayı etkileyen faktörleri hakkında bir noktada birleşen kanıtlar sunmuştur. Fakat psikologlara göre başa çıkma mekanizmalarının farklı sonuçlara nasıl etki ettiği ile ilgili öğrenilecek çok şeyin olduğunu belirtmektedirler. Daha fazla ilerleme kaydetmemesinin asıl nedenlerinden biri, stres sürecindeki olumsuz sonuçlara odaklanılmasıdır. Özellikle odak noktası olumsuz sonuçlardır. Başa çıkma teorisi ve araştırması olumlu sonuçları da dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir. Yazarlar böyle bir sonuca, pozitif etkilere odaklanmakta ve kronik stres sırasında negatif etki ile pozitif etkinin birlikte ortaya çıkması, kronik stres sırasında olumlu etkinin adaptif işlevleri ve bu özelliğe dayalı

bir başa çıkma süreçleri üzerine odaklanmaktadır. Kronik stres sırasında olumlu etkiyi desteklemek gerektiğini belirtmektedirler. Stres sürecindeki etki ve duygu teması, olumsuz etki ve diğer olumsuz sonuçların tartışılmasıyla belirlenmektedir. Olumlu etki ve diğer olumlu sonuçlara daha az önem verildiği görülmektedir (Folkman& Moskowitz, 2000, s.647-654).

Mooli Lahad tarafından geliştirilmiş Basic Ph Coping Model başa çıkma stratejilerini belirlemeye yönelik bir model olarak açıklanmaktadır. Bu model kişilerin baş etme stiline temelinde altı potansiyel özellik ya da boyuta sahip olduğunu göstermektedir. İnsanın her boyutu başa çıkma yaklaşımının parça olarak kullanabilme yeteneği vardır. Birçok insanın zaman içerisinde geliştirilen rahat başa çıkma yöntemlerine güvenme eğilimleri vardır. Basic PH modeli modelde bireyin 6 alt boyutta incelenen başa çıkma yöntemleri açıklanmıştır (Zerene, 2004).

- Değer
- Duygu
- Dayanışma
- Düş
- Düşünce
- Davranış

İnsanlar tehdit edici bir durum ile karşılaştıklarında kullandıkları başa çıkma stratejilerinin sayıları çoktur. Kendilerini işe yöneltirler, birbirlerine benzer problem yaşamışlarsa arkadaşları ile bunu paylaşırlar, konu ile ilgili bilgi toplayıp konunun uzmanı ile görüşmeler yaparlar, alkol kullanırlar, problemin kaynağına saldırıda bulunurlar, problemin kaynağı her ne ise onu görmezden gelirler, spora yönelirler, insanlar ile etkileşime geçinmekten kaçınırlar, dua edip bir umut aramaktadırlar (Burger, 2006, s. 202-203).

1.4.1. Alkol ve Başa Çıkma Stilleri İlişkisi

Smith, Abbey, Scott tarafından 1993 yılında yapılan bir araştırmada alkol kullanımının nedenlerinden bir tanesinin kişilerin karşılaştığı zor durumlarda başa çıkma aracı olarak gördüğünü belirtmiştir (Akt. Yıldırım, 1997, s. 148). İnsanların zor durumlar ile mücadele ve problem çözmenin yerine, zorluklardan kaçma ya da

onları inkâr etme güçsüz bir benlik yapısına sahip olan bireylerin davranış özelliğidir. Kendi yaşamlarında kontrolü olmayan kişiler, kendilerine güvenmekte ve yeterli olduklarının farkına varmayan bireylerdir. Alkol kolay bir kaçış yoludur ve kişiler alkole sığınır. İnsanlar yaşadıkları sorunlardan kurtulmak için alkole başvurur (Şirin & Turan, s.135-136).

Comasco ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılan bir çalışmada içki içmek için üç ayrı motivasyon modeli ortaya çıkmıştır. Bu 3 modelden ikincisi baş etme güdüsü olarak adlandırılmıştır. Katılımcılar kendilerini iyi hissettikleri için ve ya rahatlama sağlamak, başka şeyler düşünmek, endişeleri ya da sorunları unutmak, sakinleşmek ve gerginliği azaltmak için olduğunu belirtmişlerdir (s.1594).

Kişilerin karşılaştıkları problemlere çözüm üretme ve başa çıkmak açısından elverişli davranışı ve düşünebilmeyi gerektirmektedir. Problemlerin çözümlenebilmesi için kullanılan alkol/madde bireyi uygun düşünme, duyma ve uygun davranıştan uzaklaştırmaktadır. Ayrıca var olan sorunların üzerine alkol/maddenin ortaya çıkardığı sorunlar ilave edilir. Belirli bir zaman geçtikten sonra bireyde alkol/madde kullanımı sayesinde problemlerden uzaklaşma gözlemlenmektedir. Alkol/madde yaşam biçimi haline gelmesi ile kişide problemlerin çözülememesi (çözumsuzlük hissi) ile alkol/madde kullanımı ile rahatlama sağlamaya çalışmaktadır. Böylelikle zaman geçtikçe kişide alkol/madde kullanımı problemler ile “başa çıkma” mekanizması olarak algılanmaktadır (Sağkal, 2005).

Veenstra ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı bir araştırmada negatif yaşamsal olaylar ile alkol kullanımının arasında ki ilişkiyi incelemektedir. Bu araştırmanın sonucunda;

- a) Olumsuz yaşam olaylarının alkol tüketimi ile ilişkisi olduğu bulunmuştur.
- b) Erkek-Kadın arasında olumsuz yaşam olayları yaşandığında alkol tüketiminde bir fark bulunamamıştır.
- c) Alkol tüketimine neden olan olumsuz yaşam olayları şu şekildedir. İş-aile problemleri, hastalık ve sosyal problemlerdir.

- d) Bireyler yaşanan pozitif olaylar ile karşılaştıklarında alkol tüketiminde düşme meydana geldiği gözlemlenmiştir.

Uyarlanabilir başa çıkma modlarında açık olan kişiler, başa çıkabilmek için alkol tüketebilir. Buradaki asıl amaç alkol ile olumsuz etkiyi azaltmaktır. Genel olarak, başa çıkma ve alkol kullanımı arasındaki ilişkilerin yönünde kayda değer bir tutarlılık vardır. Sorunlarla doğrudan başa çıkmak, onlardan kaçınmak ya da yalnızca duygusal tepkileri ele almak yerine, aşırı içmeye karşı korunma açısından faydalı gibi gözükmemektedir (Walker, 2000, s.1-5)

Yapılan araştırmada alkolik eşlerin karşılaştığı sorunların birden fazla alanda olduğu ortaya çıkmıştır. Bunlar en çok fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlar olduğu belirtilmiştir. En çok bildirilenler duygusal problem olarak belirtilirken, en az problemler fiziksel şiddet içeren problemlerdir. Alkolik bireylerin eşleri tarafından kullanılan baş etme yöntemlerinin hoşgörülü ve geri çekilme olduğunu belirtmişlerdir. Bireyin kullandığı başa çıkma stratejisi aynı zamanda diğer durumsal belirleyiciler ile birlikte bireyin bireysel bir işlevi olarak bilinmektedir. Bağımlı bir kişilik profiline sahip olan eşlerin tolerans ve geri çekilme başa çıkma stilini kullanmaları daha yüksektir, benlik saygısı, iddialılık, esneklik ve baskın olma konusunda daha fazla baş etme stili için çaba harcamaktadır (Sharma ve ark. 2016, s.65-70).

1.5. Sosyal Destek

1970 yılından itibaren yakın geçmişe kadar alan yazınında birçok araştırma sosyal destek ile ruhsal sağlık ilişkisi araştırılmıştır. Sosyal desteğin ana bileşeni, kişinin çevresindeki insanlar tarafından güvenilme, kendisine sevgi ve saygı duyulması, ilgi görülmesi ve kendisine değer verilmesi gibi ihtiyaçlarının olduğu hipotezine dayanmaktadır. Bireylerin bu ihtiyacının farklı yönlerine odaklanılmasından dolayı yapılan tanımlarda da değişiklikler görülmektedir (Başer, 2006, s.8).

İnsan toplum içerisinde doğup, gelişimini sürdürür ve büyüyerek devam eder. Bu zaman içinde farklı durumlar ile karşılaşır, karşılaştığı durumlar ile başa çıkmaya

çalışır. Beğenilen ve beğenilmeyen duyguları ile (sıkıntı, üzüntü, kaygı, korku ya da sevinç gibi duyguların) yaşanıyor olması her insanda farklı şekilde gelişim göstermesine rağmen insanların böyle durumlarda yanında desteğinin var olması başa çıkma stillerine katkı sağlamaktadır. İnsan toplumsal bir varlık olduğu için ve bu durumla ortaya çıkan destek ağlarının içinde bulunmak ister. Bu durum kişinin iyi olma haline etki etmektedir (Karataş, 2012, s.258).

1.5.1.Sosyal Destek Tanımı

Kişinin çevresinde bulunan kendisine yakın hissettiği insanlardan yardım talep etme ve onların vereceği desteği kabul etmesi sosyal destek ile ilgili olduğu bilinmektedir. Araştırmalara göre sosyal destek insanın bedensel ve psikolojik sağlığı üzerinde pozitif etkisinin olduğunu ortaya çıkarmıştır (Doğan, s. 31). Birey sosyal destek ile ilgili kaynaklarının varlığına sahip olduğunu sezebiliyor ve kendisine yönelik çevresel sosyal desteği var ise kişide oluşacak his çevresi tarafından kabul edilmek olacaktır. Kişinin hissettiği kendisini kabul durumu, kendisine olan güvenin oluşmasına yardım etmektedir. Böylelikle kendisine güven duyan kişi kendisi ile ilgili alacağı karar pozitif yönde olmaktadır (Başer, 2006, s.63).

Sosyal destek, bedensel ve psikolojik birçok hastalığın ortaya çıktığı ilk zaman, hastalığın gidişatı ve süresi ile ilgili önemli tesirinin olduğu açıklanmıştır. Farklı bir açıdan sosyal destek, bireylerin sağlığı ile bağlantılı olduğu onaylanmış sosyal bir değişken olduğu bilinmektedir. Sosyal destek stres veren yaşamsal olayların teşkilinde ve stres kaynaklı sonuçların farklı şekillerde etki ettiği düşünülmektedir. Ayrıca kişinin yaşadığı durum ve buna bağlı olarak anlamı, gösterilen duygusal tesirinde değişiklikler oluşturmaktadır. Bu sayede, kişiler stresi oluşturan yaşamsal olaylar ile etkili bir şekilde başa çıkma mekanizması geliştirmektedirler (Ardahan, 2006, s.68).

Sosyal destek farklı şekillerde açıklanıyor gibi gözükmemektedir fakat tüm yazarların görüşlerinde ki ortak nokta sosyal desteğin kişilerin davranış ve birbirleri ile olan ilişkilerinde bazı türlerini kapsadığı bilinmektedir. Genellikle sosyal destek iki ana bileşeni kapsamaktadır. Kişilerin ihtiyaç duyduklarında başvurabilecekleri kişilerin varlığının olduğunu bilmesi algısı, verilen destekten memnun olma

derecesidir. Bu bileşenlerin birbirleri ile olan ilişkisi kişilerin kişiliklerine bağlı olarak şekillenmektedir. Bazı bireyler sosyal desteklerinin fazla olmasını istemektedir fakat bazı kişiler için sadece bir kişinin bile olması yeterlidir (Karadağ, 2007, s.9-10).

Görüldüğü üzere yaşam alanı sadece davranışsal sınırların olgularından oluşmaktadır. Bunlar 2 gruba ayrılmaktadır. İlki kişiyi tanımlayanlar, ikincisi ise çevreyi anlatanlardır. Lewin davranış ile ilgili bir tanımlama yapmıştır. Bu tanımlamada davranış çevre kavramı fiziki çevre açısından farklıdır fakat bu çevrenin içerisinde olan psikolojik bir çevreden bahsetmektedir. Ruhsal çevre içerisinde oluşan tüm öğeler davranışa etki eder böylelikle dış vaziyetin anlatımı olur. Lewin'e göre davranış ruhsal çevrede oluşup değişkenlik gösterir. O halde kişinin negatif davranışlarını yok etmek ve yeni davranış edinebilmesi kişinin çevresinde değişiklik yapması ile oluşabilir. Bu çevre psikolojik çevresi yönünde değişiklik yapmasına işaret eder ancak bu şekilde kişiye yardımcı olunur. Bu yapıdan yola çıkarak sosyal destek sistemi kişinin ruhsal çevresinin içinde bulunduğu savunulmaktadır (Yıldırım, 1997, s. 81).

Cohen ve Wilss 1985 yılında sosyal destek ile sağlık arasındaki bağlantıyı iki şekilde açıklamıştır. Bunlar; temel etki (*Main Effect Model*) ve tampon modeli (*Buffering Model*) olarak bilinmektedir. İlk modelde sosyal destek ile sağlık arasında doğrusal bir ilişkinin varlığından bahsetmektedir. Temel etki modelinde; sosyal çevredeki ilişkilerin pozitif ve sistemli bir şekilde olması, kişilerde olumlu etki oluşturmaktadır. Kişinin var olan sorunlarında daha düşük seviyede etkilenmesini sağlamaktadır. Kişiler stresli olsa bile sosyal destek burada önemli bir etkiye sahiptir. Çünkü sosyal desteğin yararlı olduğu bildirilmektedir. Sosyal çevre içerisinde eğer ilişkiler az ya da yok ise ruhsal ve bedensel problemlerin risklerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. İkinci modelde ise stresli durumlarda sosyal desteğin aktif bir etkisi vardır. Tampon modeline göre; sosyal destek stresin zarar veren etkilerini azaltmakta ve sağlığı koruduğu saptanmıştır (Akt. Eldeleklioğlu, 2006, s.731). Bu iki model birbirinden farklıdır. Modellerin etkisi süreç, durum ve şartlara göre değişkenlik gösterebilir. Bu nedenle sosyal desteğin doğrudan ya da dolaylı etkisi, her ikisinin de aynı anda etkisinden bahsedilebilir (Duru, s.15)

1.5.2. Algılanan Sosyal Destek

1.5.2.1. Algılanan Sosyal Destek Tanımı

En genel tanımı ile ilişkiden elde edilen doyumun algılanan sosyal destek olduğu bilinmektedir. Algılanan sosyal destek kişilerin hayatlarında farklı alanlarda geliştirdikleri kendilerine verilen değerin, özen gösterilmenin ve gerek duyduklarında başvurabilecek kişilere sahip olduklarını, aralarındaki ilişkilerde tatmin duygusunun olduğuna işaret etmektedir (Karadağ, 2007, s.10-11).

Sosyal desteğin türü kişiden kişiye değişmektedir. Farklı destek türlerinin etkisinin stresli olayların doğasına göre mi yoksa sıkıntı çeken bireyin özelliklerine göre farklılıkların belirlenmesi için temel sağlamaktadır. Araçsal destek, maddi yardımın, örneğin finansal yardımın veya günlük işlerle ilgili yardımın sağlanmasını içerir. Bilgi desteği, bireyin mevcut zorluklarla başa çıkmasına yardımcı olmayı amaçlayan ilgili bilgilerin sağlanması anlamına gelir ve tipik olarak birinin sorunlarıyla başa çıkmada tavsiye veya rehberlik şeklindedir. Duygusal destek empati, özen, güvence ve güven ifadesini içerir ve duygusal ifade ve hava alma için fırsatlar sunar (Cohen, 2004, s.676-677).

1.5.3. Alkol ve Sosyal Destek İlişkisi

Alkol ve başka maddelerin yaşanan kaygı düzeyini düşürdüğünden dolayı kişilerin yaşadıkları zorlu durumlardan kaçmak adına bir çözüm yolu olarak görülüp, alkol ve madde kullanımının oluşmasına yol açtığı bilinmektedir. Bu neden ile alkol kullanımında bir durdurma ya da alkol kullanımını bırakma kişiler için zor bir durum haline gelmektedir. Böyle durumlarda kişiler üzerinde sosyal destek etkisini göstermektedir. Sosyal destek bireylerin yaşamakta olduğu sıkıntılı durumlardan kurtulabilmeleri için önemli bir faktör haline gelmiştir. Aile faktörü sosyal destek kavramı içerisinde önemlidir ayrıca sosyal desteğin olumlu yönlerinin var olduğu bilinmektedir. İnsanların ruhsal ve bedensel sağlıklarına pozitif yönde etkileri vardır. Sosyal desteği bulunmayan kişilerde negatif etkilerin görülme olasılığı bulunmaktadır (Olcay, 2006).

Doğan tarafından 2008 yılında yapılan bir çalışmada sosyal desteğin önemini belirtmiştir. Sosyal destek, kişinin çevresinde ki yakınlarından yardım talep edebilme ve diğer kişilerin verdiği desteği kabul görmesi ile ilgilidir. Yapılan araştırmalarda sosyal desteğin bedensel ve psikolojik açıdan pozitif etkilerinin olduğu saptanmaktadır (s.31).

Toplumsal sistemin en küçük yapısı ailedir. Sistem içerisinde bütün organların belirli şekilde görevleri bulunmaktadır. Sistem içinde organlardan birinin bile zarar görmesi ile organizmanın işleyiş şeklinde problemlerin oluşması meydana gelir. Alkol kullanımı ile ilgili problemi olan bireyin ailesi ile arasındaki karışık ilişki aile içerisinde ki diğer üyeleri de negatif yönde etkiler. Erken ve kronik dönem içinde AKB’da ailenin negatif ya da pozitif katkısı göz ardı edilemez. Eğer kişi erken dönem içinde ise aile ve sosyal çevre kişinin içmesinden aşırı derecede etkilenmez. Fakat kişi kronik dönemde ise ilişkilerde bozulmalar meydana gelir. Birey günlük yaşamında harcadığı zaman dilimi kullandığı maddeyi bulmak, kullanmak ve maddenin yarattığı etkiden kurtulmak haline gelmektedir. Bunun sonucunda birey farklı etkinlikler ile ilgilenmekte güçlük çeker ve zaman ayıramaz (Yüncü ve ark. 2005, s.130).

Tok ve Özyurt’un 2015 yılında üniversite öğrencilerinde riskli alkol kullanımı yordayan faktörleri araştırmışlardır. Üniversite öğrencilerinin yaş aralıkları temel alındığında arkadaş tarafından algılanılan sosyal destek başta yaşam problemleri ve stres ile başa çıkma üzerindeki önemi önemli bir hale geldiği belirtilmiştir. Böylelikle anne ve babası ile kuvvetli bir bağlanma kuramamış bireyin, ileriki yaşamında tatminkâr sosyal ilişki oluşturamayacağı, en kuvvetli sosyal ağ içerisinde sorun ile karşılaştığı için hayat problemleri ile başa çıkmada güçlük çekeceği ve bu sonuçlara bağlı olarak alkol kullanım miktarında artış gözlemleneceği sonucu düşünülebilir (s.8).

Bağımlı olan kişilerde yalnız olma isteği, sosyal yönden geride durma, yalnız olmak sıkça rastlanılan durumlar arasındadır fakat yalnızlığın mı bağımlılığa, bağımlılığın mı kişileri yalnızlaştırdığına dair yeterli verilere ulaşılamamıştır. İleride ki yapılacak olan araştırmaların terapötik ilişkinin kalitesine etki edeceği, uygulanacak olan hizmetlerin niteliğinde artış gözlemleneceği düşünülmektedir.

Alkol ya da madde bağımlısı olan kişilerin yalnız olma seviyelerinin ve bu duruma etki eden faktörlerin bilinmesi önemli olduğu düşünülmektedir. Bu durumun asıl nedeni önlem alma, kişi ve aileye destek verilmesi, kişilerin sosyal destek sistemleri yönünden sağlamlaştırılması böylelikle alkol ya da madde bağımlısı kişilerin nüks dönemlerini önleme açısından oldukça önemli bir durumdur (Yıldırım, Engin & Yıldırım, 2011, s.26). Bu zamana kadar yapılmış olan çalışmalarda aile bireylerinin bağımlılığın tedavisinde etkili bir rol oynadığı belirtilmiştir. Aile, bağımlı bireyin tedavisi ve tedavi sonrasında yeniden düzenlenmiş olan yaşamına uyum göstermesinde etkin bir rol oynadığı açıklanmıştır (Yüncü ve ark. 2005, s.133).

Alan yazınında Olcay tarafından 2016 yılında yapılan bir araştırmada 60 kişiden oluşan alkol ve madde bağımlılığı tanısı olan örneklem grubu içerisinde; 20 katılımcıda algılanan sosyal destek ölçek puanları yüksek olduğu görülmüştür. Hasta bireylerin algıladıkları sosyal destek fazla olduğu için diğer katılımcılara göre tedaviye katkısının bulunduğu ve olumlu etki ettiği düşünülmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Yöntem bölümünde araştırmanın örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, araştırmanın modeli ve araştırmada kullanılan istatistik yöntemlerden bahsedilecektir.

2.1. Araştırmanın Modeli

Alkol kullanan bireylerde obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stratejileri ile sosyal destek türlerinin arasındaki ilişkiyi ve değişkenler arasındaki farklılıklara göre ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

2.2. Örneklem

Araştırmanın örnekleme; elverişli örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırmaya alkol kullanımı olan 264 kişi katılmıştır. Alkol kullanımı olan katılımcıların 154'i kadın, 110'ü erkek kişiden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan katılımcıların yaşları 18-59 arasında değişkenlik göstermektedir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan bilgilendirilmiş onam formu, sosyodemografik bilgi formu, alkol kullanım bozuklukları tanıma testi, obsesif kompulsif içme ölçeği, başa çıkma stilleri ölçeği kısa formu ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği hakkında bilgiler verilmiştir.

2.3.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Formun içerisinde çalışma hakkında bilgiler verilmiştir. Katılımcıların ölçeklere verdikleri yanıtlar ve katılımlarının gizli tutulacağı belirtilmiş ve çalışmanın esası gönüllülük ilkesine dayanmakta olduğu ilkesine yer verilmiştir.

2.3.2. Sosyodemografik Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu toplamda 9 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular katılımcı hakkında konu ile bağlantılı yeterli bilgiyi elde etmek amacıyla düzenlenmiştir. Sorular şu şekildedir: Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni durumu, alkol için harcanılan para miktarı, alkolün günlük hayatı etkileme şekli, kaç yaşında alkol kullanmaya başlanıldığı, aile de başka alkol kullanan birey olup olmadığı şeklinde sorular içermektedir.

2.3.3. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT) – Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

AKBTT 2002 yılında Saatçioğlu ve arkadaşları tarafından çevrilip geçerlilik çalışması yapılmıştır. Test toplamda 10 sorudan oluşmaktadır. Testin soruları zararlı alkol kullanımı, alkol kullanımını ve buna bağlı sorunları belirlemektedir. Testin ilk 3 sorularında tehlikeli alkol kullanımını, sonraki 3 soruda alkol bağımlılığını ve son 4 soruda ise riskli alkol kullanımını ortaya çıkarmaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 40 ve kesme puanı 8 olarak belirlenmiştir (Saatçioğlu, Evren ve Çakmak, 2002). Bu çalışmada AUDIT ölçeğinin Cronbach Alpha değeri ,884 bulundu.

2.3.4. Obsesif Kompulsif İçme Ölçeği (OKİÖ)- Obsessive–Compulsive Drinking Scale (OCDS)

Katılımcıların alkol içme isteği ile ilgili değerlendirme yapmak için Obsesif Kompulsif İçme Ölçeği kullanıldı. Toplam alkol isteği puanı maksimum 56'dır. Yale–Brown Obsesif Kompulsif İçme Ölçeği yeniden düzenlenerek 14 sorudan oluşan bir ölçek oluşturulmuştur. Her madde 0-4 puan arasında değerlendirilmektedir. Genel olarak alkol içme isteği hakkında bilgi sahibi olduğu gibi, obsesif ve kompulsif öğelerin de değerlendirilmesini sağlamaktadır. OKİÖ Türkçe uyarlanması yatarak tedaviye devam eden erkek alkol bağımlılığı olan hastalara uygulanarak geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada OKİÖ ölçeğinin Cronbach Alpha değeri ,951 bulundu.

2.3.5. Başı Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu (BÇSÖ-KF)

Başı Çıkma Stratejileri (COPE) uzun formunu revize edilerek Carver (1997) tarafından geliştirilen kısa formudur. Başı Çıkma Stratejileri Kısa Formu 28 soru ve 14 alt ölçekten oluşmaktadır. Her maddeye verilecek yanıtlar “bunu hiç yapmıyorum” dan “bunu çok yapıyorum” arasında 1-4 (1=Asla böyle birşey yapmam, 2=Çok az böyle yaparım, 3=Orta derecede böyle yaparım, 4=Çoğunlukla böyle yaparım) puan aralığında değerlendirilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek ham puan 2-8 arasında değişkenlik göstermektedir. Formun alt ölçekleri ise 14 tane olup şu alanları içermektedir. BÇSÖ-KF alt ölçekleri:

- 1) Aktif başı çıkma
- 2) Planlama
- 3) Amaca yönelik sosyal destek arama
- 4) Duygusal destek arama
- 5) Duyguları dışı vurma
- 6) Davranışsal uzaklaşma
- 7) Dikkati başıa yöne yöneltme
- 8) Olumlu yönde yeniden yorumlama
- 9) Reddetme
- 10) Kabullenme
- 11) Din
- 12) Madde kullanımı
- 13) Mizah
- 14) Kendini suçlama

Alt ölçeklerin iç tutarlılık kat sayıları .50'nin üzerinde olduğu belirtilmiştir (Bacanlı, Sürücü & İlhan, 2013). Bu çalışmada COPE ölçeğinin Cronbach Alpha değeri ,863 bulundu.

2.3.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği - Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

Ölçek Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında Türkçe'ye çevirisi ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. MSPSS ölçeği 12 madde, 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Alt ölçekleri sosyal desteğin kaynağı ile ilgili sorular içeren maddeler şeklinde 4 maddeden oluşmaktadır. Desteğin kaynakları aile, arkadaş yada özel biri şeklinde düzenlenmiştir. Likert tipi ölçek kullanılıp puanlanması; 1-7 (1=Kesinlikle hayır-7=Kesinlikle evet) şeklindedir. Her alt ölçek kendi içinde toplanıp sonrasında tüm alt ölçekler toplanılmaktadır. Böylelikle MSPSS ölçeğinin toplam puanı elde edilmektedir. Toplam puan yüksek olduğunda algılanan sosyal desteğin fazla olduğunu saptamaktadır. Bu çalışmada MSPSS ölçeğinin Cronbach Alpha değeri ,928 bulundu.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada kapsamında toplanan verilerin analizi SPSS programı kullanılarak yapılmıştır. Hangi testlerin kullanılacağına karar vermek için verilerin normal dağılıp dağılmadığı kontrol edilmiş ve OKİÖ dışında verilerin normal dağıldığı gözlemlendiği için parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. OKİÖ ile ilgili analizlerde parametrik olmayan analizler kullanılmıştır. Demografik bilgilerin analizi için betimleyici istatistikler, grup karşılaştırmaları için bağımsız örneklem t-test, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis, değişkenler arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için korelasyonanalizi yapılmıştır. Kruskal Wallis analizleri sonrası hangi gruplar arası fark olduğunu belirlemek için pairwise analizlerine bakılmıştır. Araştırma genelinde anlamlılık değeri ,05 dikkate alınmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 1.Demografik Bilgiler

			Risk Var	Risk Yok	Toplam
Cinsiyet	Kadın	N	56	98	154
		Kendi grubu içinde %	46,7%	68,1%	
	Erkek	N	64	46	110
		Kendi grubu içinde %	53,3%	31,9%	
Yaş	18-29	N	88	109	197
		Kendi grubu içinde %	73,3%	75,7%	
	30-59	N	32	35	67
		Kendi grubu içinde %	26,7%	24,3%	
Eğitim Durumu	Lise	N	19	12	31
		Kendi grubu içinde %	15,8%	8,3%	
	Lisans	N	73	95	168
		Kendi grubu içinde %	60,8%	66,0%	
	Lisansüstü	N	28	37	65
		Kendi grubu içinde %	23,3%	25,7%	
Gelir Durumu	Düşük	N	11	21	32
		Kendi grubu içinde %	9,2%	14,6%	
	Orta	N	81	94	175
		Kendi grubu içinde %	67,5%	65,3%	
	Yüksek	N	28	29	57
		Kendi grubu içinde %	23,3%	20,1%	
Medeni Durum	Bekar	N	96	110	206
		Kendi grubu içinde %	80,0%	76,4%	
	Evli	N	24	34	58
		Kendi grubu içinde %	20,0%	23,6%	
Alkole Harcanan Para	10-49TL	N	39	108	147
		Kendi grubu içinde %	32,5%	75,0%	
	50-99TL	N	32	26	58
		Kendi grubu içinde %	26,7%	18,1%	
	100TLüzeri	N	49	10	59
		Kendi grubu içinde %	40,8%	6,9%	
Alkol Hayatınızı Etkiliyor mu?	Etkilemez	N	71	131	202
		Kendi grubu içinde %	59,2%	91,0%	
	Etkiler	N	49	13	62
		Kendi grubu içinde %	40,8%	9,0%	
Alkole Başlama Yaşı	18yaşaltı	N	69	72	141
		Kendi grubu içinde %	57,5%	50,0%	
	18yaşüstü	N	51	72	123
		Kendi grubu içinde %	42,5%	50,0%	
Ailede Alkol kullanan Var mı?	Evet	N	91	114	205
		Kendi grubu içinde %	75,8%	79,2%	
	Hayır	N	29	30	59
		Kendi grubu içinde %	24,2%	20,8%	

Tablo 1 ‘de araştırmaya katılan riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylere ilişkin çeşitli demografik bilgiler verilmiştir. Buna göre katılımcıların %45’i riskli,

%55'i risksiz alkol kullanımı olan bireylerden oluşmaktadır. Riskli alkol kullanıcılarının %46,7'si kadınlardan, %53,3'ü erkeklerden oluşuyorken; risksiz alkol kullanıcılarının %68,1'i kadınlardan, %31,9'u erkeklerden oluşmaktadır. Riskli alkol kullanıcılarının %73,3'ü 18-29 yaş aralığından, %26,7'si 30-59 yaş aralığından oluşuyorken; risksiz alkol kullanıcılarının %75,7'si 18-29 yaş aralığından, %24,3'ü 30-59 yaş aralığından oluşmaktadır. Riskli alkol kullanıcılarının %15,8'i lise, %60,8'i üniversite, %23,3'ü lisansüstü mezunlarından oluşuyorken; risksiz alkol kullanıcılarının %8,3'ü lise, %66'sı üniversite, %25,7'si lisansüstü mezunlarından oluşmaktadır. Riskli alkol kullanıcılarının %9,2'si düşük, %67,5'i orta, %23,3'ü yüksek gelir durumundan oluşuyorken; risksiz alkol kullanıcılarının %14,6'sı düşük, %65,3'ü orta, %20,1'i yüksek gelir durumundan oluşmaktadır. Riskli alkol kullanıcılarının %80'i bekarlardan, %20'si evlilerden oluşuyorken; risksiz alkol kullanıcılarının %76,4'ü bekarlardan, %23,6'si evlilerden oluşmaktadır. Riskli alkol kullanıcılarının %32,5'i alkole 10-49TL, %26,7'si 50-99TL, %40,8'i 100TL üzeri para harcıyorken; risksiz alkol kullanıcılarının %75'i 10-49TL, %18,1'i 50-99TL, %6,9'u 100TL üzeri para harcamaktadır. Riskli alkol kullanıcılarının %59,2'si alkolün hayatlarını etkilemediğini, %40,8'i etkilediğini belirtiyorken; risksiz alkol kullanıcılarının %91'i etkilemediğini, %9'u etkilediğini belirtmektedir. Riskli alkol kullanıcılarının %57,5'i alkole 18 yaşından önce, %42,5'i 18 yaşından sonra başladığını belirtiyorken; risksiz alkol kullanıcılarının %50'si alkole 18 yaşından önce, %50'si 18 yaşından sonra başladığını belirtmektedir. Riskli alkol kullanıcılarının %75,8'i ailesinde alkol kullanan birey olduğunu, %24,2'si ailesinde alkol kullanan birey olmadığını belirtiyorken; risksiz alkol kullanıcılarının %79,2'si ailesinde alkol kullanan birey olduğunu, %20,8'i ailesinde alkol kullanan birey olmadığını belirtmektedir.

Tablo 2. AUDIT, OKİÖ, BÇSÖ ve ÇBSDÖ Ölçeklerinin Betimsel Değerleri

	N	Min.	Maks.	Ort.	Ss	Çarpıklık	Basıklık		
AUDIT	264	1	39	8,64	7,674	1,649	0,150	2,515	0,299
OKİÖ	264	0	40	5,80	7,714	2,315	0,150	5,270	0,299
BÇSÖ	264	28	112	67,53	12,399	-0,553	0,150	1,814	0,299
ÇBSDÖ	264	12	84	63,07	17,127	-0,747	0,150	-0,208	0,299

Tablo 2'de araştırmada veri toplamak için kullanılan ölçme araçlarına ilişkin betimleyici istatistikler verilmiştir. Buna göre, AUDIT ölçeğinin ortalaması 8,64;

standart sapması 7,674; çarpıklık değerleri 1,649/150; basıklık değerleri 2,515/299'dur. OKİ ölçeğinin ortalaması 5,80; standart sapması 7,714; çarpıklık değerleri 2,315/121; basıklık değerleri 5,270/299'dur. BÇS ölçeğinin ortalaması 67,53; standart sapması 12,399; çarpıklık değerleri -,553/150; basıklık değerleri 1,814/299'dur.ÇBASD ölçeğinin ortalaması 63,07; standart sapması 17,127; çarpıklık değerleri -,747/150; basıklık değerleri -,208/299'dur.

Tablo 3. OKİÖ, BÇSÖ ve ÇBSDÖ Ölçek puanlarının Korelasyon Analizleri

Riskli		1	2	3	4	5	6
1-OKİÖ	rho	1	,076	-,399**	-,380**	-,298**	-,371**
2-BÇSÖ	r		1	,310**	,254**	,238**	,282**
3-ÇBSDÖ	r			1	,842**	,826**	,847**
4-ÇBSDÖ-Aile	r				1	,628**	,531**
5-ÇBSDÖ-Arkadaş	r					1	,514**
6-ÇBSDÖ-Özel	r						1
Risksiz		1	2	3	4	5	6
1-OKİÖ	rho	1	,141	-,159	-,147	-,080	-,162
2-BÇSÖ	r		1	,191*	,304**	,206*	-0,005
3-ÇBSDÖ	r			1	,777**	,783**	,794**
4-ÇBSDÖ-Aile	r				1	,565**	,350**
5-ÇBSDÖ-Arkadaş	r					1	,383**
6-ÇBSDÖ-Özel	r						1

*p<,05; **p<,001

Tablo 3'te riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanları arası korelasyon analizi verilmiştir. Riskli alkol kullanımı olan bireylerde obsesif kompulsif içme davranışı ölçeği puanlarının algılanan toplam sosyal destek ($r=-,399$; $p<,001$), aileden algılanan sosyal destek ($r=-,380$; $p<,001$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek ($r=-,298$; $p<,001$), özel birinden algılanan sosyal destek ($r=-,371$; $p<,001$) puanlarıyla anlamlı şekilde zayıf ve orta düzey negatif korelasyona sahip olduğu görülmüştür. Başa çıkma stilleri puanlarıyla anlamlı korelasyon yoktur ($p>,05$).Başa çıkma stilleri puanlarının algılanan toplam sosyal destek ($r=,310$; $p<,001$), aileden algılanan sosyal destek ($r=,254$; $p<,001$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek ($r=,238$; $p<,001$), özel birinden algılanan sosyal destek ($r=,282$; $p<,001$) puanlarıyla anlamlı şekilde zayıf düzey pozitif korelasyona sahip olduğu görülmüştür.

Risksiz alkol kullanımı olan bireylerde obsesif kompulsif içme davranışı ölçeği puanlarının başa çıkma stilleri, algılanan toplam sosyal destek, aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel birinden algılanan sosyal destek puanlarıyla anlamlı korelasyonu yoktur ($p>,05$).Başa çıkma stilleri puanlarının algılanan toplam sosyal destek ($r=,191$; $p<,05$), aileden algılanan sosyal destek ($r=,304$; $p<,001$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek ($r=,206$; $p<,05$) puanlarıyla anlamlı şekilde zayıf düzey pozitif korelasyona sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 4. Risk durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U Testi Analizi

	Risk Durumu	N	X sıra	Σ sıra	U	z	p
OKİÖ	Evet	120	178,99	21478,50	3061,500	-9,101	,005
	Hayır	144	93,76	13501,50			

Tablo 4’te riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif kompulsif içme davranışı puanlarında anlamlı farklılık olup olmadığının ilişkin Mann Whitney U testi analizi verilmiştir. Buna göre riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif içme davranışı puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($z=-9,101$; $p<,001$). Riskli alkol kullanan bireylerin obsesif kompulsif içme davranışı puanları anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 5. Başa Çıkma Stilleri ve Algılanan Sosyal Destek Puanlarına Göre Bağımsız Örneklem t-test

	Risk Durumu	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
BÇSÖ	Evet	120	68,47	12,746	1.125	262	,262
	Hayır	144	66,74	12,091			
ÇBSDÖ	Evet	120	61,45	18,169	-1.389	240.5	,166
	Hayır	144	64,42	16,148			
ÇBSDÖ-Aile	Evet	120	20,85	6,760	-1.947	262	,053
	Hayır	144	22,42	6,296			
ÇBSDÖ-Arkadaş	Evet	120	20,93	6,383	-1.642	262	,102
	Hayır	144	22,17	5,888			
ÇBSDÖ-Özel	Evet	120	19,68	8,514	-.152	262	,879
	Hayır	144	19,83	8,366			

Tablo 5’te riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında anlamlı farklılık olup olmadığının ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>,05$).

Tablo 6. Başa Çıkma Stilleri ve Algılanan Sosyal Desteğin Cinsiyet Göre Bağımsız Örneklem t test

Riskli	Gruplar	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
BÇSÖ	Kadın	56	73,52	11,492	4,357	118	,000
	Erkek	64	64,05	12,208			
ÇBSDÖ	Kadın	56	61,89	16,256	,249	118	,804
	Erkek	64	61,06	19,812			
ÇBSDÖ-Aile	Kadın	56	21,07	6,152	,334	118	,739
	Erkek	64	20,66	7,293			
ÇBSDÖ-Arkadaş	Kadın	56	21,09	6,247	,263	118	,793
	Erkek	64	20,78	6,545			
ÇBSDÖ-Özel	Kadın	56	19,73	8,461	,068	118	,946
	Erkek	64	19,63	8,627			
Risksiz	Gruplar	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
BÇSÖ	Kadın	98	68,37	11,660	2,391	142	,018
	Erkek	46	63,28	12,389			
ÇBSDÖ	Kadın	98	64,98	14,310	,545	68,299	,588
	Erkek	46	63,22	19,622			
ÇBSDÖ-Aile	Kadın	98	22,78	5,906	,998	142	,320
	Erkek	46	21,65	7,065			
ÇBSDÖ-Arkadaş	Kadın	98	22,29	5,546	,353	142	,725
	Erkek	46	21,91	6,616			
ÇBSDÖ-Özel	Kadın	120	19,92	8,339	,177	142	,859
	Erkek	144	19,65	8,512			

Tablo 6’da riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında cinsiyete göre anlamlı farklılık olup olmadığının ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre riskli alkol kullanımı olan kadınların($t=4,357$; $p<,001$) veri risksiz alkol kullanımı olan kadınların($t=2,391$; $p<,05$) başa çıkma stilleri puanları anlamlı şekilde erkeklerden daha yüksektir. Her iki grup için de algılanan sosyal destek türleri puanlarında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>,05$).

Tablo 7. OKİÖ Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması Mann Whitney U testi

		Cinsiyet	N	Xsıra	Σ sıra	U	z	p
OKİÖ	Riskli	Kadın	56	61,59	3449,00	1731,000	-,322	,748
		Erkek	64	59,55	3811,00			
OKİÖ	Risksiz	Kadın	98	71,48	7005,50	2154,500	-,437	,662
		Erkek	46	74,66	3434,50			

Tablo 7’de riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif kompulsif içme davranışı puanlarında cinsiyete göre anlamlı farklılık olup olmadığı Mann Whitney U testi analizi verilmiştir. Buna göre riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif kompulsif içme davranışı puanlarında cinsiyete göre anlamlı farklılık yoktur ($p < ,05$).

Tablo 8. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Yaşa Göre Bağımsız Örneklem t test

Riskli	Gruplar	N	Ort.	Ss	T	Sd	p
BÇSÖ	18-29	88	68.77	13.488	,435	118	,665
	30-59	32	67.63	10.585			
ÇBSDÖ	18-29	88	62.50	18.189	1,050	118	,296
	30-59	32	58.56	18.080			
ÇBSDÖ-Aile	18-29	88	21.27	6.792	1,137	118	,258
	30-59	32	19.69	6.635			
ÇBSDÖ-Arkadaş	18-29	88	20.92	6.406	-,013	118	,990
	30-59	32	20.94	6.420			
ÇBSDÖ-Özel	18-29	88	20.31	8.429	1,353	118	,179
	30-59	32	17.94	8.640			
Risksiz	Gruplar	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
BÇSÖ	18-29	109	66.90	13.359	,403	142	,688
	30-59	35	66.26	6.904			
ÇBSDÖ	18-29	109	64.40	16.901	,371	113,325	,712
	30-59	35	64.46	13.759			
ÇBSDÖ-Aile	18-29	109	22.52	6.382	-,017	142	,986
	30-59	35	22.09	6.099			
ÇBSDÖ-Arkadaş	18-29	109	22.09	6.289	,356	142	,722
	30-59	35	22.40	4.487			
ÇBSDÖ-Özel	18-29	109	19.79	8.758	-,318	80,361	,751
	30-59	35	19.97	7.119			

Tablo 8’de riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında yaşa göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında yaşa göre anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>,05$).

Tablo 9. Obsesif Kompulsif İçme Davranışı Puanlarında Cinsiyete Göre Mann Whitney U Testi Analizi

		Yaş	N	Xsıra	Σ sıra	U	Z	p
OKİÖ	Riskli	18-29	88	58,80	5174,00	1258,000	-,892	,372
		30-59	32	65,19	2086,00			
OKİÖ	Risksiz	18-29	109	72,10	7859,00	1864,000	-,208	,835
		30-59	35	73,74	2581,00			

Tablo 9’da riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif kompulsif içme davranışı puanlarında cinsiyete göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin Mann Whitney U testi analizi verilmiştir. Buna göre riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif kompulsif içme davranışı puanlarında yaşa göre anlamlı farklılık yoktur ($p<,05$).

Tablo 10. Obsesif İçme Davranışı, Başa Çıkma Stilleri Ve Algılanan Sosyal Destek Türleri Puanlarında Eğitim Durumuna Göre Kruskal Wallis Testi

		Riskli				
	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	χ^2	Sd	p
OKİÖ	Lise	19	68,05	1,514	2	,469
	Üniversite	73	57,65			
	Lisansüstü	28	62,80			
BÇSÖ	Lise	19	55,53	,733	2	,693
	Üniversite	73	60,32			
	Lisansüstü	28	64,34			
ÇBSDÖ	Lise	19	58,84	,724	2	,696
	Üniversite	73	62,57			
	Lisansüstü	28	56,23			
ÇBSDÖ-Aile	Lise	19	58,79	,056	2	,973
	Üniversite	73	60,79			
	Lisansüstü	28	60,89			
ÇBSDÖ-Arkadaş	Lise	19	68,58	1,573	2	,456
	Üniversite	73	60,23			
	Lisansüstü	28	55,73			
ÇBSDÖ-Özel	Lise	19	53,97	2,666	2	,264
	Üniversite	73	64,58			
	Lisansüstü	28	54,29			
Risksiz						
OKİÖ	Lise	12	62,29	,906	2	,636
	Üniversite	95	74,06			
	Lisansüstü	37	71,80			
BÇSÖ	Lise	12	65,25	,655	2	,721
	Üniversite	95	74,31			
	Lisansüstü	37	70,20			
ÇBSDÖ	Lise	12	63,96	11,308	2	,004
	Üniversite	95	65,85			
	Lisansüstü	37	92,34			
ÇBSDÖ-Aile	Lise	12	60,25	2,901	2	,234
	Üniversite	95	70,67			
	Lisansüstü	37	81,18			
ÇBSDÖ-Arkadaş	Lise	12	66,38	4,279	2	,118
	Üniversite	95	68,59			
	Lisansüstü	37	84,53			
ÇBSDÖ-Özel	Lise	12	67,54	11,760	2	,003
	Üniversite	95	65,38			
	Lisansüstü	37	92,39			

Tablo 10’da riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığının ilişkin Kruskal Wallis testi analizi verilmiştir. Risksiz alkol kullanan bireylerde özel birinden algılanan sosyal destek puanında anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=11,760$; $p<,05$). Pairwise comparison analizine göre lisans mezunu olanların özel birinden algılanan sosyal destek puanı lisansüstü mezunu olanlardan anlamlı şekilde daha yüksektir. Diğer ölçeklerde eğitim durumuna göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p>,05$).

Tablo 11. OKİÖ, BÇSÖ ve ÇBSDÖ Puanlarında Gelir Durumuna Göre Kruskal Wallis Testi

		Riskli				
	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	χ^2	Sd	P
OKİÖ	Düşük	11	58,18	,056	2	,972
	Orta	81	60,65			
	Yüksek	28	60,98			
BÇSÖ	Düşük	11	49,18	1,317	2	,518
	Orta	81	61,99			
	Yüksek	28	60,63			
ÇBSDÖ	Düşük	11	62,95	,459	2	,795
	Orta	81	61,49			
	Yüksek	28	56,68			
ÇBSDÖ-Aile	Düşük	11	62,91	,200	2	,905
	Orta	81	60,99			
	Yüksek	28	58,14			
ÇBSDÖ-Arkadaş	Düşük	11	56,55	,297	2	,862
	Orta	81	61,62			
	Yüksek	28	58,80			
ÇBSDÖ-Özel	Düşük	11	62,09	,558	2	,757
	Orta	81	61,74			
	Yüksek	28	56,29			
Risksiz						
OKİÖ	Düşük	21	74,81	2,938	2	,230
	Orta	94	68,66			
	Yüksek	29	83,28			
BÇSÖ	Düşük	21	84,83	2,586	2	,274
	Orta	94	69,02			
	Yüksek	29	74,84			
ÇBSDÖ	Düşük	21	60,00	2,248	2	,325
	Orta	94	75,03			
	Yüksek	29	73,36			
ÇBSDÖ-Aile	Düşük	21	69,69	,372	2	,830
	Orta	94	71,94			
	Yüksek	29	76,36			
ÇBSDÖ-Arkadaş	Düşük	21	68,48	,399	2	,819
	Orta	94	72,35			
	Yüksek	29	75,90			
ÇBSDÖ-Özel	Düşük	21	56,29	4,373	2	,112
	Orta	94	76,76			
	Yüksek	29	70,45			

Tablo 11’de riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında gelir durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığına ilişkin Kruskal Wallis testi analizi verilmiştir. Buna göre riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında gelir durumuna göre anlamlı farklılık anlamlı fark bulunmamıştır ($p>,05$).

Tablo 12. BÇSÖ ve ÇBSDÖ Puanlarında Medeni Durum Göre Bağımsız Örneklem t Test

Riskli	Gruplar	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
BÇSÖ	Bekâr	96	68,55	13,108	,010	118	,992
	Evli	24	68,13	11,430			
ÇBSDÖ	Bekâr	96	61,59	17,952	,146	118	,884
	Evli	24	60,88	19,400			
ÇBSDÖ-Aile	Bekâr	96	20,85	6,823	,173	118	,863
	Evli	24	20,83	6,644			
ÇBSDÖ-Arkadaş	Bekâr	96	20,80	6,279	,013	118	,989
	Evli	24	21,42	6,903			
ÇBSDÖ-Özel	Bekâr	96	19,94	8,496	-,420	118	,675
	Evli	24	18,63	8,687			
Risksiz	Gruplar	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
BÇSÖ	Bekâr	110	66,96	13,198	-,341	142	,734
	Evli	34	66,03	7,582			
ÇBSDÖ	Bekâr	110	63,25	17,067	,516	97,791	,607
	Evli	34	68,18	12,197			
ÇBSDÖ-Aile	Bekâr	110	22,01	6,662	-1,561	142	,121
	Evli	34	23,74	4,782			
ÇBSDÖ-Arkadaş	Bekâr	110	21,76	6,295	-1,664	76,165	,100
	Evli	34	23,47	4,129			
ÇBSDÖ-Özel	Bekâr	110	19,48	8,774	-1,839	84,297	,069
	Evli	34	20,97	6,873			

Tablo 12’de riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında medeni duruma göre anlamlı farklılık olup olmadığına ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında medeni duruma göre anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>,05$).

Tablo 13. Obsesif İçme Davranışı Puanlarında Medeni Duruma Göre Mann Whitney U Testi Analizi

		Medeni Durum	N	Xsıra	Σ sıra	U	z	p
OKİÖ	Riskli	Bekâr	96	60,28	5786,50	1130,500	-,141	,888
		Evli	24	61,40	1473,50			
OKİÖ	Risksiz	Bekâr	110	71,30	7843,50	1738,500	-,634	,526
		Evli	34	76,37	2596,50			

Tablo 13’de riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif içme davranışı puanlarında medeni duruma göre anlamlı farklılık olup olmadığına ilişkin Mann Whitney U testi analizi verilmiştir. Buna göre riskli ve risksiz alkol kullanımı

olan bireylerin obsesif içme davranışı puanlarında medeni duruma göre anlamlı farklılık yoktur ($p<,05$).

Tablo 14. OKİÖ, BÇSÖ ve ÇBSDÖ puanlarında Alkole Harcanan Para Miktarına Göre Kruskal Wallis Testi

		Riskli				
	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	χ^2	Sd	p
OKİÖ	10-49TL	39	43,60	14,593	2	,001
	50-99TL	32	64,09			
	100TL Üzeri	49	71,60			
BÇSÖ	10-49TL	39	69,72	4,068	2	,131
	50-99TL	32	55,75			
	100TL Üzeri	49	56,27			
ÇBSDÖ	10-49TL	39	69,28	4,766	2	,092
	50-99TL	32	61,23			
	100TL Üzeri	49	53,03			
ÇBSDÖ-Aile	10-49TL	39	65,88	2,031	2	,362
	50-99TL	32	61,66			
	100TL Üzeri	49	55,46			
ÇBSDÖ-Arkadaş	10-49TL	39	65,17	1,284	2	,526
	50-99TL	32	60,55			
	100TL Üzeri	49	56,76			
ÇBSDÖ-Özel	10-49TL	39	72,50	7,436	2	,024
	50-99TL	32	57,28			
	100TL Üzeri	49	53,05			
Risksiz						
OKİÖ	10-49TL	108	64,04	18,672	2	,000
	50-99TL	26	98,27			
	100TL Üzeri	10	96,85			
BÇSÖ	10-49TL	108	73,51	1,900	2	,387
	50-99TL	26	75,00			
	100TL Üzeri	10	55,10			
ÇBSDÖ	10-49TL	108	71,55	1,948	2	,378
	50-99TL	26	69,69			
	100TL Üzeri	10	90,05			
ÇBSDÖ-Aile	10-49TL	108	70,97	3,039	2	,219
	50-99TL	26	70,44			
	100TL Üzeri	10	94,35			
ÇBSDÖ-Arkadaş	10-49TL	108	71,25	,657	2	,720
	50-99TL	26	74,06			
	100TL Üzeri	10	81,90			
ÇBSDÖ-Özel	10-49TL	108	73,52	2,319	2	,314
	50-99TL	26	63,37			
	100TL Üzeri	10	85,20			

Tablo 14’de riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında alkole harcanan para miktarı durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığının ilişkin Kruskal Wallis testi analizi verilmiştir. Riskli alkol kullanımı olan bireylerde obsesif kompulsif içme davranışı ($\chi^2=11,760$; $p<,05$) ve özel birinden algılanan sosyal destek ($\chi^2=14,593$; $p<,05$) puanlarında anlamlı fark bulunmuştur. Pairwise comparison analizine göre alkole 100TL ve üzeri harcayanların 10-49TL harcayanlara göre obsesif kompulsif içme davranışı ve özel birinden algılanan sosyal destek puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. Risksiz alkol kullanan bireylerde obsesif kompulsif içme davranışı puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=18,672$; $p<,001$). Pairwise comparison analizine göre alkole 100TL ve üzeri harcayanların 10-49TL harcayanlara göre obsesif kompulsif içme davranışı puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. Diğer ölçeklerde alkole harcanan para miktarı durumuna göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p>,05$).

Tablo 15. OKİÖ, BÇSÖ ve ÇBSÖ Puanlarının Alkolün Hayata Etkisine Göre Mann Whitney U Testi

Riskli	Gruplar	N	Xsıra	Riskli			
				Σ sıra	U	z	P
OKİÖ	Hayır	71	51,04	3623,50	1067,500	-3,595	,000
	Evet	49	74,21	3636,50			
BÇSÖ	Hayır	71	59,53	4226,50	1670,500	-,369	,712
	Evet	49	61,91	3033,50			
ÇBSDÖ	Hayır	71	67,65	4803,50	1231,500	-2,714	,007
	Evet	49	50,13	2456,50			
ÇBSDÖ-Aile	Hayır	71	66,42	4716,00	1319,000	-2,263	,024
	Evet	49	51,92	2544,00			
ÇBSDÖ-Arkadaş	Hayır	71	67,31	4779,00	1256,000	-2,596	,009
	Evet	49	50,63	2481,00			
ÇBSDÖ-Özel	Hayır	71	65,96	4683,50	1351,500	-2,111	,035
	Evet	49	52,58	2576,50			

Risksiz	Gruplar	N	Xsıra	Σ sıra	U	z	P
OKİÖ	Hayır	131	71,58	9376,50	730,500	-,865	,387
	Evet	13	81,81	1063,50			
BÇSÖ	Hayır	131	71,85	9412,00	766,000	-,597	,551
	Evet	13	79,08	1028,00			
ÇBSDÖ	Hayır	131	72,10	9445,00	799,000	-,366	,714
	Evet	13	76,54	995,00			
ÇBSDÖ-Aile	Hayır	131	71,76	9400,00	754,000	-,690	,490
	Evet	13	80,00	1040,00			
ÇBSDÖ-Arkadaş	Hayır	131	72,03	9436,00	790,000	-,434	,664
	Evet	13	77,23	1004,00			
ÇBSDÖ-Özel	Hayır	131	72,78	9534,00	815,000	-,259	,796
	Evet	13	69,69	906,00			

Tablo 15’de riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında alkolün hayatı etkileme durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin Mann Whitney U testi analizi verilmiştir. Riskli alkol kullanan bireylerde alkolün hayatı etkilediğini söyleyen bireylerin obsesif içme davranışı puanları ($t=-3,595$; $p<,001$) anlamlı şekilde daha yüksektir. Alkolün hayatı etkilemediğini söyleyen bireylerin toplam sosyal destek ($t=-2,714$; $p<,05$), aileden algılanan sosyal destek ($r=-2,263$; $p<,05$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek ($r=-2,596$; $p<,05$), özel birinden algılanan sosyal destek ($r=-2,111$; $p<,05$) puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında alkolün hayatı etkileme durumuna göre anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>,05$).

Tablo 16. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Türleri Ölçek Puanlarının Alkole Başlama Yaşına Göre Bağımsız Örneklem t Test

Riskli	Gruplar	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
BÇSÖ	18 yaş altı	69	66,67	13,393	-1,817	118	,072
	18 yaş üstü	51	70,90	11,497			
ÇBSDÖ	18 yaş altı	69	60,09	19,133	-,956	118	,341
	18 yaş üstü	51	63,29	16,785			
ÇBSDÖ-Aile	18 yaş altı	69	20,39	6,944	-,864	118	,389
	18 yaş üstü	51	21,47	6,519			
ÇBSDÖ-Arkadaş	18 yaş altı	69	20,35	6,412	-1,154	118	,251
	18 yaş üstü	51	21,71	6,322			
ÇBSDÖ-Özel	18 yaş altı	69	19,35	8,893	-,488	118	,626
	18 yaş üstü	51	20,12	8,039			
Risksiz	Gruplar	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
BÇSÖ	18 yaş altı	72	68,76	11,211	2,027	142	,045
	18 yaş üstü	72	64,72	12,668			
ÇBSDÖ	18 yaş altı	72	66,49	14,335	1,545	142	,124
	18 yaş üstü	72	62,35	17,635			
ÇBSDÖ-Aile	18 yaş altı	72	23,25	5,497	1,597	142	,113
	18 yaş üstü	72	21,58	6,944			
ÇBSDÖ-Arkadaş	18 yaş altı	72	22,96	5,658	1,623	142	,107
	18 yaş üstü	72	21,38	6,045			
ÇBSDÖ-Özel	18 yaş altı	72	20,28	8,250	,636	142	,526
	18 yaş üstü	72	19,39	8,514			

Tablo 16’da riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında alkole başlama yaşı durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre risksiz alkol kullanan bireylerde başa çıkma stilleri puanlarında alkol kullanmaya 18 yaşından önce başlayanların lehine anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=2,027$; $p<,05$). Diğer ölçeklerde alkole başlama yaşı durumuna göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p>,05$).

Tablo 17. OKİÖ Puanlarının Alkole Başlama Yaşına Göre Mann Whitney U Testi

		Gruplar	N	Xsıra	Σ sıra	U	z	p
OKİÖ	Riskli	18 yaş altı	69	59,45	4102,00	1687,000	-,386	,700
		18 yaş üstü	51	61,92	3158,00			
OKİÖ	Risksiz	18 yaş altı	72	77,74	5597,50	2214,500	-1,546	,122
		18 yaş üstü	72	67,26	4842,50			

Tablo 17’de riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif kompulsif içme davranışı puanlarında alkole başlama yaşı durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin Mann Whitney U testi analizi verilmiştir. Buna göre riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif içme davranışı puanlarında alkole başlama yaşı durumuna göre anlamlı farklılık yoktur ($p<,05$).

Tablo 18. BÇSÖ ve ÇBSDÖ Puanlarının Ailede Alkol Kullananlara Göre Bağımsız Örneklem t Test

Riskli	Gruplar	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
BÇSÖ	Evet	91	68,53	13,773	,092	118	,927
	Hayır	29	68,28	8,980			
ÇBSDÖ	Evet	91	60,87	18,158	-,620	118	,537
	Hayır	29	63,28	18,400			
ÇBSDÖ-Aile	Evet	91	21,09	6,611	,681	118	,497
	Hayır	29	20,10	7,277			
ÇBSDÖ-Arkadaş	Evet	91	20,56	6,660	-1,109	118	,270
	Hayır	29	22,07	5,365			
ÇBSDÖ-Özel	Evet	91	19,22	8,499	-1,038	118	,301
	Hayır	29	21,10	8,550			
Risksiz	Gruplar	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
BÇSÖ	Evet	114	67,13	12,071	,751	142	,454
	Hayır	30	65,27	12,259			
ÇBSDÖ	Evet	114	64,38	15,937	-,057	142	,955
	Hayır	30	64,57	17,206			
ÇBSDÖ-Aile	Evet	114	22,32	6,353	-,341	142	,734
	Hayır	30	22,77	6,168			
ÇBSDÖ-Arkadaş	Evet	114	22,19	5,825	,104	142	,917
	Hayır	30	22,07	6,225			
ÇBSDÖ-Özel	Evet	114	19,86	8,321	,073	142	,942
	Hayır	30	19,73	8,678			

Tablo 18’de riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında ailede alkol kullanan birey olma durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek türleri puanlarında ailede alkol kullanan birey olma durumuna göre anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>,05$).

Tablo 19. Obsesif Kompulsif İçme Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		Gruplar	N	Xsıra	Σsıra	U	z	p
OKİÖ	Riskli	Evet	91	62,84	5718,50	1106,500	-1,308	,191
		Hayır	29	53,16	1541,50			
OKİÖ	Risksiz	Evet	114	74,92	8540,50	1434,500	-1,389	,165
		Hayır	30	63,32	1899,50			

Tablo 19’da riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif kompulsif içme davranışı puanlarında ailede alkol kullanan birey olma durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin Mann Whitney U testi analizi verilmiştir. Buna göre riskli ve risksiz alkol kullanımı olan bireylerin obsesif kompulsif içme davranışı puanlarında ailede alkol kullanan birey olma durumuna göre anlamlı farklılık yoktur ($p<,05$).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Alkol kullanan bireylerde obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stratejileri ile sosyal destek türlerinin arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada toplamda 154 kadın, 110 erkek katılımcı olmak üzere toplamda 264 kişiden oluşmaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre kadın katılımcıların 56'sı ve erkeklerin 64'ü riskli alkol kullanan grupta olduğu, riskli alkol kullanımı olmayan grubun ise 98'i kadın, 46'sı erkek bireylerden oluşmaktadır. Böylelikle riskli grup toplamda 120 kişi, risksiz grup ise 144 kişidir. Eğitim durumlarının lise, lisans ve lisansüstü şeklinde yoğunluk olduğu belirlenmiştir. Araştırmada alkol kullanımının risk durumunu belirlemek için alkol kullanım bozukları tanıma testi, içme şeklini belirlemek için obsesif kompulsif içme ölçeği, karşılaştıkları güçlükler ile nasıl baş ettiklerini ölçmek için başa çıkma stilleri ölçeği ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi için çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği uygulanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre riskli alkol kullanımı olan bireylerde obsesif içme davranışı puanları ile algılanan toplam sosyal destek, aileden, arkadaşlardan ve özel birinden algılanan sosyal destek puanları arasında anlamlı bir düzeyde negatif ilişki bulunmuştur fakat başa çıkma stratejileri ile riskli kullanım arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunamamıştır. Başa çıkma stratejileri ile algılanan sosyal destek puan türleri arasında anlamlı şekilde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Risksiz alkol kullanımı olan katılımcılarda obsesif içme davranışı, başa çıkma stratejileri ve özel birinden algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Risksiz alkol kullanan bireylerin başa çıkma ve algılanan sosyal destek diğer puan türleri arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Alkol kullanımı dünyada ki gibi bizim ülkemizde de bütün toplumu ilişkilendirdiği önemli sorunlardan bir tanesidir. Alkol bağımlılığının kişinin günlük hayatında işlevselliğinin kaybına neden olmakla kalmamaktadır. Aile üyelerinin, psikolojik, sosyal ve maddi olarak negatif bir biçimde etki etmektedir. Şimdi ki zamanda alkol kullanımı incelendiğinde, kadın-erkek ve yaş ölçütlerinden daha çok,

kullanımın temelinin alkolü merak etme, arkadaş tesiri ve eğlence maksatlı sebepler ile karşımıza çıkmaktadır fakat hiçbir sebebi yokken alkol kullanımına başlama durumu da ortaya çıkabilmektedir (Sever & Özcan, 2017, s.273-274).

Araştırmada elde edilen bulguya göre obsesif kompulsif içme ölçeğinin puanı yüksek olan bireylerde alkol tüketimi anlamlı şekilde yüksekti. Bu durum kişilerin kendini yalnız hissetmeleri, hayatta karşılaştıkları problemler ya da olumsuz yaşam olayları ile baş etmelerinde güçlük çekmeleri ile alkol kullanımına başvurdıkları ile açıklanabilir. Olumlu bir desteğe sahip olmadığında, bireylerde olumsuz davranışlar artar böylelikle alkol içme davranışında da artış meydana gelir. Alkol kullanımı ve bağımlılığını açıklamak amacıyla birçok model önerilmiştir. Bu modellerin birden fazlası içme davranışını, başa çıkma stratejilerini, alkol beklentileri ve içmek için güdülerde dâhil olmak üzere bilişsel ve davranışsal değişkenlerin karmaşık bir etkileşimin sonucu olduğu düşünülmektedir. Yapılan araştırmada başa çıkma stratejilerinin alkol beklentileriyle ilişki içinde olduğu ve sonrasında içme sebepleri ile ilgili olduğu medikal alkol kullanım modeli önerisi verilmiştir. Bulgulara göre; Çekingenlikle başa çıkma stratejileri ve içme davranışı arasındaki ilişki, artan alkol beklentileri ve buna bağlı olarak içme dürtülerine bağlı gerginliği azaltmaya aracılık ediyordu. İçki içme nedenleri içme davranışı ile pozitif yönde ilişkili bulundu. Olumsuz beklentiler de doğrudan içme davranışlarıyla ilişkiliydi (Hasking, Lyvers & Carpio, 2011, s.479-487). Araştırmaya bakıldığında başa çıkma stratejilerinde yetersizlik ya da beklenti içinde olan kişilerin içki içme davranışında artış gözlemlendiği düşünülebilir. Kişiler alkol kullandığında gerginliğin azaldığını düşündüğünden içme davranışı aktif hale gelmektedir. Literatürde; alkol kullanımının bir baş etme stratejisi olarak kullanıldığı ve rahatlatıcı etkisinden bahsedilmiştir.

Çalışmada riskli ve risksiz alkol tüketim grubunda cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin Mann Whitney U testi analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre gruplarda cinsiyet yönünden bir farklılığa ulaşılamamıştır. Böylelikle alkol kullanan bireylerde cinsiyete göre başa çıkma stratejileri ve sosyal destek türleri puanları arasında anlamlı farklılık olduğu düşünülmüştü fakat yapılan araştırmanın sonuçlarına bakıldığında hipotez desteklenmemiştir.

Alkol bağımlılığına sahip kişilerde dürtüsel ve kompulsif özellikleri bir arada görülmektedir. Yapılan çalışmada AKB olan bireylerin alkole başlama yaşı erken olanların geç başlayanlara göre daha çok dürtüsel, daha az kompulsif davranışlarda bulunabileceği düşüldü. AKB'na sahip katılımcıların ailelerinde alkol kullanımı olanların, olmayanlara göre daha çok dürtüsel ve daha az kompulsif olduğu varsayılmıştı. Çalışmaya tanı almış 85 alkol bağımlılığı bulunan kişi katıldı. AKB olan katılımcıların alkole başlama yaşı ve ailede alkol kullanan diğer bireylerin dürtüsellik ve kompulsivite ile arasındaki korelasyon araştırıldı. Alkole başlama yaşı erken olan katılımcıların dürtüsellliği daha yüksek bulgusuna ulaşıldı. Alkole başlama yaşı erken ve geç olan katılımcıların, ailede alkol kullanımı olmayan katılımcı grubu ile ailede kullanımı olan katılımcı grubunun arasında kompulsivite yönünden farklılığa ulaşılamadı. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında; alkolizmde dürtüsellik ve kompulsivitenin varlığından söz edilebilir. Alkol kullanımına başlama yaşının erken olması dürtüsellliği yor damaktadır (Güngör ve ark. 2013, s.267-274). Güncel çalışmada riskli grupta OKİÖ ölçeğinden yüksek puan alındı. Güngör ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucu destekler niteliktedir. Fakat alkole başlama yaşı ve ailede alkol kullanan diğer bireyler çalışmada herhangi bir anlamlı farklılık bulunmadı. Bu durum tanı alan bireylerin çalışma için öneminin olduğu düşünülmektedir.

Çöl araştırmasında DSM-IV-TR kriterlerini karşılayan alkol bağımlılığı tanısına sahip 55 hasta araştırmaya katılmıştır. Ayrıca 52 sağlıklı birey ile gönüllü şekilde kontrol grubu oluşturuldu. Araştırmada Alkol Kullanım bozuklukları tarama testi, Penn Alkol Aşırme Ölçeği ve Obsesif Kompulsif İçme Ölçeği kullanılmıştır. Gruplar arasında içsel farkındalık ile bağımsız değişkenler arasında bir korelasyon olup olmadığı değerlendirildi. Değişkenler ile Penn Alkol Aşırme Ölçeği arasında negatif korelasyon bulgusu saptandı. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre alkol bağımlılığı tanısına sahip hastalar üzerinde önemli bir özelliğe sahip olduğu ve tedavi süresinde yordayıcı bir etken olduğu düşünülmüştür. Sonuçlara bakıldığında AKBTT ile OKİÖ ile negatif korelasyon bulgusuna ulaşıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (2013, s.45-46).

Bu çalışmada ise riskli alkol kullanımı olan kişilerin OKİÖ'den yüksek puan aldığı görülmektedir. Her iki araştırmada farklı yöntemler uygulanmıştır. Diğer yapılan araştırmada travmaya maruz kalmış kişilerde dürtüsellik, alkol kullanımı ve başa çıkma nedenleri arasında ki ilişkide tehlike toleransının aracılık rolü incelenmiştir. Araştırma 86 yetişkin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) DSM-IV-TR ölçütlerine göre karşılayan katılımcılardan oluşmaktadır. En az bir kere travmatik yaşam olayı ve geçen ay içerisinde alkol kullanımı olan kişiler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; Sıkıntı veren durumların toleransı TSSB semptom şiddeti ve alkol kullanımının etkilerini kontrol ettikten sonra, dürtüsellik ve alkol kullanımı başa çıkma motifleri arasındaki ilişkiye aracılık etmiştir. Dürtüsellik düzeyi yüksek kişilerin, olumsuz durumlardan kaçınmak için bu tür durumlara tahammül edemeyecekleri inancı nedeniyle içki içmeye daha fazla motive olmaları mümkün olduğu belirtilmiştir (Marshall-Berenz, Vujanovic & MacPherson, 2011, s.588-592). Güncel çalışmada başka bir psikiyatrik rahatsızlığına sahip katılımcı durumu incelenmemiştir.

Alkol kullanan bireylerde alkol için haftalık harcanan para miktarı göre başa çıkma stilleri ve sosyal destek türleri puanları arasında anlamlı farklılık olduğu düşünüldü. Her iki alkol kullanan grupta alkole 100TL ve üzeri harcayanların 10-49TL harcayanlara göre obsesif kompulsif içme ölçeğinden alınan puan anlamlı şekilde daha yüksek bulgusu saptandı. Alkol için haftalık harcanan para miktarı bize alkol kullanım sıklığı ile ipuçları vermekteydi. Riskli alkol kullanımı olan bireylerde risksiz gruba göre daha yüksek olduğu bulgusu saptandı. Araştırmadan elde edilen sonuca göre; riskli grubun harcadığı para miktarına göre daha fazla alkol tüketim davranışında bulunulması kanıtlar niteliktedir. 100 TL ve üzeri para harcayan katılımcıların özel kişiden algılanan sosyal destek puanları daha yüksektir. Bu durum risksiz gruba göre özel kişi ile sosyal ortamda bulunma ve alkol kullanımının daha fazla olduğunun düşünülmesine neden olmaktadır.

Riskli alkol kullanan bireylerde başa çıkma stratejileri puanlarının algılanan toplam sosyal destek, aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel birinden algılanan sosyal destek puanlarıyla anlamlı şekilde zayıf düzey pozitif korelasyona sahip olduğu saptanmıştır. Araştırmanın hipotezi bulgular ile

desteklenmiştir. Bu durum kişilerin karşılaştıkları güçlüklerde baş etmede zorlandıkları böylelikle alkol kullanımına yol açtığı düşünülmektedir. Başa çıkma stratejileri ölçeğinden düşük puan alan bireylerde alkol kullanım miktarı anlamlı şekilde yüksektir hipotezi bulgularla desteklenmiştir. Erbay ve arkadaşları araştırmasında kişilerin yaşadıkları problemler ile geliştirmiş oldukları başa çıkma tutumları incelenmiştir. Alkol ve madde bağımlılığının kişiler üzerinde zarar veren sonuçları ortaya çıkartır böylelikle kişinin kendi kontrolünü sağlaması güçleşir. Tedavi sürecinde yapılan uygulamalar gibi kişilerin başa çıkma tutumlarının önemi de vurgulanmaktadır. Kişilerin yaşamış olduğu problemlere ek olarak bağımlılıkta başa çıkma tutumlarının birden fazla değişken içerdiğini kapsamlı kavram olarak karşılaşılmaması kaçınılmazdır. Böylelikle bağımlılığa sahip bireylerin birçok değişkenle başa çıkma tutumları da dâhil edilerek çalışmalara ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir (2016, s.597-606).

Alkol kullanan bireylerde cinsiyete göre başa çıkma stratejileri ve sosyal destek türleri puanları arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmıştır. Riskli ve risksiz alkol kullanımı olan kadınların başa çıkma stilleri ölçeğinden aldıkları puanlar erkeklere göre daha yüksektir. Bulgular araştırmanın hipotezini destekler niteliktedir. Riskli alkol kullanımı olan katılımcılarda baş etme becerilerinin yeterince gelişmediği ve cinsiyete göre farklılık gösterdiği düşünülmüştü. Araştırmanın sonuçlarında her iki grupta da kadınların baş etme becerilerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Cinsiyetler arası farklılık görülmektedir.

Alan yazınında farklı bir çalışma incelendiğinde; DMS-IV tanı ölçütlerine uygun olarak kadın alkol bağımlılarının bulunduğu ve aynı sayıda bağımlı olmayan alkol kullanmayan kadın ile bir karşılaştırma yapıldı. Araştırma bulguları alkol kullanımı olan kadınların, uyumsuz başa çıkma tarzlarını destekleme olasılıkları önemli ölçüde daha fazla iken, alkol kullanmayan kadınların da daha fazla problem çözme ve duygu temelli başa çıkma stratejileri kullandıkları görülmüştür. Irk ve yaş farklılıkları bu kadınlar tarafından kullanılan başa çıkma türlerini önemli ölçüde etkilememiştir. Alkolik grubun kullandığı başa çıkma stratejilerinin profili, düşük yaşam kalitesi ve sorunların birleştirilmesi ile tutarlıdır. Araştırmada kapsamlı şekilde başa çıkma stratejileri değerlendirilmemiştir. Belirtilen başa çıkmadaki

eksiklikler, azaltma ve daha yüksek yoksulluk seviyelerine maruz kalmanın bir sonucu olarak kısmen açıklanmıştır (Michels ve ark. 2009, s.237).

Bizim çalışmamızdan farklı olarak tanı alanlar ve almayan kadın katılımcılar ile araştırma yapılmıştır. Tanı almayan kadınların baş etme stillerinin daha yüksek olması önemli bir bulgudur. Güncel araştırmada kadınların her iki grupta da baş etme stillerinin yüksek olması açısından benzerlik gösterdiği düşünülmektedir. Farklı bir araştırmaya bakıldığında; Önceki araştırmalar, alkol ile ilgili problemler için başvuran hastaların, uyumsuz başa çıkma konusunda temel olduğunu ve adaptif başa çıkma becerilerinde yetersiz kaldığını belgelemiştir. Bununla birlikte, bu hastalarda eğilimsel ve durumsal başa çıkma arasındaki ilişki henüz tam olarak anlaşılmamıştır. Araştırmada alkol kullanım bozukluğu olan bireyler arasında, eşleştirilmiş sağlıklı kontrollere kıyasla eğilimsel ve durumsal başa çıkmanın değerlendirilmesi amaçlandı. Ayrıca, alkol kullanım bozukluğu olan bireyler arasında konumsal ve durumsal başa çıkmadaki cinsiyet farklılıklarını değerlendirildi. Eğilimsel başa çıkma ile ilgili olarak, alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda eşleştirilmiş sağlıklı kontrollere kıyasla daha kaçınan başa çıkma stilleri kullanıldığı belirtildi. Durumsal başa çıkma konusunda gruplar arasında fark bulunmadı. Mesleki başa çıkmadaki cinsiyet farklılıkları ile ilgili olarak, kadınlar, grup üyeliğinden bağımsız olarak, olumlu anlamda stresli bir işlem yapmayı amaçlayan daha fazla başa çıkma tarzı kullandığı ve erkeklere göre dine daha çok yöneldiği belirtildi. Durumsal başa çıkma ile ilgili olarak, kadınlar, yine grup üyeliğinden bağımsız olarak, stresli bir işlemi olumlu yönde ele almayı amaçlayan daha fazla strateji ve erkeklere kıyasla daha fazla sorun çözme stratejileri kullandıkları bildirilmiştir (Cerea ve ark. 2017, s.79-87).

Araştırmadan elde edilen bulgulara bakıldığında riskli alkol kullanımının cinsiyete göre değişkenlik göstermediği erkek ve kadın kullanıcıların arasında bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. 2006 yılında Yapıcı tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarına bakıldığında cinsiyetler arası farklılık gözlemlenmiştir. Gruplar arasında büyük oranda erkeklerin olduğu sonucuna varılmıştır (s.35). Bu araştırmada riskli alkol kullanımında cinsiyet farklılığı gözlemlenmemiştir fakat alan yazınlarına bakıldığında cinsiyete göre farklılık gösterilen araştırmaların olduğu bilinmektedir. 1998 ile 2002 yılları arasında AMATEM’de yatan 6007 hastanın

kullandığı asıl maddenin alkol olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların 111'i kadın, 3735'inin erkek olduğu saptanmıştır (Evren ve ark. 2003, s.97).

Riskli kullanıma sahip bireylerin sosyal desteği fazla olduğunda problemler ile baş edebilmesi ve alkol kullanımında azalma gözlemleneceği düşünülmüştü. Riskli ve risksiz alkol kullanımı olan gruplar için sonuçlar benzer olarak saptandı. Her iki grupta da bireylerde başa çıkma stilleri puanlarının algılanan toplam sosyal destek, aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarıyla anlamlı şekilde zayıf düzey pozitif korelasyona sahip olduğu görülmüştür.

Riskli alkol kullanan bireylerde alkolün hayatı etkilemediğini söyleyen bireylerin toplam sosyal destek, aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel birinden algılanan sosyal destek puanları anlamlı şekilde yüksektir. Riskli kullanımı olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek türlerinin olması ile alkolün hayatlarını etkilemediği düşünülebilir. Riskli kullanımı olan katılımcılarda alkolün günlük hayatı etkilediği bulundu. Bu durum riskli grupta obsesif kompulsif içme davranışı ölçeğinden yüksek puan almaları ile desteklendi. Riskli kullanımın bireylerin hayatını etkilediği ve obsesif kompulsif bir şekilde alkol tüketiminde bulundukları düşünülmektedir.

Literatüre sosyal desteğin tanımı kişinin sorunlar ile baş edebilmelerine yardımcı olarak çevresindeki kişilerin sağlamış olduğu sosyal destek türü şeklinde belirtilmiştir. Sosyal desteğin etkisi ve önemi araştırmalar kanıtlanmıştır. Yüncü ve arkadaşları tarafından 2005 yılında bir çalışma yapıldı. Bu çalışmada; Sosyal destek AKB'nun tedavisinde etkili bir rol oynadığı düşünülmektedir. Yüncü ve arkadaşları 2005 yılında yaptığı bir çalışmada Alkol kullanım bozukluğu tedavisinde sosyal desteğin öneminden bahsetmektedir. Çalışmadaki amaç AKB olan bireylerde sosyal destek türlerinin incelenmesi hedeflendi. Ege Üniversitesi Hastanesinde bağımlılık biriminde yatarak tedavi olan hastalar araştırmaya dâhil edildi. Katılımcıların alkole başlama yaşları, aile içinde psikiyatrik hastalık durumu, medeni durum ve eş tanıli psikiyatrik hastalık durumlarına göre gruplara ayrıldı. Araştırmaya 40 tanı almış kişi katıldı. Evli olan katılımcılarda çevreden algılanan sosyal destek ve aile desteği

bekârlar ile karşılaştırıldığında sosyal desteğin daha fazla olduğu saptandı (s. 129-135).

Birçok insan tedavi aramadan önce alkol kullanımının şiddetinde artış olana kadar beklemektedir. Bununla birlikte, sosyal ağlar ya da kişinin ait olduğu sosyal grupların sayısı bu ilişki bağlamında ılımlı açıdan rol oynayabildiği düşünülmektedir. Sosyal ağların alkol kullanımı ve tedavisi arasında ki ilişkiyi ılımlı hale getirdiği araştırmanın bulguları ile desteklendi. Az sayıda sosyal ağ bağı olan bireyler için, alkol kullanımı ile sosyal ağ bağına sahip bireylerin tedavi ve kullanımı arasındaki ilişki kıyaslandığında, alkol tüketimi ile tedavi kullanımında ilişki azaldı (Mowbray, 2014, s.597-601).

Bireylerin pozitif ilişkiler geliştirmesi iyi hissetmesine neden olmaktadır. Birlikte olabilmenin verdiği sosyal destek algısı ile olumlu şekilde etkilemektedir. Böylelikle pozitif duyguların artmasını destekler niteliktedir (Uzuner & Karagün, 2014, s.108). Çalışmamızda; risksiz grupta katılımcıların özel birinden algılanan sosyal destek puanında anlamlı bir farklılık bulundu. Lisans mezunlarının özel birinden algılanan sosyal destek puanları lisansüstü olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulundu. Risksiz grubun alkol kullanımı AUDITT ölçeği sonuçlarına göre azdır. Kişinin hayatında özel birinin olması, duygusal açıdan daha pozitif hissetmesine ve yalnız hissetmemesine neden olmaktadır.

Başa çıkma ile ilgili yapılan araştırmaların yönü, pozitif psikoloji ile gelişmiş ve onunla değişim göstermeye başlamıştır. Önce ki zamanlarda stres ve başa çıkma genelde olumsuz duygular ile ele alındı. Örneğin; Kaygı, korku, mutsuzluk gibi duygulardır. Şimdi ki zamanda ise sağlık açısından sağlığı arttırdığı ve koruma kapsamı ile beraber, pozitif duyguların oldukça büyük oran ile yer verildiği bilinmektedir (Eryılmaz, 2009, s.32). Araştırmanın sonucuna bakıldığında; Risksiz grupta alkol kullanan bireylerde başa çıkma stilleri puanlarında alkol kullanımına 18 yaşından önce başlayanların lehine anlamlı farklılık bulundu. Olumlu duygular genç yaşlarda daha aktif bir şekilde kişide bulunmaktadır. Bu nedenle başa çıkmalarını olumlu şekilde etkilediği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan araştırmada; alkol kullanan bireylerde obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stratejileri ile sosyal destek türlerinin incelenmesi araştırılmıştır. Araştırmanın sonucunda; Alkol kullanan katılımcılarda riskli grupta obsesif kompulsif içme ve sosyal destek arasında zayıf ve orta düzey korelasyon bulundu. Başa çıkma stilleri puanları ve algılanan sosyal destek puanları arasında zayıf düzey, pozitif ilişki bulundu. Riskli grupta katılımcıların obsesif kompulsif içme davranışları daha fazlabulundu. Risksiz grupta başa çıkma stilleri ve algılanan sosyal destek arasında pozitif korelasyon bulundu. Araştırmanın sonuçlarından ve elde edilen bulgulardan yola çıkarak ileri ki araştırmalarda yapılabilecek öneriler aşağıda ki gibidir.

- Alkol bağımlılığı günümüzde dünyada olmak üzere ülkemizde de toplum açısından ciddi bir sorundur; bu nedenle alkol ve bağımlılıkla ilgili yapılan araştırmaların arttırılması önemlidir.
- Katılımcıların, grup sayılarını eşitleyerek daha iyi eşleştirilmiş gruplara ihtiyaç vardır.
- Alkol kullanım bozukluğu tanısı almış bireyler ile çalışıldığında daha iyi sonuçlar elde edilebilir.
- Ölçeklerin uzun olması ile ilgili katılımcılar geri bildirimde bulunmuştur, ileride ki yapılacak olan çalışmalarda daha kısa formlu ölçekler kullanılarak çalışma tekrar edilebilir.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Çeviri Editörü Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Akfert, K.S., Çakıcı, E., Çakıcı, M. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Sigara-Alkol Kullanımı Ve Aile Sorunları ile İlişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*: 10: 40-47.
- Alcohol Dependence and the Need to Drink: A Compulsion?. (1985). *Psychological Medicine*, 15, 468. <https://www.cambridge.org/core>.
- Alrbiaan, F. (2017). The Pathophysiology Of Alcohol And The Role Of Nature and Nurture. *Int. J. Adv. Res.*, 5(12), 1672-1680.
- Altıntoprak, E., Annette Akgür, S., Yüncü, Z., Sertöz, Ö.Ö., Çoşkunol, H. (2008). Kadınlarda Alkol Kullanımı ve Buna Bağlı Sorunlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 197-205.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi: 9(2), 68-75.
- Akvardar, Y., Arıkan, Z., Berkman, K., Dilbaz, N., Oral, G., Uluğ, B., Uzbay, T., Akgür, S.A., Bilici, M., Gürol, T., Mete, L., Gürel, Ş.C. & Zorlu, N. (2012). *Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Ayvaşık, H.B. (2002). Alkol Öğrenme Süreçleri ve Trafik Kazaları. *Türk Psikoloji Yazıları*, 5(9-10), 83-103.
- Babor, T.F., Fulente, J.R., Saunders, J. & Grant, M. (1992). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care. Word Health Organization.

- Babor, F.T, Higgins- Biddle, J.C, Saunders, J.B, Monteiro, M.G. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test. WHO: Department of Mental Health and Substance Dependence. Second Edition.
- Bacanlı, H., Sürücü, M. & İlhan, T. (2013). Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formunun (BÇSÖ-KF) Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Kuram ve Uygulama Eğitim Bilimleri*, 13(1), 81-96.
- Basut, E. (2006). Stres, Başa Çıkma ve Ergenlik. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13, 31-36.
- Başer, Z. (2006). *Aileden Algılanan Sosyal Destek İle Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Erzurum.
- Bayar, R. & Yavuz, M. (2008). Alkol Bağımlılığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. *Sempozyum Dizisi*: 62: 221-230.
- Bayraktar, E. (1997). Obsesif-Kompulsif Bozukluk. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir. *Psikiyatri Dünyası*, 1: 25-32.
- Budak, S. (2000). *Psikoloji Sözlüğü*. Bilim ve sanat yayınları, Ankara.
- Burger, J.M. (2006). *Kişilik Kaknüs Yayınları*, İstanbul. Çeviri: İnan Deniz Erguvan Sarıoğlu
- Doğan, B.Y. (2001). Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. *Aile ve Toplum*: 4(1), 30-44.
- Fırat, S. (2005). *Alkol Bağımlılarında Uyku Bozukluğunun Alkol Relaps ve Nüksü ile İlişkinin Araştırılması*. (Uzmanlık Tezi). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Antalya.
- Derdiyok, E.B. (2015). *Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık Düzeyleri Ve Alkol Kullanmaları Arasındaki İlişki* (Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Can, R. (2013). Acil Servise Başvuran Hastalarda Sigara İçme Prevalansı Ve Sigara İçiciliğinin Ekonomik Boyutunu Saptama Çalışması (*Uzmanlık Tezi*). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Cantez, E. (1988). Alkol Bağımlılığının Psikolojik Özellikleri. Psikoloji Bölümü, İstanbul Üniversitesi, 107-124.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56(2), 267-283.
- Cerea, S., Bottesi, G., Grisham, J.R., Vieno, A. & Ghisi, M. (2017). Dispositional and situational coping among individuals with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 79-87.
- Ciubară, Burlea, S.L., Săcuiu, I., Radu, A.D., Untu, I. & Chiriță, R. (2015). Alcohol Addiction - A Psychosocial Perspective. *Social and Behavioral Sciences*, 187, 536-540.
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. Carnegie Mellon University, 676-684.
- Comasco, E., Berglund, K., Orelund, L. & Nilsson, K.W. (2010). Why Do Adolescents Drink? Motivational Patterns Related to Alcohol Consumption and Alcohol Related Problems. *Substance Use & Misuse*, 45, 1589-1604.
- Coşkunol, H. & Altıntoprak, E. (1999). Alkol Kullanımının Genetik Yönleri. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı: İzmir. 2: 222-229.
- Compas, B.E, Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A.H, & Wadsworth, M.E. (2001). Coping With Stress During Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research. *American Psychological Association* 127 (1), 87-127.

- Cullough, L.M. (1982). İntihar: Sebepleri Nedir ve Ona Nasıl Engel Olunur? Çeviri: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Peker, 108.
- Çöl, I.A. (2013). *Alkol Bağımlısı Olan Hastalarda İçsel Farkındalığın Değerlendirilmesi* (Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne.
- Dilbaz, N. (2013). Madde Kullanım Riski ve Madde Bağımlılığından Korunma. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Dişsiz, M. (2018). Üreme Sağlığı ve Kadınlarda Zararlı Madde Kullanımı. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 201-206. doi: 10.31067/0.2018.32
- Doğan, T. (2008). Psikolojik Belirtilerin Yordayıcısı Olarak Sosyal Destek Ve İyi Hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 3(30), 30-44.
- Duru, E. Üniversiteye Uyum Sürecinde Yalnızlığı Yordamada Sosyal Destek Ve Sosyal Bağlılığın Doğrudan Ve Dolaylı Roller. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 3(29), 13-24.
- Eker, D., Arkar, H.& Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1):17-25.
- Ekinciler, T. (1986). Alkolün Sağlık ve Beslenmeye Etkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*: 26-37.
- Eldeleklioğlu, J. (2006). Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Depresyon ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri / Educational Sciences: Theory & Practice* 6 (3), 727-752.
- Erbay, E., Oğuz, N., Yıldırım, B. & Fırat, E. (2016). Alkol Ve Madde Bağımlılığı Olan Bireylerin Başa Çıkma Tutumları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 597-609.

- Ergenç, G. & Yıldırım, E. (2007). Madde Kullanımı Önleme Klavuzu. İstanbul Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü.
- Eryılmaz, A. (2009). Ergenlik Döneminde Stres ve Başa Çıkma. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(2), 20-37.
- Ertan, T. (2008). Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi(62): 27-30.
- Evren, C, Çelik, S., Evren, B. & Aksoy, R. (2011). Validation Study of the Turkish Version of the Obsessive–Compulsive Drinking Scale in Male Alcohol Dependent Inpatients. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 1-12.
- Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Evren, B., Yapıcı, A. & Çakmak, D. (2003). Alkol Kullanım Bozukluğunda Cinsiyet Farklılığı: Yatan Hasta Verilerinin İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 4(3), 96-100.
- Farren, C.K. & Tipton, K.F. (1999). Trait Makers for Alcoholism: Clinical Utility. *Alcohol & Alcoholism*: 34(5), 649-665.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T (2000). Positive Effect and the Other Side of Coping. *American Psychological Association*, 55(6), 647-654.
- Güngör, B.B., Gülseren, Ş., Dalmış, A. & Zorlu, N. (2013). Alkol Bağımlılığı Başlangıç Yaşı ve Aile Öyküsünün Dürtüsellik ve Kompulsivite İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14: 267-274. doi: 10.5455/apd.38074
- Güvenli, H. & Saatçioğlu, Ö. (2008). Alkol Bağımlılığında İçme İsteği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18: 140-152.

- Hasking, P., Lyvers, M., & Carlopio, C. (2011). The Relationship Between Coping Strategies, Alcohol Expectancies, Drinking Motives And Drinking Behaviour. *Addictive Behaviors*, 479-487.
- Hopf, W.F. & Lesscher, H.M.B. (2014). Rodent Models for Compulsive Alcohol Intake. *Science Direct*, 48: 253-263.
- Jernigan, D.H., Monteiro, M., Room, R. & Saxena, S. (2000). Towards a Global Alcohol Policy: Alcohol, Public Health and the Role of WHO. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 491-499.
- Karadağ, İ. (2007). İlköğretim Beşinci Sınıf Öğrencilerinin Akademik Başarılarının Sosyal Destek Kaynakları Açısından İncelenmesi (*Yüksek Lisans Tezi*). Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Karakaş, S.A. & Ersöğütçü, F. (2016). Madde Bağımlılığı ve Hemşirelik 3(2), 133-139.
- Karataş, Z. (2012). Ergenlerin Algılanan Sosyal Destek ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(19), 257-271.
- Kaya, E. (2014). Madde Kullanım Bozuklukları. *Ok Meydanı Tıp Dergisi*, 30(2), 79-83.
- Ketzenberg, K.E. & Forrest, L. (2000). Impulsiveness and Compulsiveness in Alcoholics and Nonalcoholics. *Addictive Behaviors*, 25(5), 791-795.
- Koçuk, N. (2010). *Alkolün Beyin Yapısı Ve Bilişsel İşlevler Üzerine Etkileri* (Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.
- Koçum, E. (2012). Bağımlılık Yapan Maddeler ve Etkileri (*Bitirme Ödevi*). Erciyes Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Kayseri.
- Kulaksızoğlu, İ.B., Tükel, R., Üçok, A., Yargıç, İ. & Yazıcı, O. (2009). *Psikiyatri El Kitabı*, İstanbul Üniversitesi.

- Lazarus, R.S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*: 55, 234-247.
- Madhyastha, S. (2014). Stress, Coping and Gender Differences in Third Year Medical Students. *Journal of Health Management*, 1-25. <https://www.researchgate.net/publication/263655905>
- Marshall-Berenz, E.C., Vujanovic, A.A. & MacPherson, L. (2011). Impulsivity and alcohol use coping motives in a trauma-exposed sample: The mediating role of distress tolerance. *Personality and Individual Differences* 50, 588-592.
- Michels, P.J, Johnson, P.N., Mallin, R., Thornill, J.T., Sharma, S., Gonzales, H. & Kellett, R. (2009). Coping Strategies of Alcoholic Women. *Substance Abuse*, 40(4), 237-248.
- Mırsal1, H., Pektaş, Ö., Kalyoncu, A., Mırsal2, N. & Beyazyürek, M. (2001). Alkol Bağımlılığında İntihar Davranışının Araştırılması. *Bağımlılık Dergisi*, 2(1).
- Morrison, J. (2014). *Made Easy The Clinician's Guide to Diagnosis: DSM-5'i Kolaylaştıran "Klinisyenler için Tanı Rehberi."* Nobel, Çeviri: Hanife Uğur Kural.
- Mowbray, O. (2014). The Moderating Role of Social Networks in the Relationship Between Alcohol Consumption and Treatment Utilization for Alcohol-related Problems. *Journal of Substance Treatment*, 46, 597-601.
- Nolen- Hoeksema, S. & Hilt, L. (2006). Possible Contributors to the Gender Differences in Alcohol Use and Problems. Yale Universty, *The Journal of General Psychology*, 133(4), 357-374.
- Olçay, G.U. (2016). Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (*Yüksek lisans tezi*). Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Ögel, K. (2005). Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 1(47): 61-64

- Ögel, K. (2017). *Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı*. IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Özcan, B. & Sever, S. (2017) Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Alkol Kullanımı ve Çeşitli Kriterlere Göre Analizi *Dergi park*, 2(1), 261-276.
- Özden, S.Y. (2015). *Alkolizm Sebepleri ve Sonuçları*, Nobel.
- Özpoyraz, N., Taman, L. & Karakuş, G.(2008). Alkol Bağımlılığı ve Duygudurum Bozuklukları. *Bağımlılık Dergisi*, 9, 31-35
- Özpoyraz, N., Taman, L. & Şentürk, A. (2015). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Çukurova Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 58-66.
- Öztürk, O. & Uluşahin, A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitapevi, Ankara.
- Saatçioğlu, Ö., Evren, C. ve Çakmak, D. (2002). Alkol Kullanım Bozuklukları Testinin Geçerliliği ve Güvenirliği: *Türkiye’de Psikiyatri* (2-3).
- Sağkal, T. (2005). Alkol Ve Madde Bağımlılarında Öğrenilmiş Güçlülüğün İncelenmesi (*Yüksek Lisans Tezi*). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Sharma, N., Sharma¹, S. Ghai, S., Basu, D., Kumari, D., Singh, D. & Kaur, G. (2016). Living with an Alcoholic Partner: Problems Faced and Coping Strategies Used by Wives of Alcoholic Clients. *Industrial Psychiatry Journal*, 25(1), 65-71.
- Şirin, T. & Turan, R. Alkol Bağımlılarının Benlik Bilinçleri İle Sosyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişki. İstanbul Ticaret Üniversitesi Psikoloji Yüksek Lisans Bitirme Ödevi, 133-154.
- Taylan, H.H. & Genç, Y. (2017). Liselerde Sigara, Alkol Ve Uyuşturucu/Uçucu/Uyarıcı Madde Kullanım Eğilimleri: Kocaeli Örneği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 47(5), 180-199.

- Tosun, M. (2008). Madde Bağımlılığına Genel Bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar 62, 201-220.
- Tok, E.S.S. & Özyurt, B.E. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Riskli Alkol Kullanımını Yordayan Faktörler *Yeni Symposium Dergisi*, 53(1), 1-10.
- Turan, M., Çilli, A.S., Aşkın,R., Herken,H., Telcioğlu,M. ve Kucur,R. (1999). Cage Testi ile Alkol Kullanımı Üzerine Epidemiyolojik Bir Çalışma. *Klinik Psikiyatri*; 2,217-221
- Uzbay, T. (2015). *Madde Bağımlılığı: Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler*, İstanbul Tıp Kitapevi.
- Uzbay, İ.T. Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler Ve Bağımlılık Yapan Maddeler: Giriş, Genel Bilgiler ve Madde Bağımlılığının Tarihsel Gelişimi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Tıp Fakültesi, 5-15.
- Uzuner, M.E. & Karagün, E. (2014). Rekreatif Amaçlı Spor Yapan Bireylerin Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 27, 107-120.
- Veenstra ,M.Y., Paul H. H. M. Lemmens , P.H.H.M., Friesema, I.H.M., Frans E. S. Tan, F.E.S., Garretsen, H.F.L., Knottnerus, J.A. & Zwietering, P.J. (2007). Coping Style Mediates Impact of Stress on Alcohol Use: A Prospective Population-Based Study. *Addiction*, 102, 1890-1898.
- Yapıcı, A. (2006). Alkol Bağımlılığında Depresyon Ve Anksiyetenin Yetiyitimi Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 11. Psikiyatri Kliniği. İstanbul
- Yıldırım, İ. (1997). Sigara, Alkol Ve Uyuşturucu Kullanan Üniversite Öğrencilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 13: 147-155.

- Yüksel, N. (2001). İntiharın Nörobiyolojisi. 3. *Biyolojik Psikiyatri Kongresi*, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
- Yüncü, Z. & Savaş, H. A. (2007). Madde Kullanım Bozukluklarında Genetik: Bir Gözden Geçirme. *Bağımlılık Dergisi*, 8, 146-152.
- Yüncü, Z., Yıldız, U., Kesebir, S., Altıntoprak, E. & Coşkunol, H. (2005). Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Olguların Sosyal Destek Sistemlerinin Değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 6, 129-135.
- Yıldırım, B., Engin, E., & Yıldırım, S. (2011). Alkol ve Madde Bağımlılarında Yalnızlık ve Etki Eden Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 25-30.
- Walker, N.R. (2007). Examining the Relationships among General Coping, Alcohol-Specific Coping and Alcohol Use in a College Student Population (*Doctor of Philosophy in Clinical Psychology*). The faculty of the Virginia Polytechnic Institute, State University, Blacksburg.
- Weiss, F. & Porrino, L.J. (2002). Behavioral Neurobiology of Alcohol Addiction: Recent Advances and Challenges. *The Journal of Neuroscience*, 22(9), 3332-3337.
- World Health Organization, (2004). WHO Global Status Report on 2004 Country profiles: Turkey. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2011). Global Status Report on Alcohol and Health: Alcohol.
- Zerene, F. (2004). How Children Cope with Trauma and Ongoing Threat: The BASIC Ph Model. National Association of School Psychologists. <http://www.nasponline.org/>

EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Cinsiyet: Kadın- Erkek

Yaş: 18 -29, 30-59

Eğitim: ilkokul- Ortaokul- Lise – Üniversite- Yüksek Lisans- Yüksek Lisans ve Üzeri

Gelir Düzeyi: Düşük-Orta-Yüksek

Medeni Durum: Evli- Bekâr

Alkol için haftalık harcanan para miktarı: 10-50, 50-100, 100 ve üzeri

Alkol günlük hayatınızı nasıl etkiler? Etkiler, Aşırı derecede etkiler, etkilemez

Kaç yaşında alkol kullanmaya başladınız? 18 yaş altı, 18-30 yaş, 30 ve üzeri

Ailede alkol kullanan başka biri var mı? Evet hayır

Ek 2. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi

AUDIT-Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi Soruları dikkatlice okuyun ve cevapları kaydedin. AKBTT'e "Size geçtiğimiz yıl süresince alkollü içecek kullanmanızla ilgili bazı sorular soracağım" diyerek başlayın. "Alkollü içecekler" diyerek neyi kastettiğinizi; bira, şarap, votka vs.'nin yöresel ve kültürel örneklerini kullanarak açıklayın. Cevapları "standart içki" terimlerine göre belirleyin.	
1-Alkollü içki ne sıklıkta kullanıyorsunuz? (0) Asla [Soru 9-10'a geç] (1) Ayda bir ya da az (2) Ayda 2 ila 4 kez (3) Haftada 2 ila 3 kez (4) Haftada 4 ya da daha çok kez	6-Geçtiğimiz yıl süresince yoğun içki içilen toplantı sonrası, sabah kendinize gelmek için ilk içkiye ne sıklıkta ihtiyacınız oldu? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen hergün
2-İçtiğiniz zaman, günde kaç tane alkollü içki kullanıyorsunuz? (0) 1 veya 2 (1) 3 veya 4 (2) 5 veya 6 (3) 7, 8 veya 9 (4) 10 veya daha fazla	7-Geçtiğimiz yıl süresince içtikten sonra ne sıklıkta suçluluk ya da pişmanlık duygunuz oldu? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen hergün
3-Bir defada altı ya da daha fazla içkiyi ne sıklıkta kullanıyorsunuz? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen hergün Eğer 2 ve 3'üncü Sorular için Toplam Skor = 0 ise, 9 ve 10'uncu Sorulara Geç	8-Geçtiğimiz yıl süresince, içtiğiniz için önceki gece ne olduğunu ne sıklıkta hatırlayamadınız? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen hergün
4-Geçtiğimiz yıl süresince, içki içmeye başladığınızda ne sıklıkta kendinizi durduramadan kullanmaya devam ettiniz? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen hergün	9-İçmenizin sonucunda; siz ya da başka birisi zarar gördü mü? (0) Hayır (2) Evet, fakat geçen yıl içinde değil (4) Evet, geçen yıl süresince
5-Geçtiğimiz yıl süresince içki yüzünden sizden normalde beklenileni ne sıklıkta başaramadınız? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen hergün	10-Akraba, arkadaş, doktor veya başka bir sağlık çalışanı içmeniz hakkında endişelendi ya da içkiyi azaltmanızı önerdi mi? (0) Hayır (2) Evet, fakat geçen yıl içinde değil (4) Evet, geçen yıl içinde

Ek 3. Obsesif Kompulsif İçme Ölçeği

Aşağıdaki sorularda alkol içmeniz ve içmenizi kontrol etme girişimleriniz hakkında bilgiler sorulmaktadır. Lütfen size uygun olan cevabı daire içine alın.

1. İçmediğinizde, zamanınızın ne kadarı içmeyle ilişkili fikirler, düşünceler, dürtüler ya da hayaller ile meşgul olur?

- 0.) Hiç.
- 1.) Günde 1 saatten az.
- 2.) Günde 1-3 saat.
- 3.) Günde 4-8 saat.
- 4.) Günde 8 saatten daha fazla.

2. Bu düşünceler ne sıklıkta oluşur?

- 0.) Hiç bir zaman.
- 1.) Günde 8 kereden fazla değil.
- 2.) Günde 8 kereden fazla, fakat günün çoğu saatinde bu düşüncelerden uzağım.
- 3.) Günde 8 kereden fazla ve günün çoğu saatinde.
- 4.) Düşünceler sayamayacak kadar fazla ve bu tür birkaç düşünce olmadan bir saat nadiren geçer.

1. ya da 2. Soruların en Yüksek Puanını buraya yazın _____

3. İçmeyle ilgili bu fikir, düşünce, dürtü ya da hayaller sosyal ya da iş (ya da rol) işlevselliğinize ne kadar engel oluyor? Onlar yüzünden yapmadığınız ya da yapamadığınız herhangi bir şey var mı? [Eğer şu anda çalışmıyorsanız, çalışıyor olsaydınız, performansınız ne kadar etkilenirdi?]

- 0.) İçme düşünceleri, hiç bir zaman engel olmaz. İşlevselliğim normal.
- 1.) İçme düşünceleri, sosyal veya mesleki aktiviteleri az etkiler, fakat genel performansım bozulmaz.
- 2.) İçme düşünceleri, sosyal veya mesleki performansımı kesinlikle engeller, fakat yine de baş ediyorum.
- 3.) İçme düşünceleri, sosyal veya mesleki performansımda önemli yetersizliğe neden oluyor.
- 4.) İçme düşünceleri, sosyal veya iş performansımı tamamen engeller.

4. İçmediğiniz sırada içmeyle ilgili fikir, düşünce, dürtü veya hayaller ne kadar sıkıntı ya da rahatsızlığa neden oluyor?

0.) Hiç.

1.) Hafif, sık değil ve fazla rahatsızlık verici değil.

2.) Orta, sık ve rahatsızlık verici, fakat yinede baş edilebilir.

3.) Şiddetli, çok şiddetli ve çok rahatsız edici.

4.) Aşırı, neredeyse sabit devamlı ve yetersiz kılan sıkıntı.

5. İçmediğiniz sırada bu düşüncelere direnmek ya da görmezlikten gelmek veya aklınıza girdikleri zaman dikkatinizi bu düşüncelerden uzaklaştırmak için ne kadar gayret sarf ediyorsunuz? (Bu düşüncelere direnmek için gösterdiğiniz gayreti değerlendirin, onları kontrol etmekteki başarı ya da başarısızlığınızı değil).

0.) Düşüncelerim o kadar az ki, aktif bir direnç göstermeme gerek yok. Eğer düşüncelerim olursa, direnebileceğim gayreti her zaman gösteririm.

1.) Çoğu zaman direnmeye çalışıyorum.

2.) Direnmek için bir kısım direnç gösteriyorum.

3.) Bu tür düşüncelerin hepsine, onları kontrol etmeyi denemeden teslim oluyorum. Fakat bunu gönülsüz yapıyorum.

4.) Tamamen ve isteyerek bu tür düşüncelerin hepsine teslim oluyorum.

6. İçmediğiniz sırada bu düşünceleri durdurma ya da değiştirmekte ne kadar başarılısınız?

0.) Bu tür düşünceleri durdurma ya da değiştirmekte tamamen başarılıyım.

1.) Genellikle bu tür düşünceleri bir kısım gayret ve yoğunlaşma ile durdurabiliyor ya da değiştirebiliyorum.

2.) Bazen bu tür düşünceleri durdurabiliyor ya da değiştirebiliyorum.

3.) Nadiren bu tür düşünceleri durdurabiliyor ve sadece zorlukla bu tür düşünceleri değiştirebiliyorum.

4.) Bu tür düşünceleri anlık bile nadiren değiştirebiliyorum.

7. Her gün ne kadar içki içiyorsunuz?

0.) Hiç

1.) Günde 1 içkiden az

2.) Günde 1-2 içki

3.) Günde 3-7 içki

4.) Günde 8 ya da daha fazla içki

8. Haftada kaç gün içiyorsunuz?

0.) Hiç

1.) Haftada 1 günden fazla değil

2.) Haftada 2-3 gün

3.) Haftada 4-5 gün

4.) Haftada 6-7 gün

7. ya da 8. Soruların en Yüksek Puanını buraya yazın _____

9. İçmeniz mesleki işlevselliğinize ne kadar mani oluyor? İçmeniz yüzünden yapmadığınız ya da yapamadığınız herhangi bir şey var mı? [Eğer şu anda çalışmıyorsanız, çalışıyor olsaydınız performansınız ne kadar etkilenirdi?]

0.) İçmek hiç bir zaman engellemez—İşlevselliğim normal.

1.) İçmek mesleki aktivitelerimi az engeller, fakat genel performansım bozulmaz.

2.) İçmek mesleki performansıma kesinlikle engel, fakat yine de baş ediyorum.

3.) İçmek mesleki performansımda önemli yetersizliğe neden oluyor.

4.) İçmek sorunları iş performansıma tamamen engel oluyor.

10. İçmeniz sosyal işlevselliğinize ne kadar engel oluyor? İçmeniz yüzünden yapmadığınız ya da yapamadığınız her hangi bir şey var mı?

0.) İçmek hiç bir zaman engellemez—İşlevselliğim normal.

1.) İçmek sosyal aktiviteleri az engeller, fakat genel performansım bozulmaz.

2.) İçmek sosyal performansıma kesinlikle engel, fakat yinede baş ediyorum.

3.) İçmek sosyal performansımda önemli yetersizliğe neden oluyor.

4.) İçmek sorunları sosyal performansıma tamamen engel oluyor.

9. ya da 10. Soruların en Yüksek Puanını buraya yazın _____

11. İçme arzunuz olduğu zaman içmeniz engellense, ne kadar sıkıntılı ya da üzgün olursunuz?

0.) Herhangi bir sıkıntı ya da sinirlilik yaşamam.

1.) Sadece az sıkıntılı ya da sinirli olurum.

2.) Sıkıntı ya da sinirlilik büyür, fakat baş edilebilir haldedir.

3.) Sıkıntı ya da sinirlilik kalıcı ve çok rahatsız edici bir artış yaşarım.

4.) Yetersizlik doğuran sıkıntı ya da sinirlilik yaşarım.

12. Alkollü içecekleri içmeye direnmek için ne kadar gayret harcıyorsunuz? (Sadece içmeye direnmek için gösterdiğiniz gayreti değerlendirin, onları kontrol etmekteki başarı ya da başarısızlığınızı değil).

- 0.) İçmem o kadar az ki, aktif bir direnç göstermeme gerek yok. Eğer içersen, direnebileceğim gayreti her zaman gösteririm.
- 1.) Çoğu zaman direnmeye çalışıyorum
- 2.) Direnmek için bir kısım direnç gösteriyorum
- 3.) Her içme arzuma, onları kontrol etmeyi denemeden teslim oluyorum, fakat bunu gönülsüz olarak yapıyorum.
- 4.) Tamamen ve isteyerek içme arzularımın hepsine teslim oluyorum.

13. Alkollü içecek içme dürtüsü ne kadar güçlü?

- 0.) Dürtü yok
- 1.) İçmek için kısmi baskı
- 2.) İçmek için güçlü baskı
- 3.) İçmek için çok güçlü baskı
- 4.) İçme dürtüsü tamamen istem dışı ve aşırı güçlü.

14. İçmeniz üzerine ne kadar kontrol sahibisiniz?

- 0.) Tamamen kontrol sahibiyim.
- 1.) Genellikle istemli kontrol gösterebiliyorum.
- 2.) Sadece zorlukla kontrol ediyorum.
- 3.) İçmeliyim ve sadece zorlukla içmemi erteleyebilirim.
- 4.) İçmeyi bir an bile nadiren erteleyebiliyorum.

13. ya da 14. Soruların en Yüksek Puanını buraya yazın _____

Ek 4. Başa Çıkma Stratejileri Kısa Formu (BÇS- Brief COPE)

Açıklama: Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla yada sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı yada nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösteriniz. Seçenekleri işaretlerken aşağıda belirtilen puanlamayı kullanınız.

1. Asla böyle birşey yapmam

2. Çok az böyle yaparım

3. Orta derecede böyle yaparım

4. Çoğunlukla böyle yaparım

Madde				
1. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
2. Bu olay hakkında daha az düşünmek için sinemaya giderim ya da TV seyredirim.	1	2	3	4
3. Olay hiç olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
4. Bununla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemekten vaz geçerim.	1	2	3	4
5. Olayın gerçekten olduğu fikrine kendimi alıştırırım.	1	2	3	4
6. Allah'tan yardım isterim.	1	2	3	4
7. Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	1	2	3	4
8. Şartlar uygun olana kadar bu konuda hiç bir şey yapmam.	1	2	3	4
9. Ne hissettiğimi birilerine anlatırım.	1	2	3	4
10. Amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.	1	2	3	4
11. Soruna odaklanabilmek için diğer etkinliklerimi bir tarafa bırakırım.	1	2	3	4
12. Alkol ya da sakinleştirici alarak bir süre kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
13. Duygularımı dışarı vururum.	1	2	3	4
14. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.	1	2	3	4
15. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	1	2	3	4
16. Ne yapmam gerektiği konusunda bir strateji geliştirmeye çalışırım.	1	2	3	4
17. Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse- yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	1	2	3	4
18. Başkasının sempatisini ve anlayışını kazanmaya çalışırım.	1	2	3	4

19. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç almaya çalışırım.	1	2	3	4
20. Sorunla ilgili şaka yaparım.	1	2	3	4
21. Olayların iyi yanını görmeye çalışırım.	1	2	3	4
22. Sorunun en iyi nasıl ele alınabileceğini düşünürüm.	1	2	3	4
23. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
24. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü etkinliklere yönelirim.	1	2	3	4
25. Böyle bir şeyin olduğu gerçeğini kabul ederim.	1	2	3	4
26. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.	1	2	3	4
27. Dini inancımda huzur bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
28. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	1	2	3	4

ASDK: Araçsal Sosyal Destek Kullanma, **MİZ:** Mizah, **DOK:** Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma, **MK:** Madde Kullanımı, **KAB:** Kabullenme, **DEB:** Diğer Etkinlikleri Bırakma, **DİN:** Dine Yönelme, **YAD:** Yadsıma, **DİK:** Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme, **ZİK:** Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme, **KS:** Kendini Sınırlandırma, **OYY:** Olumlu Yeniden Yorumlama, **DSDK:** Duygusal Sosyal Destek Kullanma, **PL:** Planlama

1. Araçsal sosyal destek kullanma: 15,26,
2. Mizahi yaklaşım:7,20
3. Duygulara odaklanma ve ortaya koyma:1,13
4. Madde kullanımı:12,19
5. Kabullenme:5,25
6. Diğer etkinlikleri bırakma:11, 17
7. Dine yönelme:6,27
8. Yadsıma:3, 23
9. Davranışsal olarak ilgiyi kesme:4,10
10. Zihinsel olarak ilgiyi kesme:2, 24
11. Kendini sınırlandırma:28,8
12. Olumlu yeniden yorumlama: 14,21
13. Duygusal sosyal destek kullanma:9, 18
14. Planlama:16,22

Ek 5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet



Ek 6. Etik Kurul Onayı



BEYKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

03.12.2018

Enstitümüz Psikolojik Anabilim Dalı Klinik Psikoloji (tezli) programı öğrencisi **Gözde AVAR**' ın "**Alkol Kullanan Bireylerde Obsesif Kompulsif İçme Davranışı, Başa Çıkma Stilleri İle Sosyal Destek Türlerinin İncelenmesi**" konulu tezine anket çalışması yapması Etik Kurulumuzca uygun görülmüştür.

ETİK KURUL ÜYELERİ

Prof. Dr. Akile Reşide GÜRSOY
BAŞKAN

Prof. Dr. Turgut ÖZKAN
ÜYE

Prof. Dr. Selahattin SARI
ÜYE

Prof. Dr. Cenk DEMİRKIRAN
ÜYE

Prof. Dr. Tekin MEMİŞ
ÜYE

Prof. Dr. Ali Vahit TURHAN
ÜYE

Prof. Dr. Ögüz MAKAL
ÜYE

Prof. Dr. Nihat KÜÇÜKSAVAŞ
ÜYE

Prof. Dr. Erdoğan TAŞKIN
ÜYE

Beykent Üniversitesi İletişim Hattı: 444 1997 - 0850 340 34 34 - www.beykent.edu.tr

Ayazağa-Maslak Yerleşkesi: Ayazağa Mahallesi Hadım Kuru Yolu Cad. No: 19, Sarıyer 34396 İstanbul / Faks: (0212) 289 64 90
Beylikdüzü Yerleşkesi: Cumhuriyet Mah. Gürpınar Yolu Cad. No: 3/A, Beykent Siteleri, Büyükçekmece 34500 İstanbul / Faks: (0212) 867 55 68
Taksim Yerleşkesi: Siraselviler Cad. No: 65, Taksim, Beyoğlu 34437 İstanbul / Faks: (0212) 243 02 78 info@beykent.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

19 Mayıs 1992 tarihi, Ankara’da doğdum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Bodrum’da tamamladım. Lisans eğitimimi Kıbrıs Doğu Akdeniz Üniversitesi’nde okudum. Yüksek lisans eğitimimi Beykent Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı tezli programına başladım.

Gözde AVAR

