



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

ÇALIŞANLARDA ALKOL VE MADDE KULLANIM
BOZUKLUĞU TAKİBİNDE İOT TABANLI DİJİTAL
UYGULAMA SİSTEMİ GELİŞTİRİLMESİ

Tuğçe ORAL

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Müge ENSARİ ÖZAY

İSTANBUL-2024

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

ÇALIŞANLARDA ALKOL VE MADDE KULLANIM
BOZUKLUĞU TAKİBİNDE İOT TABANLI DİJİTAL
UYGULAMA SİSTEMİ GELİŞTİRİLMESİ

Tuğçe ORAL

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Müge ENSARİ ÖZAY

İSTANBUL-2024

ÖZET

ÇALIŞANLARDA ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TAKİBİNDE İOT TABANLI DİJİTAL UYGULAMA SİSTEMİ GELİŞTİRİLMESİ

Bağımlılık, yalnızca bağımlı kişinin sosyal çevresi ile sınırlı kalmamakta, genellikle kelebek etkisi ile toplum içerisinde ve ülke ekonomisi üzerinde olumsuz sonuçlar yaratmaktadır. Bu çalışmada çalışanlar arasında alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı konulmuş ve bununla mücadele eden kişilerin, tedavi süreci içerisinde bağımlılıktan kurtulma çabasını destekleyen ve sürdürmesine katkı sağlayacak mobil uygulama modellenmiştir. Modellenen mobil uygulama her platformda kullanıma uygun şekilde konfigüre edilmiş olup, kullanıcı ara yüzleri, veri akışı için gerekli veritabanı klasörleri ve dizaynları yapılmıştır. Böylece, bağımlılıkla mücadele eden bireylerin sosyal ve psikolojik motivasyonlarını destekleyecek, işvereni, ailesi veya arkadaş çevresi tarafından tedavi sürecinin takip edilebileceği ‘Bağımlılıkta İzlem’ isimli mobil uygulama araştırmanın birinci çıktısını oluşturmuştur. İkinci araştırma çıktısı ise bağımlılıkla mücadele eden 389 kişiye WHOQOL-Bref ölçeği uygulanmıştır. Genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre olmak üzere 5 faktöre ayrılan yaşam memnuniyet ölçeğinde değişkenler arasında bağımlılık olup olmadığını saptayabilmek için Ki-Kare testinden faydalanılmıştır. Sosyo-demografik özelliklere göre geliştirilen 35 istatistiksel test hipotezi arasında çalışma durumu ile sosyal ilişkilerinden memnun olma arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve yasa dışı madde bağımlılığı bulunan kişilerin memnuniyet düzeyinin alkol bağımlılarına göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Kısaca, tedavi süreci devam eden kişilerin yaşamdan keyif almalarını etkileyen faktörler belirlenerek, mobil uygulama ile sosyal yaşam ve motivasyon desteği sağlanması hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu, Bağımlılıkla mücadele, Mobil Uygulama Modelleme, WHOQOL-Bref Ölçeği

ABSTRACT

DEVELOPMENT OF IoT-BASED DIGITAL APPLICATION SYSTEM FOR MONITORING ALCOHOL AND SUBSTANCE USE DISORDERS AMONG EMPLOYEES

Addiction is not limited to the social environment of the addicted person, but generally creates negative results in society and the country's economy with the butterfly effect. In this study, a mobile application that supports and contributes to the efforts of those who are diagnosed with alcohol or substance use disorder among employees and who are struggling with it, to get rid of addiction during the treatment process was modeled. The modeled mobile application was configured to be suitable for use on every platform, and the user interfaces, database folders and designs necessary for data flow were made. Thus, the mobile application named 'Follow-up in Addiction', which will support the social and psychological motivations of individuals struggling with addiction and where the treatment process can be followed by their employers, family or friends, constituted the first output of the research. The second research output was the WHOQOL-Bref scale applied to 389 people struggling with addiction. The Chi-Square test was used to determine whether there was addiction among the variables in the life satisfaction scale, which is divided into 5 factors: general health, physical health, psychological, social relations and environment. Among the 35 statistical test hypotheses developed according to socio-demographic characteristics, it was determined that there was a significant relationship between employment status and satisfaction with social relations, and that the satisfaction level of people with illegal substance addiction was better than alcohol addicts. In short, the factors affecting the enjoyment of life of people who are continuing their treatment process were determined and it was aimed to provide social life and motivation support with the mobile application.

Keywords: Alcohol and Substance Use Disorder, Combating Addiction, Mobile Application Modeling, WHOQOL-Bref Scale

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamı yürüttüğüm süreci keyifle yürütmemi sağlayan, anlayışını ve sabrını hiçbir zaman esirgemeyen ve hep desteğini koşulsuz üzerimde hissettiğim pek kıymetli danışmanım saygı değer hocam Doç. Dr. Müge ENSARİ ÖZAY’a katkılarından dolayı çok teşekkür ederim. Tez izleme komitemin kıymetli üyeleri Prof. Dr. Emine CAN ve Dr. Öğr. Üyesi Rüştü UÇAN hocalarım, bu süreçte sizlerin öğrencisi olduğum için hep şanslı hissettirdiniz sizlere minnettarım ve katkılarınız için çok teşekkür ederim.

Araştırmamın saha çalışmalarında öncelikle Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimi Uzm.Dr. Cengiz CENGİSİZ’e ve hastane ERAM kliniğinde ölçeklerimi uygulamam da yardımını esirgemeyen hemşire Melek TÜRK’e, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’ne ve NPIstanbul Beyin Hastanesi AMATEM Klinik araştırmalarımnda destek veren Prof.Dr. H. Nesrin DİLBAZ ve Prof.Dr. Cemal Onur NOYAN hocalarıma; mobil uygulamanın veritabanı, içerik geliştirilmesindeki rehberlikleri için Pusula Ayık Yaşam Derneği Yönetim Kurulu Başkanı Fatih BUDAK’a ve uzman psikoloğu Emre SAKA’ ya; bağımlılıkta mücadele için mobil uygulamanın modellenmesinde bir hayata dokunmak amacıyla yazılım desteği veren ARGE360 şirketi sahibi Ahmet GÖÇER’e ve çalışanlarına; anket çalışmalarımnda sabırla formları tekrar tekrar dolduran, gönüllü vaktini ayıran bağımlılıkla mücadele eden katılımcılara ve son olarak istatistik analizlerinde bilgisini, yardımını ve zamanını esirgemeyen Hakan SEYREKOĞLU’ na teşekkürü borç bilirim.

Sabır ve emek isteyen bu zorlu süreçte annelerine en büyük sabrı gösteren canım yavrularım; bal kızım Asel Sevgi ve pamuk kızım Adel Sare’ ye, her zaman gölgem olup yanımda olan ve saha çalışmalarımda devam edebilmem için kızlarımı oyalayan canım babam Mehmet’e, eşim Taner’e, canım kardeşim Enes’e ve göremediğim halde varlıklarını hep hissettiğim melek annem Sevgi ve amcam İbrahim ‘e çok ama çok teşekkür ederim.

Son olarak, bu meşakkatli yolda başarılı olacağıma hep inandırdıkları ve en önemlisi motivasyon destekleri için canım arkadaşlarım Ayşe KAYA ’ya, Bengisu ALTINTEN ’e, Dilek AKER ’e ve Sevda ALTIN ’a çok ama çok teşekkür ederim.

Hayatımdaki en kıymetli başarı, sizler gibi güzel insanların varlığıymış. Şunu çok iyi biliyorum ki; benim değil, bizim eserimiz.



BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve şkdar niversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim

16.07.2024
Tuğçe ORAL

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xvi
1. GİRİŞ	1
1.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu	4
1.1.1. Alkol Bağımlılığı (Alkolizm).....	4
1.1.2. Madde Kullanım Bozukluğu	8
1.2. Küresel Çapta Bağımlılık.....	19
1.2.1. Kıtalarla göre Alkol ve Madde Bağımlılığı	20
1.2.2. Uyuşturucu Kontrol Sözleşmeleri	21
1.2.3. Türkiye’de Alkol ve Madde Bağımlılığı.....	22
2. GENEL BİLGİLER.....	28
2.1. Bağımlılıkla Mücadele	28
2.2. Sosyal Yaşam ve Sosyal Destek	32
2.2.1. Türkiye’de Bağımlılıkla Mücadele ve Toplum Bilinçlendirme Çalışmaları .	33
2.2.1.2. Toplum Bilinçlendirme Çalışmaları.....	37
2.2.2. Dünyadan Örnek Sosyal Kazanım Uygulamaları	40
2.2.2.1. Portekiz	40
2.2.2.2. İsviçre	42

2.2.2.3. Kanada	44
2.3. Bağımlılıkla Mücadelede İyi Uygulama Örnekleri.....	47
2.4. Alkol veya Madde Kullanım Bozukluğu Tanısı Koyulmuş Kişilerde Yaşam ve Psikolojik Uyum	56
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	59
3.1. Araştırmanın Tipi	59
3.2. Araştırmanın Modeli	59
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	69
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	69
3.5. Veri Toplama Araçları	70
3.6. Verilerin Analizi	70
3.6.1.1. Ki-Kare Testi (Chi-Kare Testi)	70
4. BULGULAR.....	80
4.1. Mobil Uygulamanın Modellenmesi	80
4.1.1. Veri Tabanı Tasarımı	80
4.1.2. Mobil Uygulamanın İsimlendirilmesi	87
4.1.3. Bağımlılıkta İzlem Kullanıcı Arayüzleri.....	88
4.2. İstatistik Analiz Sonuçları	96
4.2.1. Faktör Analizi	97
4.2.2. Normallik Testleri	98
4.2.3. Ki-Kare Analiz Sonuçları.....	101
5. TARTIŞMA	173
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	179
EKLER.....	192
Ek 1. Etik Kurul Onayları ve Anket Formları.....	192
Ek 2. Özgeçmiş	193

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: İdrarda toksik madde varlığında eşik değerler (ng/ml) (Aksun ve Avşar, 2019).	16
Tablo 2: Uyuşturucu maddelerin tükürükte yarılanma ömürleri (Hancı ve Kozacı, 2019).	18
Tablo 3: Türkiye'de bulunan AMATEM, ERAM ve ÇEMATEM klinikleri (EGM, 2024)	37
Tablo 4: Yasal kenevir ürünleri için thc sınırları (Legal Cannabis, 2023).....	45
Tablo 5: Kanada bağımlılıkla mücadele yardım hizmetleri ağı orijinal alıntı (Canada Wide Services, 2024)	46
Tablo 6: Araştırma örneklemini belirleme	69
Tablo 7: İki değişkenin bağımsız gözlemlerinin sınıflandırılması (Güngör ve Bulut, 2008)	71
Tablo 8. Kullanılan kütüphanelerin listesi	85
Tablo 9: Proje modül ve bileşenleri	86
Tablo 10: Kullanılan kütüphanelerin listesi	86
Tablo 11: Katılımcıların demografik betimleyici özelliklerine göre frekans dağılımı ve yüzdeleri.....	96
Tablo 12: Sorular ve faktör dağılımı.....	97
Tablo 13: Faktörlerin normallik test sonuçları.....	98
Tablo 14: Genel sağlık durumu memnuniyet düzeyi	102
Tablo 15: Cinsiyet ile genel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları	102
Tablo 16: Cinsiyet ile genel sağlık durumu karşılaştırması phi ve cramer değer tablosu	102
Tablo 17: Fiziksel sağlık durumu memnuniyet düzeyi	104
Tablo 18: Cinsiyet ile fiziksel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları.....	104
Tablo 19: Cinsiyet ile fiziksel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	104
Tablo 20: Psikolojik durumu memnuniyet düzeyi	106

Tablo 21: Cinsiyet ile psikolojik durumu ki-kare test sonuçları	106
Tablo 22: Cinsiyet ile psikolojik durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	106
Tablo 23: Sosyal ilişkilerden memnuniyet düzeyi	108
Tablo 24: Cinsiyet ile sosyal ilişki durumu Ki-Kare test sonuçları	108
Tablo 25: Cinsiyet ile sosyal ilişki durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	108
Tablo 26: Çevre faktöründen memnuniyet düzeyi	110
Tablo 27: Cinsiyet ile çevre durumu Ki-Kare test sonuçları	110
Tablo 28: Cinsiyet ile çevre durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu ..	110
Tablo 29: Genel sağlık durumu memnuniyet düzeyi	112
Tablo 30: Yaş ile genel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları	112
Tablo 31: Yaş ile Genel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	113
Tablo 32: Fiziksel sağlık durumu memnuniyet düzeyi	114
Tablo 33: Yaş ile fiziksel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları	114
Tablo 34: Yaş ile fiziksel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	115
Tablo 35: Psikolojik sağlık durumu memnuniyet düzeyi	116
Tablo 36: Yaş ile psikolojik durumu Ki-Kare test sonuçları	117
Tablo 37: Yaş ile psikolojik durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu ..	117
Tablo 38: Sosyal ilişkiler durumu memnuniyet düzeyi	118
Tablo 39: Yaş ile sosyal ilişkiler durumu Ki-Kare test sonuçları	119
Tablo 40: Yaş ile sosyal ilişkiler durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	119
Tablo 41: Çevre durumu memnuniyet düzeyi	120
Tablo 42: Yaş ile çevre durumu Ki-Kare test sonuçları	121
Tablo 43. Yaş ile sosyal ilişkiler durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	121
Tablo 44: Eğitim seviyesine göre memnuniyet düzeyi	123
Tablo 45: Eğitim seviyesi ile genel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları	123
Tablo 46: Eğitim seviyesi ile genel sağlık durumu karşılaştırması phi ve cramer değer tablosu	124
Tablo 47: Eğitim seviyesine göre memnuniyet düzeyi	125

Tablo 48: Eğitim seviyesi ile fiziksel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları	126
Tablo 49: Eğitim seviyesi ile fiziksel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	126
Tablo 50: Eğitim seviyesine göre memnuniyet düzeyi	127
Tablo 51: Eğitim seviyesi ile psikolojik durumu ki-kare test sonuçları.....	128
Tablo 52: Eğitim seviyesi ile psikolojik durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	128
Tablo 53: Eğitim seviyesine göre memnuniyet düzeyi	129
Tablo 54: Eğitim seviyesi ile sosyal ilişki durumu Ki-Kare test sonuçları.....	130
Tablo 55: Eğitim seviyesi ile sosyal ilişki durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	130
Tablo 56: Eğitim seviyesine göre memnuniyet düzeyi	131
Tablo 57: Eğitim seviyesi ile çevre durumu Ki-Kare test sonuçları	132
Tablo 58: Eğitim seviyesi ile çevre durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	132
Tablo 59: Çalışma durumuna göre memnuniyet düzeyi	133
Tablo 60: Çalışma durumu ile genel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları.....	134
Tablo 61: Çalışma durumu ile genel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	134
Tablo 62: Çalışma durumuna göre memnuniyet düzeyi	135
Tablo 63: Çalışma durumu ile fiziksel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları.....	135
Tablo 64: Çalışma durumu ile fiziksel sağlık durumu karşılaştırması phi ve cramer değer tablosu	136
Tablo 65: Çalışma durumuna göre memnuniyet düzeyi	137
Tablo 66: Çalışma durumu ile psikolojik durumu Ki-Kare test sonuçları.....	137
Tablo 67: Çalışma durumu ile psikolojik durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	137
Tablo 68: Çalışma durumuna göre memnuniyet düzeyi	139
Tablo 69: Çalışma durumu ile sosyal ilişkiler durumu Ki-Kare test sonuçları.....	139
Tablo 70: Eğitim seviyesi ile sosyal ilişki durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	139
Tablo 71: Çalışma durumuna göre memnuniyet düzeyi	141
Tablo 72: Çalışma durumu ile çevre durumu Ki-Kare test sonuçları	141

Tablo 73: Çalışma durumu ile çevre durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	141
Tablo 74: Medeni durumuna göre memnuniyet düzeyi	143
Tablo 75: Medeni hali ile genel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları	143
Tablo 76: Medeni hali ile genel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	143
Tablo 77: Medeni durumuna göre memnuniyet düzeyi	145
Tablo 78: Medeni hali ile fiziksel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları	145
Tablo 79: Medeni hali ile fiziksel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	145
Tablo 80: Medeni durumuna göre memnuniyet düzeyi	147
Tablo 81: Medeni hali ile psikolojik durumu Ki-Kare test sonuçları	147
Tablo 82: Medeni hali ile psikolojik durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	147
Tablo 83: Medeni durumuna göre memnuniyet düzeyi	149
Tablo 84: Medeni hali ile sosyal ilişki durumu Ki-Kare test sonuçları	149
Tablo 85: Medeni hali ile sosyal ilişki durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	149
Tablo 86: Medeni durumuna göre memnuniyet düzeyi	151
Tablo 87: Medeni hali ile çevre durumu Ki-Kare Test Sonuçları.....	151
Tablo 88: Medeni hali ile çevre durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	151
Tablo 89: Bağımlılık türüne göre memnuniyet düzeyi	153
Tablo 90: bağımlılık türü ile genel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları	153
Tablo 91: Bağımlılık türü ile genel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	153
Tablo 92: Bağımlılık türüne göre memnuniyet düzeyi	155
Tablo 93: Bağımlılık türü ile fiziksel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları.....	155
Tablo 94: Bağımlılık türü ile fiziksel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	156
Tablo 95: Bağımlılık türüne göre memnuniyet düzeyi	157
Tablo 96: Bağımlılık türü ile psikolojik durumu Ki-Kare test sonuçları.....	157
Tablo 97: Bağımlılık türü ile psikolojik durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	158

Tablo 98: Bağımlılık türüne göre memnuniyet düzeyi	159
Tablo 99: Bağımlılık türü ile sosyal ilişki durumunun Ki-Kare test sonuçları	159
Tablo 100: Bağımlılık türü ile sosyal ilişki durumunun karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	159
Tablo 101: Bağımlılık türüne göre memnuniyet düzeyi	161
Tablo 102: Bağımlılık türü ile sosyal ilişki durumunun Ki-Kare test sonuçları	161
Tablo 103: Bağımlılık türü ile sosyal ilişki durumunun karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	161
Tablo 104: Dikkat eksikliği tanısına göre memnuniyet düzeyi	163
Tablo 105: Dikkat eksikliği tanısı ile genel sağlık durumunun Ki-Kare test sonuçları	163
Tablo 106: Dikkat eksikliği tanısı ile genel sağlık durumunun karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	163
Tablo 107: Dikkat eksikliği tanısına göre memnuniyet düzeyi	165
Tablo 108: Dikkat eksikliği tanısı ile fiziksel durumunun Ki-Kare test sonuçları ..	165
Tablo 109: Dikkat eksikliği tanısı ile genel sağlık durumunun karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	165
Tablo 110: Dikkat eksikliği tanısına göre memnuniyet düzeyi	167
Tablo 111: Dikkat eksikliği tanısı ile psikolojik durumunun Ki-Kare test sonuçları	167
Tablo 112: Dikkat eksikliği tanısı ile psikolojik durumunun karşılaştırması phi ve cramer değer tablosu	167
Tablo 113: Dikkat eksikliği tanısına göre memnuniyet düzeyi	169
Tablo 114: Dikkat eksikliği tanısı ile sosyal ilişki durumunun Ki-Kare test sonuçları	169
Tablo 115: Dikkat eksikliği tanısı ile sosyal ilişki durumunun karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	169
Tablo 116: Dikkat eksikliği tanısına göre memnuniyet düzeyi	171
Tablo 117: Dikkat eksikliği tanısı ile çevre durumunun Ki-Kare test sonuçları	171
Tablo 118: Dikkat eksikliği tanısı ile çevre durumunun karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu	171

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1: Alkol tüketen genç bireyin beyin tomografi görüntüsü (Ögel, 2009).....	6
Şekil 2: DSÖ'ne göre madde bağımlılığı türleri (WHO, 1948).	9
Şekil 3: Uyuşturucuların genel sınıflandırılması (Aslan Erdem, 2022a).	10
Şekil 4: Madde kullanım bozukluğu Bulunan kişi (B) ile kullanmayan kişiye (A) ait beyin görüntüsü karşılaştırması (Ögel, 2009).	12
Şekil 5: Esrar kullanan kişi ile kullanmayan kişiye ait beyin MR görüntüsü karşılaştırması (Sönmez, 2020).	13
Şekil 6: Kişi başı alkol tüketiminin ülkelere göre dağılımı (WHO, 2021).	19
Şekil 7: Örnek narkolog raporu içeriği (Narkolog, 2023).....	23
Şekil 8: Madde bağımlıları ve cinsiyet dağılımı (Narkolog, 2023).	24
Şekil 9: Madde kullanımına başlama nedenler ve yüzde dağılımı (%) (Narkolog, 2023)	25
Şekil 10: Bağımlılıkla mücadele döngüsü	28
Şekil 11: TBM uygulayıcı içerik kategorileri	38
Şekil 12: Sağlıklı nesil sağlıklı gelecek yetenek yarışması afiş (SNSG, 2024).	39
Şekil 13: Yeşilay kamu spotları (Yeşilay, 2024)	40
Şekil 14: SICAD Resmî web sayfası (SICAD, 2001).....	41
Şekil 15: İsviçre bağımlılıkla mücadelede etkisi olan sosyal çevre (FOPH, 2024) ...	43
Şekil 16: Cinsiyete göre 11, 13 ve 15 yaşındakiler arasındaki alkol tüketiminin gelişimi (HBSC, 2022; s:28).....	43
Şekil 17: Cinsiyete göre 2018-2022 yılları arasındaki psikoaktif madde kullanım karşılaştırılması (HBSC, 2022; s:55)	44
Şekil 18: SMART Recovery mobil uygulamaya ait web sayfası (SMART, 2024) ...	47
Şekil 19: SMART Recovery program temeli (SMART, 2024)	48
Şekil 20: Sober Grid mobil uygulama eşleşme görüntüsü (Sober Grid).....	49
Şekil 21: Pelago uygulama web sayfası tanıtımı (Pelago, 2024)	50
Şekil 22: Pelago uygulama destek arayüzleri (Pelago, 2024)	50
Şekil 23: Pelago kullanıcıların geri dönüşlerine göre başarı oranı (Pelago, 2024)....	51
Şekil 24: Nomo ayık kalma sayaç görüntüsü (Nomo, 2018)	52
Şekil 25: Recovery Record uygulama web sayfası (Recovery Record, 2024)	53

Şekil 26: Pear Reset web sayfası görüntüsü (Pear Reset, 2023)	54
Şekil 27: Adsız Alkolikler Türkiye web sayfası (AA Türkiye, 2001)	55
Şekil 28. UYUMA mobil uygulama tanıtım broşürü (UYUMA, 2018)	56
Şekil 29: Mobil uygulamanın hazırlık aşaması evreleri.....	73
Şekil 30: Mobil uygulama tasarım aşamaları.....	75
Şekil 31: Planlanan kullanıcı arayüzleri ve içerikler.....	79
Şekil 32: Mobil uygulama kullanıcı ara yüzleri gerekli tablo listesi	81
Şekil 33: Kullanıcı arayüzleri içerdiği bilgilerin veritabanında saklanması	82
Şekil 34: Kullanıcı yetkilendirme veritabanı görseli	83
Şekil 35: Tüm kullanıcı arayüzlerine ait veritabanı tabloları.....	84
Şekil 36: Mobil uygulamanın ismi ve logosu	87
Şekil 37: Uygulamanın web sayfası.....	88
Şekil 38: Bağımlılıkta izlem mobil ve web üzerinden giriş ekranı.....	89
Şekil 39: Uygulama içeriğine ait örnek model görünümü	91
Şekil 40: Modül yönetim ekranı görüntüsü.....	92
Şekil 41: Modül silme ekran görüntüsü	93
Şekil 42: Kullanıcının günlük mood bildirim ekran görüntüsü	95
Şekil 43: Katılımcıların yaşlarına göre dağılımı	97
Şekil 44: Genel sağlık skoru- frekans grafiği.....	99
Şekil 45: Fiziksel sağlık skoru ve frekans grafiği	99
Şekil 46: Psikolojik sağlık skoru ve frekans grafiği.....	100
Şekil 47: Çevre skoru ve frekans grafiği.....	100
Şekil 48: Sosyal ilişkiler skoru ve frekans grafiği	101
Şekil 49: Cinsiyete göre genel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi	103
Şekil 50: Cinsiyete göre fiziksel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi	105
Şekil 51: Cinsiyete göre psikolojik durumundan memnuniyet düzeyi	107
Şekil 52: Cinsiyete göre sosyal ilişkilerden memnuniyet düzeyi	109
Şekil 53: Cinsiyete göre çevreden memnuniyet düzeyi	111
Şekil 54: Yaş ile genel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi	113
Şekil 55: Yaş ile fiziksel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi.....	115
Şekil 56: Yaş ile psikolojik durumundan memnuniyet düzeyi	117
Şekil 57: Yaş ile sosyal ilişkiler durumundan memnuniyet düzeyi	119
Şekil 58: Yaş ile sosyal ilişkiler durumundan memnuniyet düzeyi	121
Şekil 59: Eğitim seviyesi ile genel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi	124

Şekil 60: Eğitim seviyesi ile fiziksel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi	126
Şekil 61: Eğitim seviyesi ile psikolojik durumundan memnuniyet düzeyi.....	128
Şekil 62: Eğitim seviyesi ile sosyal ilişki durumundan memnuniyet düzeyi.....	130
Şekil 63: Eğitim seviyesi ile çevre durumundan memnuniyet düzeyi	132
Şekil 64: Çalışma durumu ile genel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi.....	134
Şekil 65: Çalışma durumu ile fiziksel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi.....	136
Şekil 66: Çalışma durumu ile fiziksel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi.....	138
Şekil 67: Çalışma durumu ile sosyal ilişkiler durumundan memnuniyet düzeyi.....	140
Şekil 68: Çalışma durumu ile çevre memnuniyet düzeyi.....	142
Şekil 69: Çalışma durumu ile çevre memnuniyet düzeyi.....	144
Şekil 70: Medeni hal ile fiziksel sağlık memnuniyet düzeyi	146
Şekil 71: Medeni hal ile psikolojik memnuniyet düzeyi.....	148
Şekil 72: Medeni hal ile sosyal ilişki memnuniyet düzeyi.....	150
Şekil 73: Medeni hal ile çevre memnuniyet düzeyi	152
Şekil 74: Bağımlılık türü ile genel sağlık durumu memnuniyet düzeyi	154
Şekil 75: Bağımlılık türü ile fiziksel sağlık durumu memnuniyet düzeyi	156
Şekil 76: Bağımlılık türü ile psikolojik sağlık durumu memnuniyet düzeyi	158
Şekil 77: Bağımlılık türü ile sosyal ilişki durumunun memnuniyet düzeyi.....	160
Şekil 78: Bağımlılık türü ile çevre durumu memnuniyet düzeyi	162
Şekil 79: Dikkat eksikliği tanısına göre genel sağlık durumu memnuniyet düzeyi.	164
Şekil 80: Dikkat eksikliği tanısına göre fiziksel sağlık durumu memnuniyet düzeyi	166
Şekil 81: Dikkat eksikliği tanısına göre psikolojik durumu memnuniyet düzeyi	168
Şekil 82: Dikkat eksikliği tanısına göre sosyal ilişki durumu memnuniyet düzeyi .	170
Şekil 83: Dikkat eksikliği tanısına göre çevre durumu memnuniyet düzeyi	172

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

(Örnek ifadeleri aşağıda bulabilirsiniz)

ADH: Antidiüretik hormonu

AMATEM: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

BAC: Bağlı Kan Alkol Konsantrasyonu

BM : Birleşmiş Milletler

CBD: Kannabidiol (Esrar içeriği)

CBN: Kannabinol (Esrar içeriği)

CEDIA: Cannabinoids in Dried Blood Spot Analysis

ÇEMATEM: Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi

DNA: Deoksiriboz Nükleik Asit

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EEG: Elektroensefalografi

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

ERAM: Erişkin Arındırma Merkezi

ERP: Olaya Bağlı Potansiyeller

EtG: Etil-Glukuronid Testi

GC/MS: Gaz Kromatografisi/Kütle Spektrometrisi

GGT: Gama Glutamil Trasnferaz

GHB: Gama Hidroksibütirat

HDL-C: İyi Kolesterol

INCB : International Narcotics Control Board

İSG: İş Sağlığı ve Güvenliği

LC-MS/MS: Sıvı Kromatografi-Kütle Spektrometrisi

LSD : Liserjik Asit Dietilamit

lt: Litre

MKB: Madde Kullanım Bozukluğu

MR: Manyetik Rezonans

ng/ml: Nanogram / mililitre

PCP : Fensiklidin

PCP: Fensiklidin

RNA: Ribonükleik Asit

TBM: Türkiye Bağımlılıkla Mücadele

TCK: Türk Ceza Kanunu

THC: Tetrahidrokannabinol (Esrar içeriği)

UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime

YEDAM: Yeşilay Danışmanlık Merkezleri

1. GİRİŞ

Alkol ve madde bağımlılığı, kişilerin alkol veya uyaran özellikli kimyasal bir maddeye karşı kontrolü dışında gelişen, etkilerinin hem fiziksel hem de psikolojik düzeyde gözlemlenebildiği ve belirli bir tüketim alışkanlığına dönüşmesi halini ifade etmektedir. Alkol bağımlılığı, kişinin alkol tüketimini kontrol edememesi, alkol almadığında fiziksel ve duygusal çöküntü yaşayarak normal hayatına devam edememesi durumudur. Kontrol altına alınmadığında alkol bağımlısı kişilerde karaciğer hastalıkları, beyinde hasar oluşumu, fiziksel veya zihinsel ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir.

Madde bağımlılığı belirli bir uyuşturucu özellikli maddeye karşı sürekli artan kullanım isteği, kullanılmadığı zaman yoksunluk hissine kapılma gibi belirtilerle ortaya çıkan kullanımın kontrol edilemediği durumu ifade etmektedir. Alkol veya madde bağımlılığı, bağımlı kişilerin hayatını sadece fiziksel ve zihinsel olarak etkilemekle sınırlı kalmamaktadır. Bağımlı kişilerin sosyal ilişkileri üzerinde dışlanmaya iten bir kuvvet olmakla birlikte madde kullanım isteğinin sınırlanamaması ve artmasıyla ekonomik ihtiyaç kişilerin finansal sorunlar yaşamasına da neden olmaktadır. Bağımlılıkta mücadelenin önemini en çok vurgulayan durum ise kullanan kişilerin kontrolsüz kullanım dozu isteği kişilerin intihar ve ölüm riskini de arttırmaktadır. Her iki bağımlılık türünün tedavisinde kişinin bireysel olarak bağımlılıktan vazgeçmesi genellikle başarısız olmaktadır. Bu nedenle, bağımlılıkla mücadelede yeni ve farklı sağlıklı yaşam tarzı inşa etmeye dayalı profesyonel desteğe veya tedaviye ihtiyaç duyulmaktadır.

Bağımlılık, yalnızca bağımlı kişinin sosyal çevresi ile sınırlı kalmamakta, genellikle kelebek etkisi ile toplum içerisinde ve ülke ekonomisi üzerinde olumsuz sonuçlar yaratmaktadır. Özellikle bağımlılığın her geçen yıl giderek düşen başlangıç yaşı ile ülkelerin gelişme tohumlarını serpen gençlerinin karanlık bir gelecek içinde kaybolmasını ve dolaylı olarak üreten ve çalışan bir neslin devamlılığını bıçak gibi kesen bir etkiye neden olmaktadır. Sağlıklı nesillerin varlığı, toplumsal yapının ve düzenin korunması, çalışan ve üreten toplumların yetişmesi için bağımlılıkla mücadele

de ülkelerin yasal düzenlemeler ve politikalar geliştirmeleri bu sorunla etkili şekilde başa çıkılmasına fayda sağlamaktadır. Ülkelerin alkol veya madde kullanımı ile ilgili yasal düzenlemeleri; sınırlandırmayı, dağıtım ve satışını kontrol altında tutmayı; yasal yaş sınırlamaları ile çocukların erişebilirliklerini kısıtlamayı; risk ve zararlar konusunda tüm iletişim ağlarında kamu spotu yayın zorunlulukları oluşturarak bilinçlendirme programlarını ve ceza adalet sistemleri ile suçun önlenmesini ve toplumun korunmasını desteklemektedir (Günşen İli, 1985).

Ülkemizde kullanıcı sayısı giderek artan, özellikle genç nesilde kalıcı etkileri fazla olan alkol veya madde bağımlılığı ile ilgili kanunda kesin yaptırımlar bulunmakta ve böylece caydırıcı olması amaçlanmıştır. Fakat bu konuda kesin yasal yaptırımlar olsa dahi bağımlılıkla mücadelede yeterli olmadığını kanıtlar niteliktedir. Örneğin, 4857 sayılı İş Kanunun da *“İşçinin işyerine sarhoş yahut uyuşturucu madde almış olarak gelmesi ya da işyerinde bu maddeleri kullanması”* iyi niyetli ve ahlaklı olmayan davranış olarak değerlendirilen kriterler arasında yer alıp, işverenin iş sözleşmesini haklı gerekçeyle feshetmesini destekleyici olmaktadır (İş Kanunu, 2003). alışan birinin alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığının bulunması halinde işveren tarafından kıdemi, ünvanı, yetkinlikleri veya işyerine sağladığı katkısı dikkate alınmaksızın ve tüm özlük haklarından muaf sayılarak işten çıkartılması ve işsiz kalması mümkündür. Her ne kadar bu yaptırım caydırmak maksadıyla kanun hükmünde olsa dahi bağımlı bireyi topluma geri kazandırma amacına ters dışmektedir.

En sade haliyle çalışanlar arasında alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı bulunan kişilerin tespit edilmesi durumunda işten çıkartmak yerine özverili bir yaklaşım ile daha fazla kontrol ve koordinasyon içerisinde işe devamlılığının sağlanması, bireyi yeniden topluma kazandırmaya yardımcı olacaktır. Bağımlılıkla mücadele konusu ülke yönetimini, halkını ve hatta toplumun birim taşı olan çekirdek ailelerin bir arada işbirlikçi tutumları ile önlenebilir ve kalıcı fayda sağlayabilmektedir. Bu nedenle, bağımlılıkla ilgili tedavi gören kişilerin bu süreç içerisinde aileleri veya sosyal çevreleri ile destekleyici iletişimde kalmaları, eğitim veya iş hayatlarına devam edebilmeleri kurtulma çabalarını başarı ile sonuçlandıracaktır. Özellikle, duygusal boşlukları olmadığını hisseden bağımlı bireyler, yalnızlıklarını paylaştıkları bir obje yerine koydukları alkol veya madde kullanımından uzaklaşacak ve bireysel değişiklik yapma konusunda daha istekli olacaktır. Bu nedenle alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı koyulan bireylerde her ne kadar tedavi sorumluluğu ve devamlılığı

bireyin kendi kararı olsa dahi, ailesi veya sosyal çevresi tarafından desteklenmesi bağımlılıkla mücadelede önemli bir yer tutmaktadır.

Bu çalışmada çalışanlar arasında alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı konulmuş ve bununla mücadele eden kişilerin, tedavi süreci içerisinde bağımlılıktan kurtulma çabasını sürdürmesini sağlayacak mobil uygulama modellenmiş, aynı zamanda Türkiye’de bulunan Sağlık Bakanlığı’na bağlı hizmet veren AMATEM ve ERAM merkezlerinde ayakta veya yatakta tedavisi devam eden kişilerin bağımlılıkla mücadele sürecinde yaşamdan memnun olma düzeyleri analiz edilmiştir.

Modellenen mobil uygulama ile bağımlı bireylerin işten veya bulunduğu sosyal statüsünden uzaklaşmadan ve duygusal olarak desteklendiğini hissederek bağımlılığına karşı yeni yaşam şekline uyum sağlamasına yardımcı olması amaçlanmıştır.

Çalışmanın birinci ve ikinci bölümünde araştırma alanı ile ilgili alkol veya madde bağımlılığının kavramsal çerçevesi, Türkiye’de ve Dünya’daki genel durumu, bağımlılıkla mücadele yöntemleri, farkındalık çalışmaları ve sosyal destekler gibi kapsamlı bir literatür araştırması yapılmıştır. Üçüncü kısmı araştırmanın tipi, modeli ve veri toplama araçlarından oluşmaktadır. Dördüncü kısmın ilk bölümü araştırma ile ilgili geliştirilmesi planlanan mobil uygulamanın modeline ait ara yüzleri ve modül içeriklerinden; ikinci bölümünde ise tedavisi devam eden bağımlı hastalara uygulanan yaşam memnuniyet ölçeği analizlerini içermektedir. Sonuç kısmında ise alkol veya madde kullanım bozukluğu nedeniyle bağımlılıktan kurtulma sürecinde olan hastaların tedavi takibinde kullanılmak üzere mobil uygulama modellenmiş ve alkol veya madde bağımlılığı bulunan kişilerin yaşam memnuniyet düzeyi hakkında bilgi verilmiştir.

Bu çalışmanın birincil çıktısı ile bağımlı kişilerin periyodik sağlık takibini aksatmamasını, depolanan sağlık verilerindeki değişimlerin takip edildiği (takip sistemi başlangıç ve bitiş sürecindeki kıyaslamalar), bağımlı kişinin relaps düzeyindeki gerilemeyi destekleyerek sosyal hayatına veya işe devam edebilmesini destekleyen mobil uygulama modellenmesi hedeflenmiştir. Modellenen takip sistemi ile bağımlılıkla mücadelede alkol veya madde kullanım bozukluğu tanımlı kişilerin sağlık temsilcileri ve işyeri yetkililerin de dâhil olduğu bir iş birliği ile sürecin daha etkili olacağının vurgulanması ve bu konuda farkındalığın kazandırılmasıdır. Ulaşılmak istenen temel hedef alkol veya madde kullanım bozukluğu olan hastaların

tekrar kullanım oranlarını azaltmak, ayık kalma sürelerinin kontrollü ve sağlıklı bir şekilde uzaması ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasıdır.

1.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

1.1.1. Alkol bağımlılığı (Alkolizm)

Alkolizm, kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığını etkileyecek düzeyde kontrolsüzce sürekli olarak alkol tüketme isteği olarak tanımlanmaktadır (Tekkeşin, 2024). Alkol tüketimi ise insanların çoğunlukla sosyal ortamlarda içmeyi tercih ettiği toksik ve psikoaktif özelliği olan bağımlılık yapıcı bir içecek olarak bilinmektedir. Alkole olan düşkünlüğün artması ise psikolojik olarak gevşeme veya rahatlama ihtiyacı ile ortaya çıkmaktadır. Tüm bunların bileşkesi olarak ise kişinin aile, sosyal veya çalışma hayatındaki gerekli sorumluluklarını sürdürme yeteneğini kaybetmesi ile başlayan ve genel sağlığı üzerinde ciddi hastalıklara zemin hazırlayarak devam eden süreçte alkol tüketme isteği ‘alkol kullanım bozukluğu’ olarak tanımlanmaktadır (Yıldız, Urak ve Bilgic, 2024).

Alkolizmin çeşitliliği kişilerin bağımlılık düzeylerine ve tüketim alışkanlıklarına göre değişkenlik göstermektedir. Bağımlı kişinin sosyal yaşamının tamamen etkilendiği durum alkol kullanım bozukluğu; alkol tüketiminin sağlık ve sosyal yaşamını olumsuz etkilediği durum sorunlu alkol kullanımı; alkol kullanmadığında fiziksel ve zihinsel olarak ataklar geçirdiği ve yoksunluk hissettiği durum alkol bağımlılığı; özellikle sosyal ortamlarda veya kişisel olarak tanımladığı özel anlarda kontrolsüzce tüketildiği durum ise içki bağımlılığı olarak tanımlanmaktadır (Yeşilay, 2024). DSÖ’ ye göre alkol kullanım bozukluğu periyodik olarak istek duyulan ve APA tarafından yayınlanan DSM-V tanı ölçeğinde bir yıllık süre içinde en az iki tanıyla eşleşen ve kişinin hayatını etkileyen durum olarak tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association, 2022).

Alkol, günümüzde çoğu kişi için sosyal etkinliklerin rutin bir parçası haline gelerek, sağlık ve sosyal zararları göz ardı edilmektedir. Alkol tüketimi ile ilgili DSÖ tarafından yapılan bir araştırmada dünya genelinde her yıl 3 milyon insanın ölümüne

neden olmakla birlikte sağlığını olumsuz etkilediği ve engelli bir birey olarak hayatına devam etmesine de yol açmaktadır (WHO, 1948).

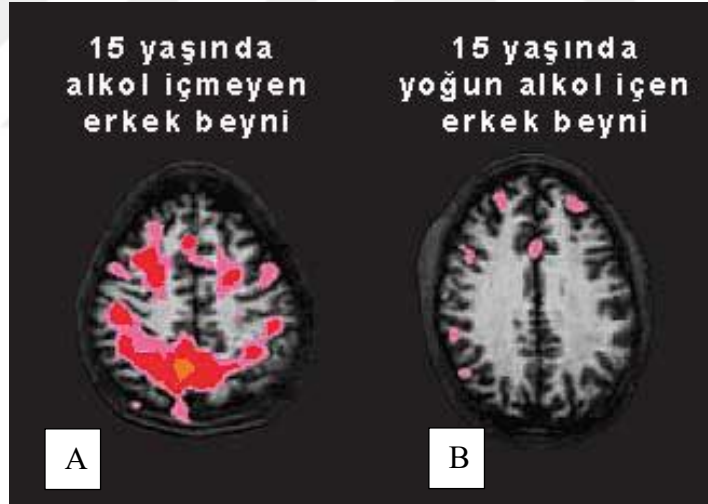
1.1.1.1. Alkolün sağlık üzerindeki etkileri

Alkolizm, bireylerde bağımlılık hastalığı gibi görünür nc etkilere neden olurken, bağışıklık sistemi ve organlar üzerinde de görünmeyen birçok hastalığın başlangıcına zemin hazırlamaktadır. Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı (IARC) tarafından insanların merkezi sinir sistemine, sindirim sistemine ve kardiyovasküler sistemine zarar veren ‘kanserojen’ kaynağı olarak sınıflandırılmıştır (IARC, 2010). Ayrıca IARC, ağız ve boğaz, özofagus (yemek borusu), karaciğer, meme ve kolon gibi kanser türlerinin gelişmesinde alkolün etkili olduğunu ileri sürmüştür (IARC, 2010). Yeşilay alkol hayatının bir parçası haline getirenlerin bazı fizyolojik sorunlar yaşayacağını belirtmiş ve bunları erken yaşlanma ve unutkanlık, cinsel hayatı olumsuz etkileme, sinir hücrelerine zarar verme, karaciğer büyümesi veya siroza gibi hastalıklar olarak sıralamıştır (Yeşilay, 2020). Sağlık lmleri ve Değerlendirme Enstitüsü (IHME) tarafından yapılan bir araştırmada 2020 yılında dünya genelinde 1,34 milyar insanın alkol tüketimi nedeniyle karaciğer hastalıklarına veya siroza yakalandığını ve 2,4 milyon insanın ise hayatını kaybettiği tespit edilmiştir (IHME, 2020).

Alkollü icekler genellikle meyve veya tahıl kökenli karbonhidratların fermente edilmesiyle oluşan etil alkol kökenlidir. Tüketildiği anda ağız, yemek borusu, mide ve ince bağırsak mukozasında sindirim yoluyla vücutta emilerek kana karışmaya başlamaktadır. Alkolün konsantrasyon yoğunluk değer %10-20 olduğunda vücutta en hızlı emilimi göstermektedir (Yaman, 2009). Etil alkolün hızlı çözünürlüğü nedeniyle tüketildikten yaklaşık 1 saat sonra kandaki maksimum düzeyine ulaşmaktadır (Yenigün, t.y.). Maksimum etki düzeyi ile kişide yarattığı gevşeme hissi alkol tüketimini cazip hale getirmektedir. Hoşa giden bu etkiyi sürdürme veya tekrarlama isteği daha fazla alkol tüketimine dolaylı olarak alkol bağımlılığına zemin hazırlayıcı olmaktadır. Alkolün vücutta artan emilimi ile Antidiüretik hormonu (ADH) retmesi engellenerek daha sık idrara çıkma, adrenalini ile noradrenalin salgılanmasını arttırma ve atrofiye olarak tanımlanan beyinde küçülme gibi etkilere yol açmaktadır (Yeşilay,

2020; Ögel, 2009). Alkolün vücuttaki yolculuğu ve alkol alım süresince gözlenen etkiler tüketen kişinin yaşı, cinsiyeti vb. özelliklerine göre değişkenlik göstermektedir (Elmas ve Yılmaz, t.y.).

Alkolün bireyleri kontrol altına almasını sağlayan en önemli etkisi beyinde dopamin salgı düzeyini arttırmasından kaynaklanmaktadır (Uzbay, 2006). Beyinde ödül merkezinde bulunan ve orantılı olarak salınım miktarı arttıkça, kişinin başa çıkabilme dürtüsünü destekleme, enerjik ve keyifli hissetme gibi duygularını tetiklemektedir (Üngüren, 2015). Hayatı toz pembe gördüren bu hisleri tekrarlama isteği alkol kullanımını rutinleştirerek, bağımlılığa teşvik etmektedir. Beynin de insan vücudunun yönetimini sağlayan bir makine gibi olduğu düşünülürse, tek bir tarafta artan denge bozukluğu zamanla değişen beyin kimyasına (Şekil 1) ve mide bulantısı, anoreksi, halüsinasyonların görülmesi, dispepsi gibi yan etkilere neden olmaktadır (Benbir Şenel, Sipahi Demirkök ve Ertan, 2008).



Şekil 1: Alkol tüketen genç bireyin beyin tomografi görüntüsü (Ögel, 2009)

Ayrıca, hamilelik döneminde alkol veya tütün ürünleri kullanan annelerin erken doğum öyküsü, doğumsal anomaliler, bebeğin fiziksel veya zihinsel gelişme bozukluğu oranının yüksek olmasına neden olmaktadır. Bu durumda '*Fetal Alkol Sendromu (FAS)*' olarak tanımlanmaktadır (Ünal, 1991). Bu sendromun en ciddi etkileri ise, motor becerilerde zayıflık, kalp veya beyinde malformasyona (anormalliğe), konuşma ve işitmede sorunlar olarak sıralanmaktadır (Tarhan, 2020).

1.1.1.2. Alkolün Vücutta Tespitinde Kullanılan Yöntemler

Alkolün insan vücudunda varlığını tespit etmede klinik olmayan yöntemler ve klinik yöntemler olmak üzere iki farklı yöntem bulunmaktadır.

1.1.1.2.A Klinik olmayan yöntemler

Alkol Nefes Testi (Solunum Gazı Etanol Testi), alkol dedektörüne ortalama 4-6 sn. gibi bir süre ile üflenmesiyle kişinin nefesinden vücudunda bulunan alkol oranı promil (promil = gram) cinsinden ifade edilerek ölçülmektedir. Kısaca, kandaki alkol ile alveollerde bulunan havadaki alkol oranına göre hesaplanır (Özhan, Balku ve Sipahi, 2020). Vücuttaki alkol tespitinde akla ilk gelen ve alışagelmış bir yöntemdir.

1.1.1.2.B Klinik yöntemler

Kan Etanol Testi, kişiden alınan kan numunesinin laboratuvar ortamında analiz edilmesi ile kanında bulunan bağıl kan alkol konsantrasyonunu (BAC) miligram veya promil olarak belirlenmektedir (Etil Alkol Analizi, 2024). Kişiden alınan kan örnekleri ile yapılan analizlerde alkol kullanımına bağlı olarak plazma trigliserit, iyi kolesterol (HDL-C), laktat (organ veya doku hasarı tahmini), gama glutamil transferaz (GGT: karaciğer veya safra kesesinde hastalık tahmini) ve ürik asit gibi değerlerin yükselmesine neden olmaktadır (Can ve diğerleri, 2008; Demir ve Özsoy, 2021). Alınan alkol oranına göre maksimum 12 saatlik süre içerisinde kan numunesi ile etanol tespiti yapılabilmektedir (Sharma, 2022).

Tükürük Testi, kişiden alınan tükürük numunesine laboratuvar ortamında ya da pratik tek kullanımlık kitler yardımıyla analizler yapılması vücutta bulunan BAC düzeyi hakkında bilgi vermektedir. Tükürük testi ile alınan alkol oranına göre 48 saate kadar etanol tespiti yapılabilmektedir (Sharma, 2022).

İdrar, Saç veya Tırnak Testi, kişiden alınan idrar veya saç örneği içeriğinde etil-glukuronid (EtG) varlığının laboratuvarında gerekli analizler yapıldıktan sonra tespit edilmesiyle vücutta bulunan alkol düzeyi hakkında bilgi edinilir (Özhan ve diğerleri, 2020: 13). EtG testi minimum düzeydeki alkol varlığında da doğru sonuç verebilen fakat nefes ve kan testine göre daha az tercih edilen bir yöntemdir (Özhan ve diğerleri, 2020: 13). İdrar testi ile alınan alkol oranına göre 72 saate kadar etanol tespiti yapılması mümkün iken, saç teli ile yapılan analizlerle son 3 aya kadar kullanılan alkol seviyesini ölçmek mümkün olmaktadır (Sharma, 2022; Psychomedics, 2016). Vücuttaki BAC seviyesinin tespitinde geçmişe yönelik yorumlama ve detaylı bir değerlendirme için saç veya tırnaklardan alınan örnekler üzerinde EtG testi yapılmaktadır. Saç veya tırnak örnekleri içeriğinde alkol metabolitlerine dair izlerin aranmasıyla alkol tüketim hakkında bilgi edinilmiş olur. Aynı zamanda saç veya tırnak testi, kan veya idrar numunelerinin seyrelme veya dış etkenlere göre değişkenlik göstermesi gibi durumlara kıyaslandığında daha doğru ve net bilgiyi vermektedir. Saç ve tırnakta alınan örnek numuneler üzerinde yapılan bir araştırmada alkol varlığı tespitinde aynı kişilere ait incelemelere göre tırnak içeriğinde alkol düzeyinin yüksek sonuçlar verdiği görülmüştür (Karanfil, Ketten, Zeren, Rifaioğlu ve Göktaş, 2014: 637).

Nörolojik Testler, alkol varlığının kesin tespitinde akla ilk gelen yöntemler arasında olmasa da yapılan bilimsel araştırmalara göre elde edilen bulgular BAC düzeyi hakkında yorum yapabilmeyi sağlamaktadır. Alkol varlığında elektroensefalografi (EEG) 'de teta ve beta işleyişinde artı olarak gözlemlenirken, ERP (olaya bağlı potansiyeller) P3 amplitüdünde düşüşe neden olmaktadır ve bu durum alkol bağımlılık düzeyi hakkında da bilgi vermektedir (Karaaslan ve Orhan, 2005). Ayrıca, alkolün alındığı ilk 12 saatlik zaman dilimi içerisinde fiziksel koordinasyon, denge, refleks ve tutum gibi nörolojik bulgulara değerlendirilerek, alkolün vücutta varlığı veya etkileri hakkında yorum yapılabilmektedir.

1.1.2. Madde kullanım bozukluğu

Genellikle insan vücudunda işleyişe direkt etki eden ve kullanım sıklığına göre bağımlılığa neden olan maddeler 'uyuşturucu maddeler' olarak tanımlanmaktadır.

Madde Kullanım Bozukluğu (MKB), bağımlı kişinin fiziksel ve ruhsal yönden sağlığına direkt etki ettiğini, biyolojik işleyişini bozduğunu ve kalıcı zararlar verdiğini bildiği maddeleri kullanmaya devam ettiği ve bırakmadığı psikoaktif/psikotrop bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Zakirov ve Göğceğöz, 2018). MKB, psikoaktif veya psikotrop madde bağımlılığı olarak da ifade edilmektedir. Psikoaktif/Psikotrop maddeler, kişinin merkezi sinir sistemini etkileyerek beyin kimyasını bozan ve geçici olarak zevk duyma/keyif alma halini değiştirebilmektedir (Akkapulu, 2006). Bu geçici duygu durumunun bıraktığı etkiyi zararlarını bilerek sürekli tekrar etme veya sürdürme isteği ise psikoaktif bir hastalık olarak bilinmektedir.

DSÖ 'ne göre madde kullanım bozukluğu ruhsal, fiziksel, sosyal yönden bağımlı kişinin sağlığını olumsuz etkileyen maddeye duyulan tekrar kullanım isteği olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1948). DSÖ 'ye göre madde bağımlılığı türleri Şekil 2.'deki gibi sınıflandırılmıştır.

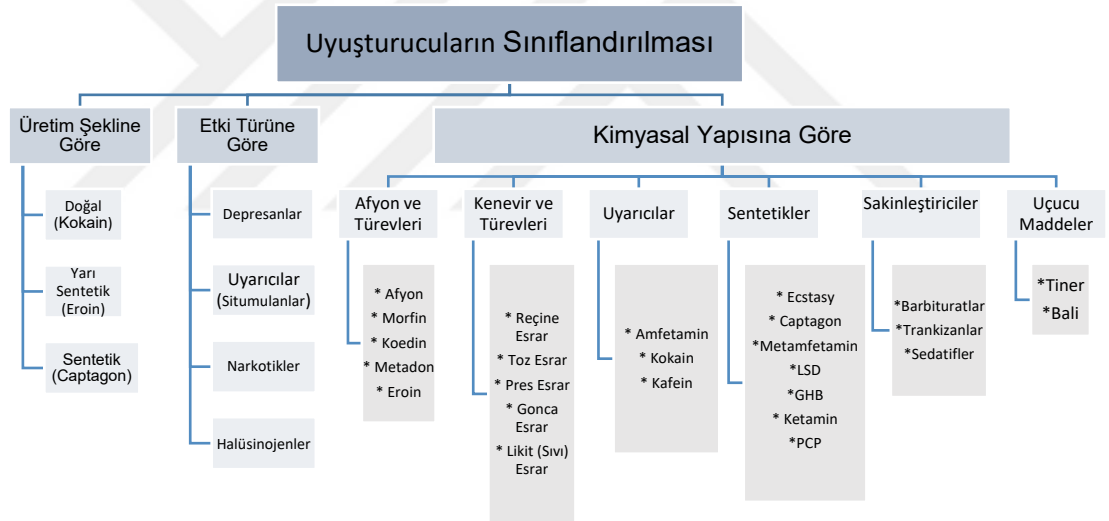


Şekil 2: DSÖ'ne göre madde bağımlılığı türleri (WHO, 1948).

DSM-5-TR' de maddeyi kötüye kullanma ve madde bağımlılığı bir arada değerlendirilerek 'madde kullanım bozukluğu' olarak tanımlanmıştır (American Psychiatric Association, 2013). DSM-5-TR' e göre madde kullanım bozukluğu ise maddeyi arzuladığından daha fazla ve uzun süre kullanma; madde kullanmamak için

direnç gösterememe ve bırakma çabalarının başarısız sonuçlanması; maddeye ulaşma, kullanma veya etkisinden çıkmak için zamanının çoğunu buna ayırma; iş veya sosyal hayatına vakit ayıramama veya sorumluluklarını ihmal etme gibi durumlardan en az ikisinin bir yıl periyodu içinde görülmesi olarak ifade edilmiştir (American Psychiatric Association, 2022: 546-547). Yeşilay' a göre madde kullanım bozukluğu, beyindeki dopamin hormonunu bozarak keyif ve ödüllendirme hissi veren, tekrarlayan kullanıma dönüşerek, ruhsal ve fiziksel sağlığın bozulmasına neden olan durum olarak tanımlanmaktadır (Madde Bağımlılığı Nedir, 2020).

Madde kullanım bozukluğuna neden olan uyuşturucular; üretim şekline göre, oluşturdukları etki türüne göre ve kimyasal yapı özelliklerine göre gruplandırılmaktadır (Şekil 3).



Şekil 3: Uyuşturucuların genel sınıflandırılması (Aslan Erdem, 2022a).

MKB 'na neden olan uyuşturucu maddeler arasında en çok bilinenleri örnek olarak sıralayacak olursak, tıbbi fayda sağlamak amacıyla reçete ile kullanılan Opioidler; ismini aldığı kenevir bitkisinin kurutulması ve kimyasal içerikle zenginleştirilerek üretilmesiyle elde edilen *Esrar/Kenevir (Marihuana)*; insan beynini hızlı uyarması ve enerji hissi vermesiyle bilinen *Kokain*; sentetik kökenli ciddi uyarıcı ve bağımlılık etkisi yüksek olan *Metamfetamin*; özellikle duygusal bağlanmayı arttırıcı

ve enerji hissi ile sentetik kökenli *Ekstazi (MDMA)*; halüsinasyonlar görmeyi sağlayarak, kişide gerçeklik algısını yok eden *Liserjik Asit Dietilamit (LSD)*; yarı sentetik olup, morfinin işlenmesiyle elde edilen ve bağımlılık etki düzeyi yüksek *Eroin (Diamorfin)*; Türkiye ‘de yetiştirilmesi yasak olan yemen otundan üretilen ve uzun süre çiğneyen kişilerde heyecan, rahatlama gibi uyarıcı etkilere sahip *Gat (Khat)*; halk arasında melek tozu diye bilinen, bir dönem anestezi özelliği ile tıbbi amaçla kullanılmış, kişide halüsinasyonlara, zihin bulanıklığına ve şiddet eğilimine neden olan *Fensiklidin (PCP)*; yüksek düzeyde var olan ağrıyı kesmek veya anestezi amaçla kullanılan fakat amacı dışında ve sürekli kullanımda bağımlılığa neden olan *Ketamin* gibi çeşitleri bulunmaktadır (Wabel, 2011; Umut, 2019; Velibeyoğlu Sevensil, 2019).

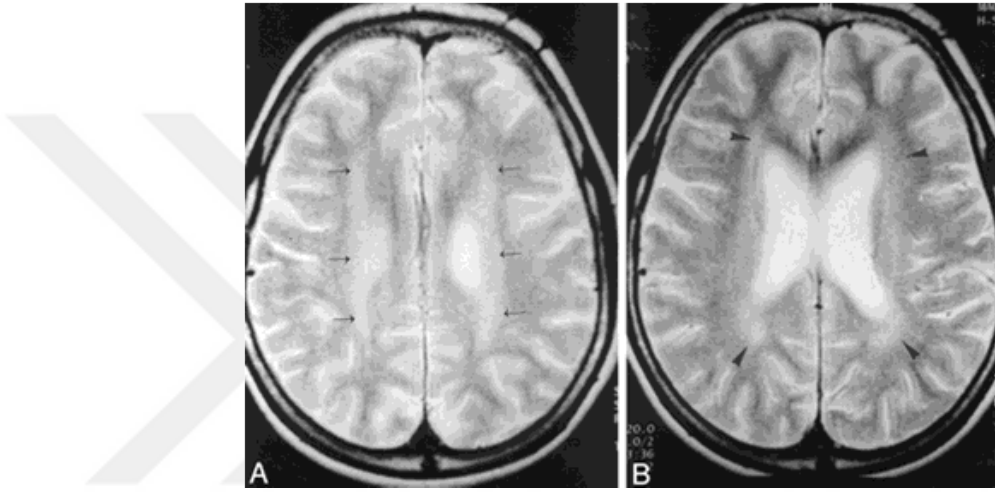
1.1.2.1. Madde kullanım bozukluğunun sağlık üzerindeki etkileri

Madde kullanım bozukluğu kullanım süresi, kullanım dozu, kullanıcı yaşı, cinsiyeti gibi kriterlere göre değişkenlik göstermekle birlikte hastanın zamanla fiziksel, zihinsel ve sosyal ilişkiler açısından iyilik halini kaybetmesine neden olmaktadır.

1.1.2.1.A Madde kullanım bozukluğunun fiziksel etkileri

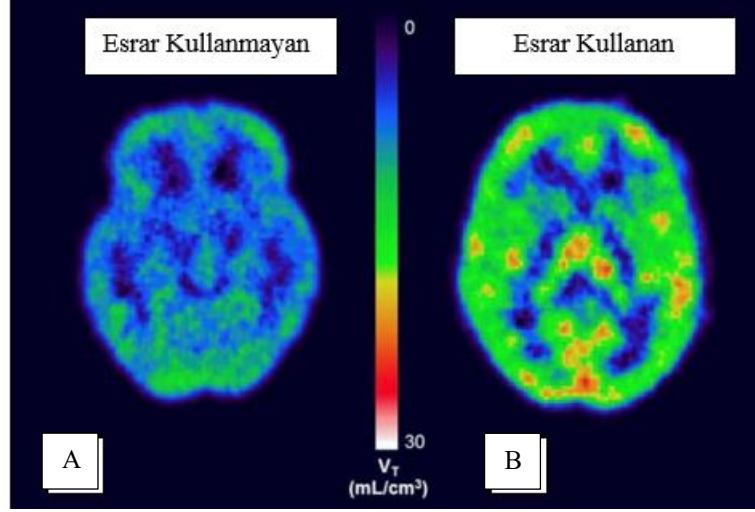
Bağımlılık, tedavisi sabır ve özveri ile ilerleyen, vücutta birden fazla organda kalıcı hasarlar bırakan tedavisi zor bir beyin hastalığıdır. Madde kullanım bozukluğu olan kişilerde genellikle baş ağrısı, aşırı kilo kaybı veya artışına neden olan yeme bozukluğu, uyku düzensizliğine eşlik eden yorgunluk hissi gibi belirtiler görülmektedir (“Fiziksel Belirtileri,” 2022). Bunlar dışında kişide zehirlenme ile başlayarak, beyin ve merkezi sinir sistemine, solunum ve sindirim sistemine, karaciğere, böbrekler ve gözlere ve kan hücrelerine zarar vermektedir. Uyuşturucu maddenin türü, kullanım dozu ve kişinin fizyolojik özellikleri kullanım süresine bağlı olarak zehirlenmelere neden olmaktadır. Kullanan kişinin beyinde dopaminin fazla salgılanmasına bağlı olarak kimyasında, yapısında ve şeklinde değişimler ile epilepsi

nöbetleri geçirme, öğrenme, karar verme, bunama veya hafıza bozukluğu, denge kayıpları, çok gergin olma veya sürekli gülme gibi değişik ruh halleri ortaya çıkmaktadır. Şekil 4'te uyuşturucu madde kullanan kişiye ait beyin görüntüsü ile kullanmayan kişiye ait beyin görüntüsü karşılaştırılmıştır. Şekil 4 'te de görüldüğü üzere sağ taraftaki beyin görüntüsünde beyaz kısımların daha fazla olduğu alanlar; düşünce, zekâ, duygu ve hareket merkezlerini ifade etmekte ve bıraktığı hasarları belirgin şekilde göstermektedir (Ögel,2009).



Şekil 4: Madde kullanım bozukluğu Bulunan kişi (B) ile kullanmayan kişiye (A) ait beyin görüntüsü karşılaştırması (Ögel, 2009).

MKB bulunan bir kişiye ait beyin görüntüsü (B) ile kullanmayan kişiye ait beyin görüntüsü (A) karşılaştırıldığında esrar kullanımı nedeniyle beyinde oluşan yapısal ve kimyasal değişiklik Şekil 5. 'te gösterilmiştir.



Şekil 5: Esrar kullanan kişi ile kullanmayan kişiye ait beyin MR görüntüsü karşılaştırması (Sönmez, 2020).

Ayrıca nefes darlığı, boğulma hissi ve öksürük nöbetleri gibi *solunum hastalıklarına*; karaciğer enzimlerinde artışa, yetmezliğine, aşırı kilo alımı nedeniyle yağlanmaya ve siroza kadar giden *karaciğer hastalıklarına*; suda çözilemeyen toksik ürünlerin vücuttan uzaklaştırılmasını sağlayan albümin miktarının değişmesine, kan ve idrar artması gibi ağır *böbrek hastalıklarına*; karın ağrıları, bulantı, kusma, gastrit gibi *sindirim sistemi hastalıklarına* ve göz bebeklerinde ışık veya mesafeye bağlı oluşan uyumsuzluk gibi *göz hastalıklarına*; taşikardi, hipo veya hipertansiyon, kalp yetmezliği, EKG değişiklikleri gibi birçok *kalp hastalıklarına*; HCV ve HIV başta olmak üzere, enfektif endokardit, pnömoni, tüberküloz, yumuşak doku veya deride oluşan zedelenmelere bağlı çeşitli *enfeksiyon hastalıklarına* neden olmaktadır (Aslan, 2018; Sarımehtetoğlu ve Helvacı, 2014; Karakeçili, 2019; Topçuoğlu ve Bez, 2005).

Yapılan araştırmalara göre MKB hastalığının kalıtsal olarak nesillere aktarılabildiği, örnek olarak uzun süre esrar kullanan kadınların DNA ve RNA zincirlerinde meydana gelen bozulmalar genetik kusurlara neden olduğu saptanmıştır (Ünal, 1991).

1.1.2.1.B Madde kullanım bozukluğunun zihinsel etkileri

Madde kullanımı başlangıç evrelerinde kullanan kişilerde dopamin salgılanmasını arttırarak beyinde ödül, mutluluk ve keyif verici bir etkiye sebep olmaktadır. Bu hissi devam ettirme isteği ile başlayan bağımlı olma sürecinde pozitif duygular yerini gerginlik, bitmiş ve tükenmişlik, halüsünasyon görme gibi ruhsal sorunlara bırakmaktadır (Sözür, 2018). Uyuşturucu maddeler gerçeği ayırt edememe ve devam eden depresif, kaygılı, takıntılı ve panik durumları, öfke nöbetleri, korkma ve disfori artması, hafıza kaybı veya dikkat eksikliği, öğrenme kabiliyetini zamanla yitirme, dünyayı ve kendi bedeninin gerçek olduğunu kabul etmeme, zaman kavramını yitirme, uyku bozukluğu gibi olumsuz zihinsel etkilere neden olmaktadır (Yeşilay, 2020; Cüceler, Yılmaz ve Türkleş, 2022; Rezayof, Ghasemzadeh ve Sahafi Hosseinzadeh, 2023; Hadler, Hairston ve Conroy, 2023). Bu olumsuz zihinsel etkilere ek olarak, uyuşturucu maddelerin beyin kimyasını bozması kafa içinde sürekli sesler duyuyor gibi olma ve dolaylı olarak bu sesleri bastırma ihtiyacı da kullanıma ve bağımlılığın devam etmesinde teşvik edici olmaktadır. Ayrıca yapılan araştırmalar madde kullanım bozukluğu hastalarının şizofreni risklerini arttırdığını da ortaya koymaktadır (Yeşilay, 2020).

1.1.2.1.C Madde kullanım bozukluğunun sosyal etkileri

Madde kullanım bozukluğunun sosyal etkilerini: aile veya arkadaşlık ilişkilerinin bozulması, ayrımcılık, damgalanma ve toplumdan uzaklaştırılma, mesleki kayıplar, öğrenme yetisindeki kayba bağlı veya bağımsız olarak tamamlanamayan eğitim süreci, sokakta yaşamaya mecbur kalma, suça karışma, kendini koruyamama şeklinde sıralanabilmektedir.

Madde bağımlılığı bulunan hastaların özellikle aile, arkadaş ve iş hayatındaki kişiler ile sosyal ilişkilerinin bozulması, sosyal dışlanmaya maruz kalmaları onları içine dönük yaşama ve yalnızlığa iten en önemli kuvvet olmaktadır. Uyuşturucu madde kullanımına bağlı gelişen yalnızlık ve sosyal dışlanma dolaylı olarak bağımlı

kişinin devam ettiği eğitim hayatını tamamlayamamasına, damgalanma nedeniyle toplumsal dışlanmaya veya işyerinden uzaklaştırılmasına veya istenmediğini fark ederek kendi isteği ile işten ayrılmasına ve tüm bu sorunlarla baş edebilmek için daha fazla madde kullanımına yönelmesine neden olmaktadır. Tüm bu yaşanan olumsuz sosyal etkiler bağımlı kişiyi madde kullanımına daha fazla teşvik etmektedir.

MKB bulunan bireyler genellikle en yakınları tarafından yaşadıkları durum bir beyin hastalığı olarak kabul görmemektedir. Bu durum aileleri veya sosyal çevreleri tarafından psikolojik veya fizyolojik şiddete maruz kalmalarına, yaşam alanından uzaklaştırılmasına (evden kovulma), ekonomik özgürlüğünü kaybetme veya ihtiyacını karşılamak için suça yönelme gibi ciddi durumların ortaya çıkmasına sebebiyet vermektedir (Bozkurt, 2015). Fakat yapılan araştırmalara göre MKB bulunan kişilerin sosyal çevresi veya ailesinin işbirlikçi tavır ve tutumlarının tedavi görme ve bağımlılıkla mücadele sürecine olumlu katkı sağlamaktadır.

Bu doktora araştırma çıktısı ile hazırlanan uygulama ile MKB bulunan kişilerin bağımlılıkla mücadele çabalarının farkedilmesi, desteklenmesi, sosyal çevresinin ve ailesinde sürece dahil edilmesi ve tedavi süreci devam ederken içinde bulundukları durumla ilgili fiziksel, psikolojik, sosyal çevresi ve sağlık durumu hakkında memnun olma düzeyleri saptanmaya çalışılmıştır.

1.1.2.2. Madde kullanımının vücutta tespitinde kullanılan yöntemler

Madde kullanımı ile ilgili şüphe duyulduğunda veya varlığının tespitinde genellikle kişi rızası ile klinik yöntemlere başvurulmaktadır. Kullanılan maddenin etki türüne, kimyasal yapısına, kişinin biyolojik durumuna (yaş, kilo ve cinsiyet vb.), kullanım sıklığına ve miktarına göre vücuttan atılma süresi değişkenlik göstermektedir.

1.1.2.2.A İdrar testi

Kişiden alınan idrar örneğinin laboratuvar ortamında incelenmesiyle toksik madde varlığı hakkında yorum yapılmaktadır. Genellikle uyuşturucu madde varlığını tespit etmede öncelikli tercih edilen yöntemlerden biri olmaktadır. İdrarda bulunan toksik madde tespitinde idrarın PH ve nitrit düzeyi, yoğunluğu ve kreatinin değerinin yorumlanmasıyla yapılmaktadır ve genellikle saflık tespitinde kullanılan parametrelerdir (Aksun, Bağcı, Demir, Karalar ve Aksun, 2022). Herhangi bir böbrek rahatsızlığı bulunmadıkça, sağlıklı bir kadın bireyde kreatinin değerinin 37-300 mg/dl; erkek bireyde ise 44-250 mg/dl olması beklenmektedir (Aksun ve ark., 2022). İdrar örneği üzerinde yapılan analizlere göre uyuşturucu madde varlığı ile ilgili yorumlamayı sağlayan eşik değerler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: İdrarda toksik madde varlığında eşik değerler (ng/ml) (Aksun ve Avşar, 2019).

<i>Uyuşturucu Madde</i>	<i>Eşik Değer (ng/ml)</i>
<i>Amfetamin</i>	500
<i>Extacy</i>	500
<i>Opiat</i>	2000
<i>Esrar, THC</i>	50
<i>Kokain</i>	150
<i>Benzodiazepin</i>	300
<i>Bonzai (Sentetik Kannabinoid) Tip 1</i>	20
<i>Bonzai (Sentetik Kannabinoid) Tip 2</i>	10

Uyuşturucu madde varlığı tespitinde idrar testi tercih edilmesinin en önemli avantajı diğer testlere göre tespit süresinin hızlı, ekonomik olması ve son üç güne ait kullanım hakkında bilgi verici olmasıdır (YEDAM, 2014b). Dezavantajı numune veren kişi tarafından örneğin seyreltilmesi veya öncesinde idrar söktürücü ilaçların kullanılması gibi durumlarla doğru cevabı almayı engelleyici olmasından kaynaklanmaktadır.

1.1.2.2.B Kan testi

Kişiden alınan kan örneğinin laboratuvar ortamında değerlendirilmesiyle vücutta bulunan toksik madde ve düzeyini tespit etmek için başvurulanan yöntemdir. Kan testinin idrar testine göre farkı kullanım süresi hakkında da yorum yapılmasını sağlamasıdır. Diğer testlere göre güvenilir sonuçlar vermektedir (YEDAM, 2014b). Kan örneği ile uyuşturucu varlığı tespitinde genel hemoglobin testi ile bakılmadığından, ayrı bir değerlendirme yapılması gerekmektedir. Örneğin: kan örneğinde CBN, CBD, THC metabolitlerinin varlığı uyuşturucu kullanıldığının kanıtlar niteliktedir (Efeoğlu Özşeker, 2018). Ayrıca, *Enzime Bağlı İmmünosorbent* (EIA) veya *Sıvı Kromatografisi-Kütle Spektrometresi (LC-MS)* testleri ile kandaki HIV, dopamin, serotonin değerleri incelenerek vücuttaki bağımlılık yapıcı maddeler tespit edilmeye çalışılır (Bir-Lab, 2021; Savaş, 2015).

1.1.2.2.C Saç testi

Örnek bir saç telinin laboratuvar ortamında gerekli analizler yapılmasıyla kişinin vücudundaki madde varlığı ve süresi (6 aya kadar) hakkında net yorum yapabilmek için kullanılan yöntemdir (YEDAM, 2014b). Saçın yüzeyindeki değişimler (boya, kına vb.) uygulamalar test sonuçlarında herhangi bir etkiye neden olmamaktadır (YEDAM, 2014b).

İnsanın saç teli her ay düzenli olarak uzamaktadır bu nedenle saçın uzamasına bağlı olarak madde yoğunluğu değişkenlik göstermektedir. Böylece madde kullanım süresi hakkında net yorum yapabilmeyi mümkün kılmaktadır (YEDAM, 2014b). Saç örneğine *CEDIA analizi* ile kannabinoidlerin bileşenlerin tayinini, *GC/MS analizi* ile kimyasal madde içeriği, oranını hassas ölçmeyi ve *LC-MS/MS analizi* ile numune içeriğindeki analit tayini ile vücuttaki uyuşturucu madde varlığı hakkında sonuç elde edilmektedir (Karadeniz, Birincioğlu, Çetin Ketenci ve Karabacak, 2018).

1.1.2.2.D Tükürük ve ter testi

Tükürük Testi, kişinin rızası ile ağız içinden sıvı örneği alınması ve laboratuvar ortamında gerekli analizlerin yapılması ile vücuttaki madde varlığı hakkında bilgi edinmeyi sağlayan bir yöntemdir. Numune alımı öncesi kişinin minimum 30 dk. öncesinde herhangi bir yiyecek-içecek tüketmemiş olması gerekir ve ağız içine yerleştirilen ped yardımıyla örnek alınarak, gerekli analizler yapılarak incelenir (Hancı ve Kozacı, 2019). Kullanılan maddenin türü, kimyasal yapısı ve yarılanma ömrüne göre tükürük içerisinde bulunma süreleri değişkenlik göstermektedir (Büyükakyüz ve Öztürk, 2012). Bu nedenle, uyuşturucuların ağız içi sıvısındaki yarılanma ömürleri vücuttaki madde varlığı tespiti açısından önem arz etmektedir (Tablo 2) (Hancı ve Kozacı, 2019).

Tablo 2: Uyuşturucu maddelerin tükürükte yarılanma ömürleri (Hancı ve Kozacı, 2019).

<i>Madde Adı</i>	<i>Tükürükte Ölçme Süresi</i>
<i>Eroin</i>	10 Saat
<i>MDMA</i>	12 Saat
<i>Metamfetamin</i>	7 Saat
<i>THC</i>	>3 Saat
<i>Kokain</i>	6 Saat

Son zamanlarda gelişen teknolojinin bilimsel araştırmaları desteklemesi ile ağız içinden ve vücuttan alınan ıslaklık (ter) örneklerinin laboratuvar dışı prototip cihazlar ile vücuttaki uyuşturucu madde tayini daha hızlı yapılması amaçlanmaktadır.

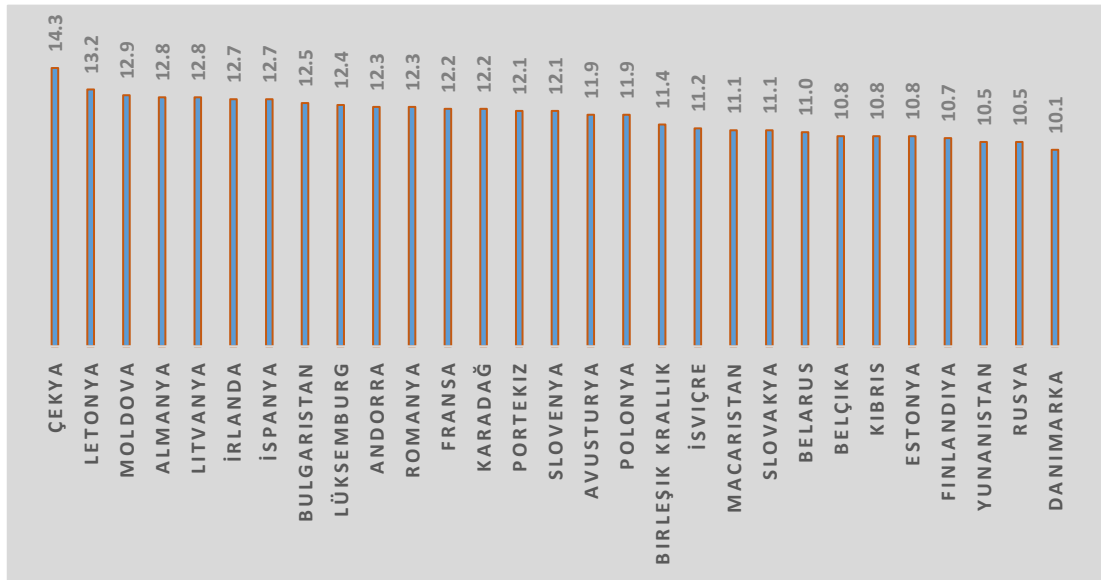
Ter Testi ile kişinin vücudundaki ıslaklıktan alınan örneğin laboratuvar ortamında ya da hızlı kitler yardımıyla değerlendirilmesi ile çok yaygın kullanılmayan bir yöntemdir. Kişinin kullandığı maddenin türü ve dozunun büyüklüğü ile orantılı olarak tespit edilebilir fakat diğer yöntemlere göre vücut terine geçen madde yoğunluğu yüksek olmamaktadır. Bu nedenle, çok sık tercih edilmeyen bir tespit yöntemi olarak bilinmektedir.

1.2. Küresel Çapta Bağımlılık

Alkol veya madde bağımlılığı her ülkenin bulunduğu coğrafi konumuna, yasal düzenlemelere, sosyo-kültürel yapısına, ekonomik ve sağlık koşulları, tüketim alışkanlıkları gibi faktörlerden etkilenecek şekilde değişkenlik göstermektedir (Erol Karaca ve Gökçearslan Çiftçi, 2021). Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri bağımlılıkla mücadele sürecinde etkili bir faktör olup, bu alanda gerekli kaynak, tedavi ve mücadele programları düzenlenmesini sağlayabilme açısından önemli rol oynamaktadır. Kısaca, alkol veya madde bağımlılığı sadece kullanıcıların ve ülkenin kendi iç dinamiğinde sınırlı kalmayan, geleceği tehdit eden ciddi bir küresel sorun haline gelmektedir.

Dünya genelinde alkol tüketimi yasal olarak tanımlandığından, her ülkenin satış rakamlarına göre istatistik bir veri elde edebilmek mümkün iken, uyuşturucu veya madde kullanımının yasa dışı olması, ülkenin coğrafi durumuna göre erişilebilirlikleri nedeniyle kesin verilere ulaşmak kolay olmamaktadır.

DSÖ (2021) tarafından yaş sınırı 15 ve üzeri olmak üzere kişi başına düşen alkol tüketimi ile ilgili hazırlanan rapora göre sıralama Şekil 6'da verildiği gibidir.



Şekil 6: Kişi başı alkol tüketiminin ülkelere göre dağılımı (WHO, 2021).

Şekil 6 ‘da verilen grafikte yaşı 15 ve üzeri kişi başı alkol tüketim oranı ortalama 10 lt veya üzeri olan ülkeler sıralanmıştır. Ek olarak, bu kriterlere göre sıralandığında Türkiye 1,8 lt tüketim oranı ile dünya genelinde alkol bağımlılığı konusunda daha az riskli ülkeler arasında yer almaktadır (WHO, 2021). Yine aynı yıl yayınlanan bir rapora göre *bira*, alkollü içecekler arasında en fazla tercih edilmektedir (TGDF, 2021). Küresel çapta değerlendirildiğinde Bira üretiminde Çin ‘in ilk sırada Amerika’nın ise ikinci sırada geldiği saptanmıştır (TGDF, 2021).

1.2.1. Kıtalarla göre alkol ve madde bağımlılığı

Kuzey Amerika Kıtası: Alkol bağımlılık düzeyi gelir seviyesine göre değişkenlik göstermekte ve özellikle genç nüfusta sosyalleşmenin bir parçası haline gelmiştir. Ağrı kesicilerin sık kullanımı Opioid salgın krizine dönmüş ve bu bölgede yaygın kullanılan uyuşturucu türü haline gelmiştir (Opioid Crisis, 2022).

Güney Amerika Kıtası: Kuzey Amerika kıtasında olduğu gibi gelir düzeyine göre değişkenlik göstermekle birlikte, bağımlılık konusunda lise öncesi grupta eğitim gören gençlerde kullanımın yaygın olduğu saptanmıştır (Bulut ve Yeşilkayalı, 2020). Bunun nedeni olarak, bölgenin koka bitkisi yetiştirmesinden kaynaklı olarak kokain üretimi ve ticaretinde merkezi konumlandırılmasından kaynaklanmaktadır (Aslan Erdem, 2022b).

Avrupa Kıtası: 2021 yılında yapılan araştırmaya ait Şekil 6’daki verilere bakıldığında Avrupa ülkeleri alkol tüketimi konusunda üst sıralarda yer almaktadır (WHO, 2021). Madde bağımlılığı türü ise esrar, kokain gibi sentetik uyuşturucu ağırlıklıdır. EMCDDA tarafından yapılan bir araştırma da ise Avrupa kıtasında bulunan 38 ilde kokain kullanımında artış olduğu, insanların halka açık yerlerde madde kullanımından çekinmediği ve pazarın her geçen gün daha da arttığı saptanmıştır (AA, 2023a).

Asya Kıtası: Gelişmekte olan ülkelere (Kırgızistan gibi) alkol ve madde bağımlılığı, gelişmiş ülkelere göre (Çin, Japonya gibi) daha fazla görülmektedir (Zhailoobekova ve Amman, 2018). Diğer toplumlarda da olduğu gibi Asya ülkelerinde de alkol sosyal ortamların bir parçası olarak tüketilmektedir. UNODC tarafından yayınlanan rapora göre sentetik uyuşturucu kullanımının daha fazla olduğu ve

özellikle kıtanın ‘Altın Üçgen’ adı verilen bölgeyi içermesinden dolayı Bangladeş gibi az gelişmiş ülkelere merkezci dağılımla artışa neden olduğu saptanmıştır (AA, 2023b).

Afrika Kıtası: Alkol bağımlılığı genç bireyler arasında sosyal bir obje olarak tüketilmekte olup, ÷lkere göre değışkenlik göstermektedir. Madde bağımlılığı ise genellikle bölgesel yetiştirilmesinden kaynaklı milli bir kimlik olarak gör÷len gat çiğnenmesinden kaynaklanmaktadır (Çelik, 2021).

Avustralya ve Okyanusya Kıtası: Alkol kullanımı oldukça yaygın olmakla birlikte diğerk kıtalarda da olduğu gibi sosyal ortamlarda kullanım yüksektir. Madde bağımlılığı ile ilgili uyuşturucu kontrol sözleşmelerine taraf olmayı tercih etmeyen ÷lkelerin Okyanusya ‘da bulunuyor olması uyuşturucu kullanımı, ticareti ve yasa dışı yollarla aktarılmasında önemli bir etken olmaktadır (Atasoy, 2022).

1.2.2. Uyuşturucu kontrol sözleşmeleri

Uyuşturucu özellikli maddelerin kullanımı yalnızca tıbbi fayda sağlamak amacıyla sınırlandırılmış ve kötü amaçlı kullanımın engellenebilmesi için Türkiye 1961 Tek Sözleşmesi, 1971 Psikotrop Maddeler Sözleşmesi, 1988 BM Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığı ile Mücadele Sözleşmelerine taraf olup, bu sözleşmeler ile uyuşturucu ile küresel bir mücadele başlatılmıştır (Demirel, 2012). Özellikle 1971 Psikotrop Maddeler Sözleşmesi ile uyuşturucu özellikli maddelerin üretimi, aktarılması, dağıtımı ve depolanması gibi süreçleri takip edilebilmek amacıyla uluslararası iş birliğini teşvik ederek, toplum sağlığının korunması ve refahını güvence altında tutmayı hedeflemektedir.

Uyuşturucu madde kullanımını önlemek ve insan sağlığını koruma amacıyla dört önemli uluslararası kuruluşlar bulunmaktadır. Bunlar:

1. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC): Dünyayı uyuşturucu ve suçtan daha güvenli hale getirme yetkisiyle UNODC, çeşitli unsurları kapsamlı ve ileriye dönük bir çerçevede bir araya getiren 2030 sürdürülebilir kalkınma gündeminin uygulanmasında üye devletleri desteklemeyi taahhüt

etmektedir. Ayrıca, üye devletlere gerekli verileri toplayarak, politikalarını geliştirmeleri konusunda teknik destekler sağlamaktadır (UNODC, 1945).

2. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ): Dünya genelinde uyuşturucu sorununa karşı kullanımın önlenmesi, güvenlik açığı ve risklerin azaltılması, uyuşturucu madde kullanım bozukluğu bulunan kişilerin tedavisi, bakımı ve sonrası vb. konularda faaliyet göstererek katkıda bulunmaktadır (WHO, 1948).
3. Uluslararası Uyuşturucu Kontrol Kurulu (INCB): Uyuşturucu üretimi, dağıtımı ve kullanımını izleyerek, üye devletlerin ulusal kontrol politikalarını değerlendirmektedir. Kısaca, BM uluslararası uyuşturucu kontrol sözleşmelerinin uygulanması için bağımsız ve yarı yargısal izleme organı olarak görev almaktadır (INCB, 1968).
4. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA): Uyuşturucu, uyuşturucu bağımlılığı ve sonuçları hakkında olgusal, objektif, güvenilir ve karşılaştırılabilir bilgiler sağlayarak AB ve ulusal kanıta dayalı politikaları desteklemektedir. Ayrıca, bireysel yaşamlara ve daha geniş topluma yönelik sürekli değişen bu tehdidin tüm yönleri hakkında bağımsız bilimsel kanıtlar ve analizler sağlamaktadır (EMCDDA, 1993).

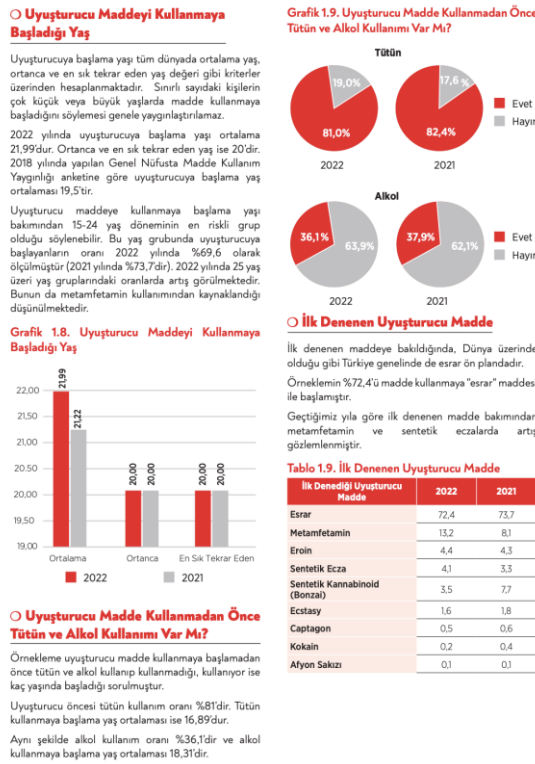
1.2.3. Türkiye’de alkol ve madde bağımlılığı

Ülkemizde alkol ve madde bağımlılığı toplumu ilgilendiren, geleceğimizi tehdit eden ciddi bir sorun olarak görülmektedir. Bu nedenle, alkol veya madde kullanım bozukluğunun bir hastalık olarak kabul edilmesi ve tedavi gerekliliği konusunda önleyici bilinçlendirme programları düzenlenmektedir (Yeşilay, 2024). Bağımlılıkla mücadele konusunda Türkiye uyuşturucu kontrol sözleşmelerinin çoğunda taraf olmuştur ve hem ulusal hem uluslararası düzeyde önlemlerin alınması konusunda hassas bir politika izlemektedir.

Türkiye’nin nüfusu adres kayıtlarına göre değerlendirildiğinde 2023 yılı itibariyle ortalama 86 milyon kişi olarak tespit edilmiştir (TÜİK, 2024). 2023 yılı için ülke nüfusu incelendiğinde nüfusun %49,9 ‘u kadınlardan, %50,1 ‘i erkeklerden oluşurken, nüfusun %15,1 ‘i gençlerden ve %26’ sı çocuklardan oluşmaktadır (TÜİK, 2024). Alkol ve madde bağımlılığı özellikle çocuk ve genç nüfusunun %50’ sini tehdit

eden bir unsur haline gelmiştir (İHH, 2021). Ülkemizde madde kullanmaya başlama yaşı ortalama 20 iken, alkol kullanmaya başlama yaşı ortalama 11 olarak saptanmıştır (Narkolog, 2023; Lokman Hekim Üniversitesi, 2023).

Ülkemizde alkol ve madde bağımlılığı ile ilgili bilinçlendirme, önleme, iyileştirme ve yeniden kazandırma süreçlerini içeren aktif çalışmalar bulunmaktadır. Özellikle 2018 yılında başlatılan ‘Narkolog Projesi’ ile bağımlı kişilerin kullanıcı profilleri hakkında detaylı bilgi toplanarak kök neden analizi yapılmaktadır (Narkolog, 2023). Böylece, bağımlılıkla mücadele de doğru tespitler ve çözüm önerileri geliştirme hedeflenmiştir. Ayrıca, elde edilen bulgular bir rapor haline getirilerek herkesin erişimine açık şekilde sunulmaktadır (Şekil 7). Uyuşturucu madde bağımlılığı ile ilgili ülke genelinde yıl bazında minimum bağımlı sayısını kestirebilmek ve süreci yorumlayabilmek adına rehber formunda bir rapor olmuştur.

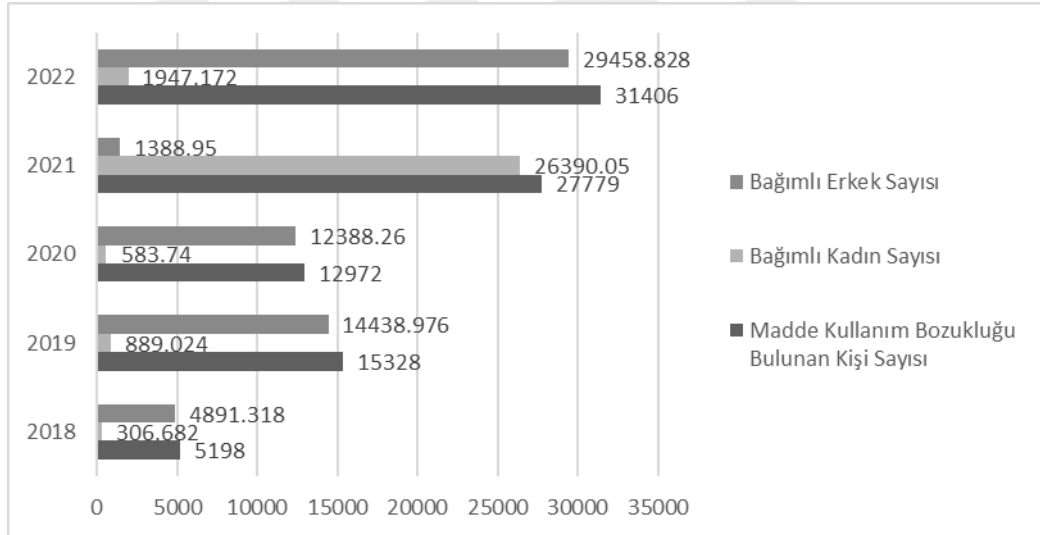


Şekil 7: Örnek narkolog raporu içeriği (Narkolog, 2023)

Narkolog raporlarında yayınlanan verilerin en önemli kısıtlılığı araştırma örneklemini oluşturan madde bağımlılarının herhangi bir nedenle emniyet

merkezlerinde bulunmaları ile verilerin toplanmış olmasıdır. Ülke genelindeki güncel durum hakkında yalnızca öngörude bulunarak, yorum yapabilmemize katkı sağlamaktadır.

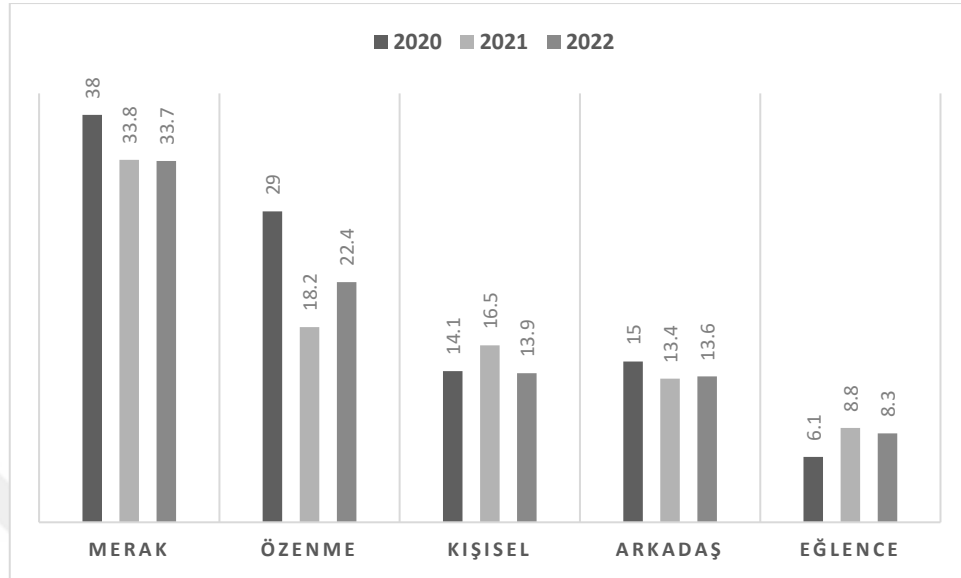
Narkolog raporlarına göre madde kullanım bozukluğu bulunan kişi sayıları 2018 yılında 5198; 2019 yılında 15328; 2020 yılında 12.972; 2021 yılında 27.779; 2022 yılında ise 31.406 olarak tespit edilmiştir. Bağımlı kişilerin sayısının yıl bazında artış dikkate alınarak, bir önceki yıla göre kıyaslamaya göre 2019 yılında %194 artarken, 2020 yılında %15 azaldığı, 2021 yılında %114 ve 2022 yılında %13 arttığı gözlenmiştir (Narkolog, 2023). 2020 yılındaki sayılara bağlı düşme nedeni olarak özellikle tüm dünyayı etkisi altına alan pandemi kısıtlamalarından kaynaklandığı, ulusal önlem politikası gereği uygulanan kısıtlamalar nedeniyle azalım gösterdiği düşünülmektedir. Madde bağımlısı kişilerin cinsiyet dağılımı ve sayısı ise Şekil 8’ de gösterilmiştir.



Şekil 8: Madde bağımlıları ve cinsiyet dağılımı (Narkolog, 2023).

Özellikle 15-24 yaş arası genç kesimin kullanıcı olması, bu yaş aralığındaki kesimi madde kullanımına iten kuvvetin sebeplerini bilmek ulusal bilinçlenme çalışmalarında büyük bir önem arz etmektedir. Kök nedenleri tespiti yönelik Narkolog

raporu çıktısına göre madde kullanımına başlama nedenlerini belirten yüzde dağılım Şekil 9’da verilmiştir.



Şekil 9: Madde kullanımına başlama nedenler ve yüzde dağılımı (%) (Narkolog, 2023)

Şekil 9’da verilen dağılıma göre madde kullanımına iten en önemli etkenin madde kullanımına bağlı olarak kişide ödül merkezini uyaran ve keyif hissi veren etkiyi deneme merakı olduğu tespit edilmiştir.

1.2.3.1. Kanuni Yaptırımlar ve Yasal Düzenlemeler

Türkiye’de uyuşturucu özellikli maddelerin ticareti veya kullanımı ile ilgili kanuni yaptırımlar bulunmaktadır (Şimşek ve Erarslan, 2019).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ‘da: Gençlerin alkol veya uyuşturucu maddeye karşı düşkünlük veya bağımlılıktan korunması, bilinçlenmesi ve uzak kalabilmeyi sürdürebilmesi için gerekli tedbirlerin alınması devletin sorumluluğu olarak belirtilmiştir (TCA,1982, m58).

Türk Ceza Kanunu (TCK) ‘da: TCK ‘nun 188. Maddesi uyuşturucu maddelerin kullanımı veya ticareti ile ilgilidir. Kanunda “*Uyuşturucu veya uyarıcı maddeleri ruhsatsız veya ruhsata aykırı olarak ülke içinde satan, satışa arz eden, başkalarına veren, sevk eden, nakleden, depolayan, satın alan, kabul eden, bulunduran kişi, on yıldan az olmamak üzere hapis ve bin günden yirmi bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır*” şeklinde ifade edilmektedir (TCK, 2004, m188). Kısaca, uyuşturucu kullanımı veya ticareti nedeniyle kişinin tespit edilmesi durumunda hem hapis hem de para cezası ile yargılanmaktadır.

Bağımlılıkla ile Mücadele Genelgesi: Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK) ‘nun kurulmasını içeren genelge ile Türkiye’ de bağımlılıkla ilgili daha geniş çapta mücadele edebilmek, kurum ve kuruluşlarla iş birliği içerisinde planlanan çalışmaları koordine ve takip etmek, yapılan çalışmaların yaygınlaştırılmasını sağlamak amacıyla kurulmuştur.

Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığına Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi (UPMKKBM): 1988 yılında kabul edilen sözleşme ile Türkiye’ de taraf olarak yer almaktadır. Uyuşturucu ve psikotrop maddelerin denizyolu ile kaçırılmasına karşı uluslararası iş birliği içerisinde olarak güçlenmeyi ve üye ülkeler ile iş birliği içerisinde olmayı hedeflemektedir (UPMKKBM, 1988).

Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun: Bu kanun ile ulusal sınırlar içinde uyuşturucu ve psikotrop maddelerin kaçakçılığı ile mücadele edebilmek amacıyla gerekli yaptırımları içermektedir (UMMHK, 1933).

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu: Türkiye’de uyuşturucu ve psikotrop maddelerin kullanımı ile ilgili işyerlerinde de önleyici ve sınırlandırıcı tedbirleri kapsayan direktifler bulunmaktadır. İSG Kanunu’nda çalışanlardan herhangi biri madde kullanmış halde işe gelmesi veya işyerinde kullanmış olmasının tespiti durumunda işverene haklı fesih hakkı tanınmıştır (İSG Kanunu, 2012). Böylece, uyuşturucu veya psikotrop madde kullanımı ile ilgili kişilerin iş ve yasal haklarından mahrum kalma düşüncesiyle caydırıcı olması hedeflenmiştir.

1.2.3.2.A Çalışanlarda Alkol veya Madde Kullanım Bozukluğu Olması

Türkiye’de herhangi bir işe uygun nitelikte personel seçiminde teknik deneyim ve görevi yerine getirebilme kabiliyetine ek olarak, bireyin sağlık durumunun da işe uygunluğu önem arz etmektedir. Bu nedenle her yeni başlayan kişilere işe giriş evrakları içerisinde sağlık raporu da sicil dosyasına eklenmesi gerekmektedir. Kişinin fiziksel ve biyolojik uygunluğu doğru işe doğru kişi kriterini tamamlamakta hem de gelecekte yaşanabilecek olumsuzluklara en önemlisi de işe bağlı hastalıklara karşı tedbirli olmayı amaçlamaktadır.

Ülkemizde bir işverene bağlı ve sigortalı çalışan herkesin sağlıklı ve güvenli ortamda istihdam edilmesi konusunda gerekli hükümler açıkça İSG Kanunu’n da belirtilmiştir. Bu hükümlerin yerine getirilmemesi durumunda oluşabilecek cezai yaptırımlara da yer verilmiştir. Fakat tüm bunlara karşı çalışanların işyerine alkol veya uyuşturucu madde kullanmış veya işyerinde kullanmaya teşebbüs etmesi durumunda İSG açısından tehdit edici olacağından işverene işten çıkartma hakkı tanınmıştır. İşverenin şüpheye düşmesi durumunda ise kişinin rızasına başvurmak ve almak suretiyle herhangi bir laboratuvar testine yönlendirebilmektedir. Kısaca, alkol veya uyuşturucu testlerini yapabilmek için hukuka uygun bir neden gösterilmesi öncelikli olmaktadır (Kutlu Mutluer, 2024).

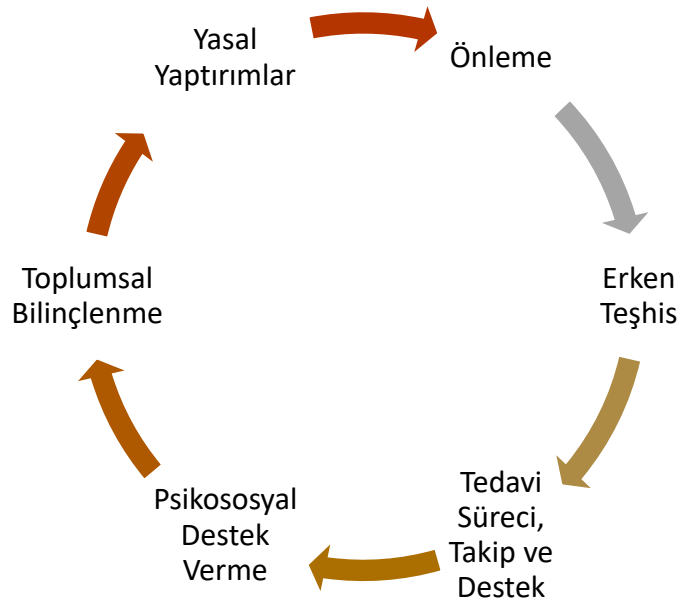
Alkol veya uyuşturucu özellikli herhangi bir maddeyi işyeri içerisinde kullanmak işveren açısından haklı feshe bir kaynak niteliğindedir. Burada önemli olan nokta işyeri dışındaki sosyal hayatında kullanıyor olmasının tespiti durumunda da aynı koşullar geçerli olmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılıkla Mücadele

Bağımlılıkla mücadele, alkol veya psikotrop maddelerin kullanımını önlemek veya kullanan kişilerin içinde bulundukları süreç hakkında farkındalık kazanması ve kurtulmak için karar adımını atmalarını amaçlayan geniş ölçekli ve sistemli çalışma bütünüdür (Düzel ve Sevinçli Bayram, 2024). Bağımlı olarak tanımlanan kişilerin ruhsal, sosyal, fiziksel ve en önemlisi biyolojik yönden iyilik halini kaybetmesine neden olduğundan tüm bu alanlardaki etkileri göz önünde bulundurularak mücadele sürecini planlamak gerekmektedir (Öz, 2024).

Bağımlılıkla mücadele etmek sadece önleyici çalışmalarla sınırlı kalmamaktadır. Bu konuda sıkıntı yaşayan kişilere erken evre el uzatılması, tedavi sürecinin başlatılması ve takip edilmesi/desteklenmesi, psikososyal olarak boşluk olmaması, toplumsal farkındalıkların kazandırılması ve ulusal olarak yasal düzenlemeler ile caydırıcılığının sağlanması gibi sisteme dayalı temel yaklaşım prensipleri bulunmaktadır (Şekil 10).



Şekil 10: Bağımlılıkla mücadele döngüsü

Önleme Evresi, bağımlılık ile ilgili kullanıcı yaşının her geçen yıla oranla düştüğünü varsaydığımızda özellikle çocuklar olmak üzere tüm gençleri ve aileleri de kapsayan bilinçlendirme çalışmalarını kapsamaktadır.

Çocuklar ve gençler için merak duygusu ile tetiklenen kullanım öyküsünün nasıl biteceği, sağlık üzerindeki etkileri ve geleceği tehdit eden bir zehrin nelere sebep olacağı konusunda bilinçlendirme çalışmalarına ek olarak, etkili ebeveyn-çocuk iletişimi, şüphe duyulduğunda başvurulması gereken konuşma dili ve tespit için laboratuvar yöntem tercihleri gibi eğitimlerin düzenlenmesi, yazılı ve görsel kaynakların (afiş, broşür, kitap, kısa filmler, belgeseller vb.) oluşturulması önleme evresi kapsamındadır.

Erken Teşhis Evresi, bağımlılık ile ilgili şüphe uyandıran belirtilerin varlığı durumunda genellikle ilgili yakın çevre tarafından fark edilmesiyle klinik yöntemlere başvurularak kanıtlanması ile başlamaktadır. MKB ile ilgili erken tanı koyulması kişinin bağımlı olduğu maddeye karşı tolerans seviyesi yükselmeden, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin daha başarılı sonuçlanmasını sağlamaktadır.

Tedavi Süreci, Takip ve Destek Evresi, bağımlılıktan kurtulma sürecinin omurgasını oluşturmaktadır. MKB bulunan bireyin hastalığının farkında olması ve iyileşmeyi kabul etmesi, sabırlı ve özverili bir katılım isteyen tedavi basamaklarını uygulaması ve rehabilitasyon süreçlerine katılması sürecin başarısı etkilemektedir. Bu evrenin ana amacı kişinin MKB hastalığından kurtulması ve tekrar başlamamasını sağlamaktır (Yeşilay, 2024).

Bağımlılığın bulunduğu maddeden tamamen uzaklaşarak başlayan tedavi, kişinin bağımlılık tolerans düzeyine göre ayakta veya yatarak tıbbi destek ile iyileşmeyi hızlandıran rehabilitasyon süreci ile devam etmektedir. Bağımlılıkla ilgili tedavi süreci hekim, psikolog/psikiyatr veya sosyal hizmet uzmanları gibi multidisipliner bir ekip ile iş birliği içerisinde yürütülmesi gerekmektedir (Yeşilay, 2024). Özellikle arınma sürecinde ortaya çıkan kas ve eklem ağrıları, terleme ve titreme nöbetleri, karın ağrısı veya huzursuzluk gibi olumsuz durumları bastırmak için tıbbi destek gerekli olurken; süreç içerisinde yaşanan/yaşanabilecek durumlara karşı hazır olabilmek için psikoloji tamamlama; toplumsal dışlanma veya uzaklaştırılma

nedeniyle sosyal çevrenin yarattığı boşlukların dolması gibi çok yönlü planlama gerektirmektedir.

Tedavi sürecinde başarıyı etkileyen ikinci önemli nokta ise yeni yaşam tarzı belirleme ve olumsuz arkadaş grubunu değiştirmektir. MKB bulunan bireyin yaşamını yeniden inşa ederken maddeye erişebilirliğinin ortadan kaldırılması önem arz etmektedir. Tedaviye başlayan bireylerin süreci tamamlayacak özveri ve sabrı göstermesi bireysel olarak bu durumla baş etmesi zorlayıcı olabilmektedir. Yapılan çalışmalara göre tedavi süreci devam eden bireylerin ailesi veya yakın çevresi tarafından desteklendiğini bilmesi, başardığını hissetmesine ve kurtulacağına inanmasını teşvik edici olmaktadır. Ayrıca, bunun bir beyin hastalığı olduğunu kabul eden çevre ile sosyal dışlanmaya maruz kalmadan devam ediyor olmakta tedavinin başarı oranını etkilemektedir.

Alkol veya MKB ile mücadelede üç farklı tedavi yöntemine başvurulmaktadır. Bunlar; ayakta, yatarak ve koruyucu olarak sıralanmaktadır.

- Ayakta tedavi: Bağımlılıkla mücadelede öncelikli tercih edilen yöntemdir. Bağımlılık şiddetine, bireyin sosyal ve psikolojik düzeyine ve tıbbi ihtiyacına göre bu tedavi yöntemine karar verilmektedir.
- Yatarak tedavi: Tedavi sürecinde maddeden uzak kalındığında ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin ciddi düzeyde olması durumunda hasta yakınlarının rızası alınarak, tedaviye sağlık profesyonelleri gözetiminde devam edilmesi sürecidir.

Her iki tedavi sürecinde de hastaya dopamin salınımını engelleyici, maddeye geri dönme isteğini baskılayan akamprozat, naltrekson, nalokson, bupronorfin gibi ilaçlardan herhangi birini doktorun reçete etmesi ile düzenli bir periyotta kullanıma başlanmaktadır (İPE, 2024). Süreç, bireyin hastalığını algılamasına yönelik bağımlılık tanımı, oluşan riskli durumlar ve bulaşıcı hastalıklara yakalanma sebepleri ve önlemleri konusunda bilinçlendirme eğitimleri ile devam etmektedir. Hasta vücudundan maddeden arınma süreci ortalama 6 aya kadar uzayabilmektedir. Arınma sürecinde ise detoksifikasyon (yoksunluk belirtisi) 'un tamamlanması ve tedaviye uyum süreci tamamlandıktan sonra korunma yöntemine geçilmektedir (İPE, 2024).

- Koruyucu tedavi: Hastalığın yinelenme olasılığını indirmek veya kaldırmak için hasta bireyin rehabilitasyon programına dahil edilmesi sürecidir. Bu süreçte ise kişinin yaşadığı veya yaşayabileceği kayma durumları, iradesini kontrol edebilme, duygu ve düşüncelerini tanımlayabilme, etkili iletişim gibi konularda bilinçlendirme çalışmalarını kapsamaktadır. Genellikle MKB bulunan kişilerin rehabilitasyon sürecinde bilişsel ve davranışçı yönelimli terapi, motivasyonel görüşme tekniği, farkındalık terapisi yönteminden faydalanılmaktadır (Yeşilay, 2024).

Psikososyal Destek Verme Evresi, bağımlı bir birey olma yoluna iten sosyal ve psikolojik gerekçelerin kök-neden analizine dayanılarak irdelenmesine dayanmaktadır. Böylece, kaynak sorunun çözüme ulaştırılarak, bağımlılıktan kurtulma başarısını etkilemesi amaçlanmaktadır. Bu evrede, bağımlı kişi ve ailesiyle birlikte görüşmeler gerçekleştirilerek, hastanın yakın çevresi ile etkili iletişim ağının güçlenmesi, ailenin empati kurabilmesi, hastanın iyi olmayı ve iyileşmeyi arzulamasını amaçlanmaktadır. Genellikle bireysel ya da grup çalışmaları yapılması, sosyal yaşama adapte olabilme ya da meslek edindirme gibi etkinlikler ile desteklenmektedir (YEDAM, 2014a).

Toplumsal Bilinçlenme Evresi: Bağımlılığın bir beyin hastalığı olduğu ve iyileşmesinin mümkün olduğunu aktarılması ile MKB olan kişilerin sosyal dışlanmaya maruz kalmasının önlenmesi, ulusal veya uluslararası alanda bağımlılığın riskleri hakkında görsel, işitsel veya yazılı kaynakların oluşturulması, sivil toplum kuruluşlarının desteklenmesi, eğitim ve öğretim faaliyetleri içerisinde yer verilmesi gibi çalışmaları kapsamaktadır.

Yasal Yaptırım Evresi: MKB bulunan hastaların belirli bir miligram üzerinde maddeyi yanlarında bulunduruyor olmaları durumunda ‘uyuşturucu madde ticareti’ yapıyor olarak değerlendirileceği TCK ‘nun da açıkça belirtilmiş olup, hapis cezasıyla cezalandırılacağı açıkça belirtilmiştir (TCK, 2004). Bunun gibi yasal cezai yaptırımların uygulanması ile caydırıcılığın artırılması amaçlanmaktadır.

2.2. Sosyal Yaşam ve Sosyal Destek

Alkol veya MKB bulunan kişilerin tedavi süresince; aile üyeleri, iş ve sosyal arkadaşlarının sağlayacağı destek ve motivasyon, hasta bireyin kendini daha güçlü hissetmesini, bireysel değişiklikler konusunda hevesli olmasını ve bağımlılıktan kurtulma çabasını sürdürmesini sağlayacaktır. Sosyal çevresi ile duygusal destek gördüğünü hisseden bireyler daha rahat madde kullanım yaşı sorunlarını paylaşılabilmekte ve taşıdığı duygusal yükü hafifleterek sağlıklı iletişim becerileri geliştirebilmektedir. Ayrıca, etkili iletişim içerisinde olduğu sosyal ortam bağımlılığa karşı direncini de arttırarak, yeni yaşam tarzını sürdürmesinde yardımcı olacaktır. Böylece, relaps ve madde kullanımına geri dönüş riskini azaltacaktır.

Mutlu (2013) bağımlılıkla mücadelede ailenin etkisi ile ilgili yaptığı bir araştırmada MKB olan gençlerin tedavi sürecinde ebeveynlerinin desteğinin tedavi başarısını etkileyen önemli bir unsur olduğunu vurgulamıştır. Yaman (2014) tarafından bağımlılıkla mücadele eden 10 kişi ile yarı yapılandırılmış görüşme yapılarak, bağımlılık süreci ve aile ilişkileri etkisi araştırılmıştır. Araştırma sonucuna göre, MKB bulunan bireylerin aile ilişkileri sağlıklı olduğunda ve sosyal zaman geçirdiklerinde yasa dışı madde aşermelerinin azaldığını belirtmişlerdir. Duyan ve Gövebakan (2021) tarafından yayınlanan bir kitapta ise madde bağımlısı kişilerin aileleri ile olan ilişkileri ve etkileşimleri ele alınmıştır. Aile içi iletişimin yeterli düzeyde ve sağlıklı bir şekilde gerçekleştiği ailelerde gençlerin ergenlik döneminde farklı arayışlara yönelmelerinin engellendiği, madde kullanımına yönelme davranışını azaltıcı olduğu vurgulanmıştır. Erükçü Akbaş ve Mutlu (2016) tarafından yapılan nitel bir araştırmada madde bağımlılığı olan 9 kişinin deneyimlerinden çıkarımlar yapılmıştır. Araştırma sonucuna göre bu kişilerin madde kullanımına başladıktan sonra yalnız kaldıklarını, sosyal olarak dışlandıklarını ve insanların onlara küçümseyerek ve üzüterek yaklaşımlarının daha fazla madde kullanım arzusu oluşturduğunu aktarmışlardır. Avşar, Koç ve Aslan, (2016) tarafından yapılan başka bir araştırmada ise Türkiye ‘de bulunan bir devlet hastanesine tedavi için başvuran 100 kişiye “Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Benlik Saygısı Envanteri” anket formu uygulanmıştır. Sosyo-demografik özellikler ile aileden algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmaya göre bağımlılıkla mücadele eden kişiler arasında medeni durumu evli olanların, bir işte çalışmaya devam edenlerin

ve aile desteği hisseden kişilerin puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, yine aynı çalışmada bağımlılıkla mücadele eden kişilerin mesleklerine devam etmeleri ile belirli bir evre ve amaca bağlanması sosyal destek ve benlik saygısının oluşmasında etkili önemli faktörler olduğu ve bu kişilerin işten uzaklaştırılmak veya toplumsal dışlanma yerine destek sağlanması gerekliliği vurgulanmıştır.

Bağımlılıkla mücadele sürecinde literatürde yer alan destekleyici çalışmalara bakıldığında, sosyal yaşam, evre ve ailenin bir arada olduğu, destekleyici bir ortamın bağımlı kişilerin tedavi sürecine olumlu etkisini ortaya koyar niteliktedir.

2.2.1. Türkiye’de bağımlılıkla mücadele ve toplumu bilinçlendirme alışmaları

2.2.1.1. Türkiye’de bağımlılıkla mücadele

2.2.1.1.A Türkiye bağımlılıkla mücadele eğitim programı (TBM)

Yeşilay çatısı altında geliştirilmiş olup, tüm bağımlılık yapıcı ürün ve maddelere karşı mücadelede çocukları ve gençleri bilinçlendirmek amacıyla güvenli ve sağlıklı yaşam modüllerinden oluşmaktadır. Temel amacı, topluma yayılan bir çapta bağımlılıkla ilgili bilgi ve farkındalık düzeyini yükseltmektir (Yeşilay, 2024).

2.2.1.1.B Yeşilay Danışmanlık Merkezleri (YEDAM)

Alkol, MKB, tütün ürünleri, şans ve bahis oyunları veya son zamanlarda tüm yaş gruplarını tehdit eden teknoloji bağımlılığı gibi bağımlılığın her türlü çeşidine karşı kişiye veya bu konuda bilgi almak isteyen yakın çevresine psikososyal destek veren bir merkezdir (YEDAM, 2014a). Alanında uzman sağlık profesyonelleri ve sosyal hizmet uzmanları ile birlikte ücretsiz olarak ALO 115 iletişim hattı veya yüz yüze görüşmeler üzerinden hizmet vermektedir. YEDAM ‘da yatarak herhangi bir klinik

tedavi desteği olmamakla birlikte çalışma saatleri dışında gelen talepler kayıt altına alınarak, mesai başlangıcı ile geri dönüşler yapılması ile sınırlı kalmaktadır.

YEDAM' ın destek hizmetlerinden 12 yaş ve üzerindeki herkes faydalanabilmektedir fakat 18 yaş altında olan bireylerin ebeveyn rızasına başvurulmaktadır. Destek almak için başvuran kişilerin alabileceği hizmetler aşağıda sıralanmaktadır:

- Herhangi bir bağımlılık türünden kurtulmak isteyen veya bununla mücadeleye nasıl başlayacağı konusunda destek isteyen kişilere,
- Bireyin bağımlılık düzeyini belirleme, bağımlılıktan kurtulma ve bırakma yöntemleri hakkında bilgi verme,
- Gerekli tedavi yöntemleri konusunda bilgi vermek ve süreci planlama,
- Hasta bireyleri evlerinde ziyaret etme ve aile görüşmeleri yapma,
- İyilik halini sürdürme için hastaların sosyal kazanımı için işe girme, aktiviteler planlama ve boş zaman değerlendirme gibi konularda destek vererek, yaşam uyumunu arttırma ve ömür boyu iş birliği içerisinde olmayı sağlamaktadır.

2.2.1.1.C ALO 191 Uyuşturucu ile mücadele danışma ve destek hattı

Alkol veya MKB bulunan kişilerin bağımlılıkla mücadelesini başlatmak, bağımlılık konusunda bilgi edinmek, bağımlı bir yakını olan veya bundan şüphe duyan kişilerin fikir almak, görüş bildirmek veya süreci planlamak için arayarak destek hizmeti almasını sağlayan Sağlık Bakanlığı'na bağlı 7/24 hizmete açık olan bir iletişim hattıdır (Sağlık Bakanlığı, 2023). ALO 191 iletişim hattının sunduğu hizmetler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

- Hasta bireyin ihtiyaının belirlenmesi, bilgi verilmesi ve uygun tedavi merkezine yönlendirilmesi,
- Bağımlılıkla mücadele konusunda motivasyonel görüşmelerin yapılması,
- Hasta bireyin yaşına göre uygun iletişim konusunda rehberlik hizmeti verilmesi,

- Hasta bireyin yakın çevresinin desteğinin sürece katkısı hakkında bilinçlendirme,
- Madde kullanımından şüphe duyulan kişilerin uygun klinik testlere yönlendirilmesi, etkili iletişim ve süreci planlama hizmeti,
- MKB bulunan kişilerin yaşayabileceği sosyal kayma durumları veya bulunabilecekleri olumsuz davranışlar konusunda bilgi verme gibi sıralanabilmektedir.

2.2.1.1.D Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM) ve Erişkin Arındırma Merkezi (ERAM)

Türkiye’de alkol veya MKB bulunan kişilerin bağımlılık hastalığından kurtulmak için başvurduğu, detoksifikasyon ve rehabilitasyon olmak üzere 2 bölümden oluşan, ayakta (poliklinik) veya yatarak (klinik) veya denetimli serbestlik polikliniği hizmeti veren sağlık kuruluşlarıdır. Erişkin Arındırma Merkezleri (ERAM) ve AMATEM servislerinin genel amacı uzun süreli ayıklığın sağlanmasını destekleyen tedavi hizmeti sunmaktır. Alkol veya MKB nedeniyle hastaneye başvuran kişiler ayakta tedavi için uygun görülmesi durumunda takip periyotlarının tanımlanması ile bağımlılıkla mücadele sürecine başlamaktadır. Klinik tedavi uygun görülen hastalar için ise rehber bir hemşire ile karşılanarak, gerekli güvenlik incelemelerinden geçerek (getirdiği eşyaların kontrolü), genel kurallar, ortak kullanım alanları tanıtımından sonra odasına yerleştirilmektedir. Klinik tedavi detoksifikasyon bölümü ile başlayarak, arınma dönemi ile devam eder ve sağlık profesyonellerinin kararı ile sürecin son evresi olan rehabilitasyon bölümünde tamamlanır (AEAİ, 2022).

AMATEM klinikleri yatan hastalar için sosyal zamanı yönetebilme, yeni bir yaşam tarzı belirleyebilme ve boş zamanları dolduracak aktiviteler geliştirebilme konularında yeni bakış açısı kazandıracak nitelikte bir tedavi programı içermektedir. Kısaca, sadece sağlık koşullarını optimize etmek değil aynı zamanda sosyal açıdan da desteklemeyi amaçlamaktadır. Örneğin; ‘her güne bir aktivite’ gibi programlamalar ile okuma saatleri, film saatleri, sosyal geziler, sağlıklı yaşam eğitimleri, görsel sanatlar kursları gibi etkinlikler düzenlenmektedir. Klinik süreci tamamlanan hastaların

tedavisi genellikle poliklinik süreci 1 yılı kapsayan periyot içerisinde devam etmektedir.

2.2.1.1.E Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri (ÇEMATEM)

18 yaş altında olan çocuk ve gençlerin alkol veya MKB bulunan kişilerin bağımlılık hastalığından kurtulmak için ayakta (poliklinik) veya yatarak (klinik) tedavi görmesini sağlayan sağlık kuruluşlarıdır. ÇEMATEM'lerin AMATEM'lerden farkı hasta profilinin 18 yaş altı (kız veya erkek) kişilerden oluşması nedeniyle ayrı çatı altında hizmet veriyor olması ve kişilerin tedavi süresince ebeveyn rızasına ihtiyaç duyulmasıdır. ÇEMATEM kliniklerinde çocuk ve genç bireylerin tıbbi ve kimlik bilgilerinin gizli kalması konusunda daha hassas yaklaşılmaktadır.

ÇEMATEM 'lerde de yatan çocuk hastalar için sosyal zamanı yönetebilme, çocukluk çağını güçlendirme ve yaşam hedefleri belirleyebilme, hobiler ve aktiviteler geliştirebilme konularında bakış açısı kazanabilme, sorumluluk alma ve yerine getirebilme görevleri ve eğitim süreçlerine destek sağlama gibi bir tedavi programı içermektedir. Kısaca, sadece sağlık koşullarını optimize etmek değil aynı zamanda sosyal açıdan da desteklemeyi amaçlamaktadır (BRSH, 2024). Örneğin; 'her güne bir aktivite' gibi programlamalar ile okuma saatleri, spor yapma, matematik dersleri, görsel ve işitsel sanat etkinlikleri (resim, folklor gibi), film saatleri, sosyal geziler, sağlıklı yaşam eğitimleri gibi etkinlikler düzenlenmektedir. Klinik süreci tamamlanan hastaların tedavisi genellikle poliklinik süreci 1 yılı kapsayan periyot içerisinde devam etmektedir.

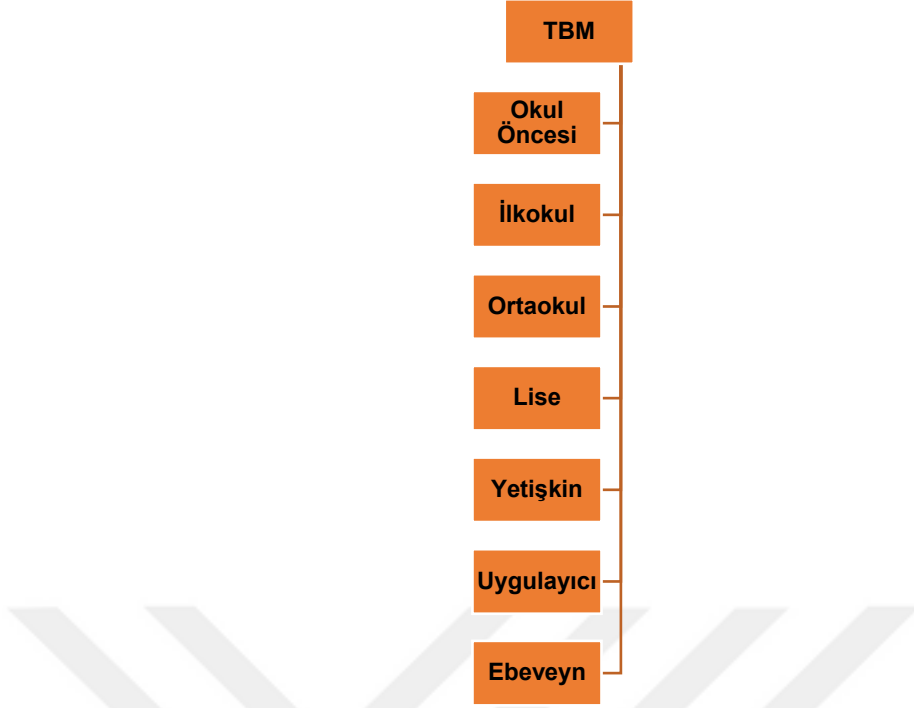
Türkiye' de bağımlılıkla mücadele konusunda en önemli tıbbi desteği sağlayan AMATEM, ERAM ve ÇEMATEM merkezlerinin listesi Tablo 3' de verilmiştir.

Tablo 3: Türkiye'de bulunan AMATEM, ERAM ve ÇEMATEM klinikleri (EGM, 2024)

İl	Hastane Adı	Telefon Numarası
Adana	Adana Dr.Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	0 322 324 70 10
Ankara	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniği	0 312 395 95 95
Ankara	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi	0 312 310 33 33
Ankara	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	0 312 202 44 44
Antalya	AMBAUM (AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ)	0 242 249 62 73
Denizli	Denizli Devlet Hastanesi	0 258 265 34 30
Diyarbakır	Diyarbakır Devlet Hastanesi	0 412 228 54 30
Elazığ	Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	0 424 218 17 05
İstanbul	Bakırköy Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇEMATEM	0 212 543 65 65
İstanbul	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi	0 212 414 20 20
İstanbul	Özel Balıklı Rum Hastanesi	0 212 547 16 00
İstanbul	Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (AMATEM)	0 216 444 06 20
İzmir	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	0 232 412 12 12
İzmir	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	0 232 444 13 43
İzmir	EGEBAM (EGE ÜNİVERSİTESİ)	0 232 363 48 99
İzmir	İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	0 232 243 32 08
Kayseri	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AMATEM)	0 352 336 88 84
Manisa	Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	0 236 234 63 63
Samsun	Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	0 362 435 60 60

2.2.1.2. Toplumu bilinçlendirme çalışmaları

TBM Eğitim Modülü, Türkiye’de bağımlılıkla mücadele konusunda güncel çözümler üreterek toplumun bilinçlenmesini amaçlayan, kapsamlı bir önleyici eğitim programı düzenlenmiştir. Yeşilay çatısı altında TBM eğitim programı ülke genelindeki eğitim sistemi modeline entegre edilerek uygulanmaktadır (TBM, 2024). Uygulayıcı içerik dökümanları her eğitim seviyesi grubuna, ebeveynlere ve uygulayıcı hedef kitleye özel olarak hazırlanmış olup, her grup için dökümanlara Şekil 11 ‘de verilen kategori içerisinde ulaşılabilir (TBM, 2024).



Şekil 11: TBM uygulayıcı içerik kategorileri

Şekil 11 ‘de verilen kategori dağılımında okul öncesi grup için sağlıklı yaşam ve teknoloji bağımlılığı konusunda rehber belgeler yer alırken; ilkokul ve ortaokul grubunda ek olarak tütün bağımlılığı; lise, yetişkin, uygulayıcı ve ebeveyn grubunda ek olarak alkol ve madde bağımlılığı yer almaktadır. Her grupta yer alan dökümanların başlıkları aynı olsa da hedef kitle değişkenliğine göre içerikte değişmektedir.

Rehber Öğretmenlerin Eğitimi, 2018-2019 eğitim öğretim döneminde yaklaşık 32 bin rehber öğretmene verilen bağımlılıkla ilgili farkındalık eğitimi ile öğrencilerle etkili iletişim, erken tespit ve süreç yönetimi konusunda bilinçlendirme çalışmaları sağlanmıştır (AA, 2020). Ek olarak, farklı görevlerde birçok kamu personeli aynı eğitim programı ile bilinçlendirilmiştir.

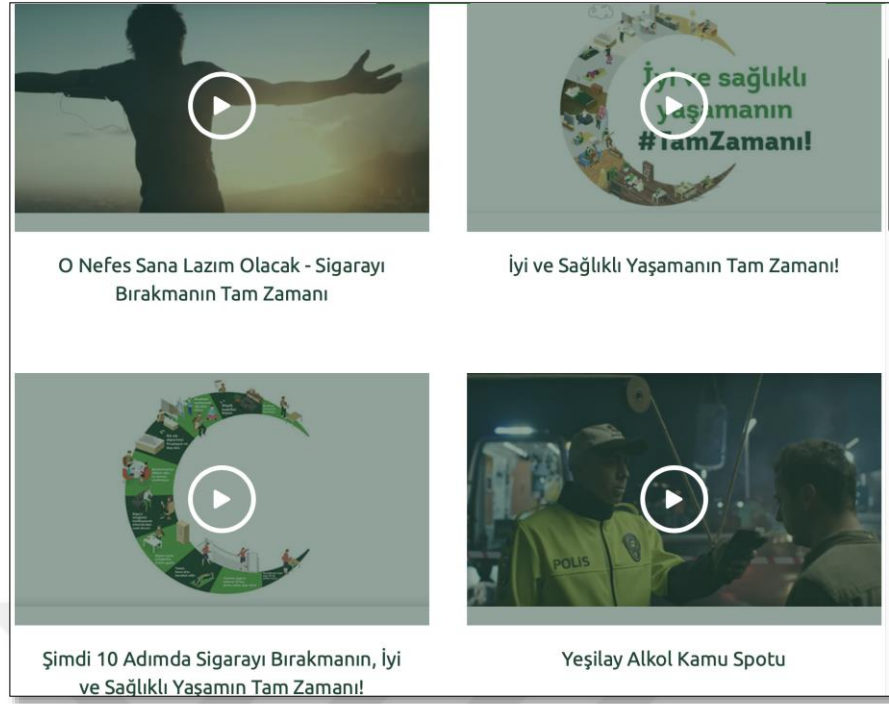
Sağlıklı Yaşam Sağlıklı Gelecek Yetenek Yarışması, 2011 yılında başlatılan yarışmanın her yıl düzenlenmesi ile ilkokul, ortaokul ve lise öğrencilerinin gözünden bağımlılıkla mücadelenin görsel ve işitsel olarak 5 farklı kategoride yeteneklerini sergilemesi, bu süreçte konu ile farkındalıklarının arttığı ve maddi ödül ile katılım teşvik edici olmaktadır (Şekil 12) (SNSG, 2024).



Şekil 12: Sağlıklı nesil sağlıklı gelecek yetenek yarışması afiş (SNSG, 2024).

Yeşilay Yaşam Becerileri Eğitim Programı, yalnızca 7. sınıf ortaokul öğrencilerinin dahil edildiği 15 haftalık programda öğrencilerin stresle mücadele edebilme, olumsuz duygulardan uzaklaşabilme, akran ilişkilerini ve kendini kontrol edebilme, empati kurabilme, karar verebilme ve gerektiğinde reddedebilme ve sağlıklı bedenın önemi gibi konularda yaşam becerileri kazandırılmaya çalışılmıştır (YYBP, 2021).

Kamu spotları, bağımlılığın tüm kategorilerinde farkındalığı arttırmak ve mücadele ruhunu canlı tutmak için Yeşilay desteği ile hazırlanmış, içeriklerinde yaşanmış hikayelere de yer verilen kısa videoların televizyon kanallarında reklam kuşağı içerisinde gösterilme zorunluluğu ile daha fazla kişilere ulaşılması hedeflenmektedir (Şekil 13).



Şekil 13: Yeşilay kamu spotları (Yeşilay, 2024)

2.2.2. Dünyadan örnek sosyal kazanım uygulamaları

Ülke genelinde uyguladıkları stratejileri ile örnek olarak gösterilen ilk 3 sıra da yer alan Portekiz, İsviçre ve Kanada’da bağımlılıkla mücadele konusu aşağıdaki gibi özetlenmiştir.

2.2.2.1. Portekiz

Portekiz’ de *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)* olarak bilinen bağımlılıkla mücadelede resmi bir kurumdur (SICAD, 2001). Portekiz’in bağımlılıkla mücadele de en önemli adımı MKB bulunan kişileri suçlamak yerine, onları direkt olarak sağlık kuruluşlarına ve rehabilitasyon merkezlerine yönlendirme ile atmıştır. Küresel ve entegre bir müdahale stratejisi olarak kabul edilen ‘caydırıcılık’ ilkesini değiştirerek; psikoaktif madde kullanan

kişilerin sağlığının korunmasını ve sosyal dışlanmanın engellenmesini sağlayarak, vatandaşlarının yaşam kalitesinin iyileştirilmesini amaçlamıştır (SICAD, 2001).

Portekiz’de de SICAD tarafından periyodik olarak ‘Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı Konusunda Ülkenin Durumu’ hakkında detaylı bir rapor hazırlanmaktadır. Rapor içeriğinde kullanıcıların profilleri, tüketim alışkanlıkları ve istatistik verileri paylaşılmaktadır. En son yayınlanan ‘‘A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências’’ raporu incelendiğinde; 2022 yılında uyuşturucu kullanımıyla ilgili sorunları olan 24.176 kullanıcının tespit edildiği, kamu polikliniklerinde tedaviye yönlendirildiği belirtilmiştir. Aynı yıl tedaviye başlayan 3.596 kullanıcıdan 1.681’i ikinci kez tedaviye yeniden kabul edildiği ve 1.915’i ise ilk defa tedaviyi kabul etmiştir. Poliklinikte tedavi gören kullanıcı sayısı karşılaştırıldığında ise daha önce düşüşlerin olmasına rağmen son iki yılda hafif bir artış (+%1) olduğu saptanmıştır (Relatório Anual, 2022).



Şekil 14: SICAD Resmî web sayfası (SICAD, 2001)

Kısaca, Portekiz’ de psikoaktif maddelerin kullanımı ile ilgili ‘sağlık odaklı zarar azaltma’ politikası ile geliştirilen güvenli kullanım alanları ile bulaşıcı hastalıkların yaygınlaşması önlenirken, bireylerin sosyal kazanımı sağlanmıştır. Sosyal dışlanmaya maruz kalmayan hastaların erişilebilir tedaviye daha istekli olması dolaylı olarak ülke de bağımlılıkla mücadele çalışmalarını olumlu desteklemiştir. Bu durum dünya genelinde bağımlılıkla mücadele konusunda Portekiz’in başarılı ülke olarak değerlendirilmesini sağlamıştır.

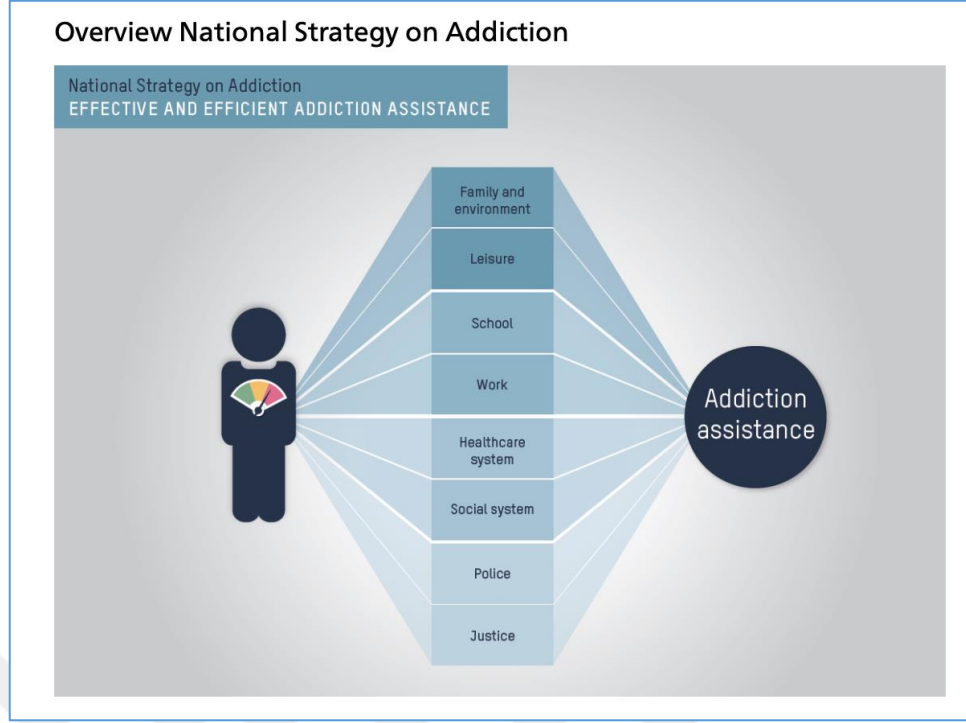
2.2.2.2. İsviçre

İsviçre ‘de bağımlılıkla mücadele ‘Federal Office of Public Health (FOPH)’ tarafından yürütülmektedir. Bağımlılık ile ilgili ulusal stratejileri ise sağlık okuryazarlığını geliştirmeye odaklanmıştır (FOPH, 2024).

İnsanların bireysel davranış ve tüketim kalıpları olduğunu bu nedenle her bireyin yaşına ve yaşamdaki dengesine göre değiştiğini savunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ile kişilerin kendi çevre koşulları ile dünyalarını şekillendirebilme yeteneklerini geliştireceğini böylece bağımlılıkla başa çıkmayı hedeflemektedir. Kısaca, İsviçre ‘de bağımlılıkla mücadelenin temeli sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesine dayanmaktadır (FOPH, 2024).

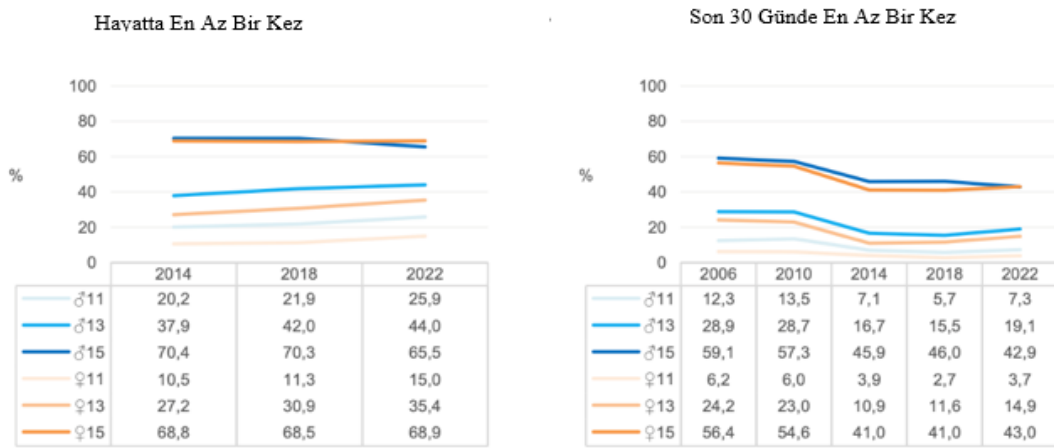
Bağımlılıkla mücadelenin ikinci aşaması ise uygun koşulların yaratılması olarak tanımlanmaktadır. İsviçre ‘de bağımlılık yapan maddelere erişimin toplumsal bir gerçek olduğu ve sınırlandırılmadığı kabul edilmiştir. Bu nedenle, sorunlu tüketimi önlemek ve savunmasız bireylere erken destek sağlamanın yanı sıra kontrollü kullanım veya bırakmaya olumlu yaklaşan kişilere geri çekilme konusunda yardım sağlamaktadır (FOPH, 2024).

Bağımlılıkla mücadelenin tamamlayıcı aşamalarını ise riskleri ayırt edebilme, tüketim davranışlarının değerlendirilmesi, sağlık ve sosyal işlerin birleştirilerek sosyal ilişkilerin güçlendirilmesi, önleme ve sağlık yardımlarının iyileştirilmesi, toplumsal bilinçlendirme çalışmaları, konfederasyonlar, meslek birlikleri, sivil toplum kuruluşları ve ek ortaklar arasındaki iş birliğinin sağlanması oluşturmaktadır (FOPH, 2024).

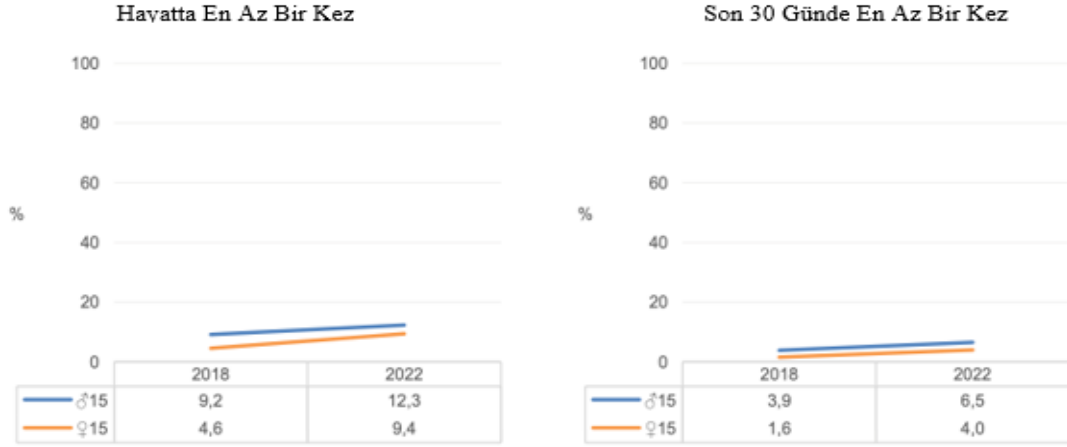


Şekil 15: İsviçre bağımlılıkla mücadelede etkisi olan sosyal çevre (FOPH, 2024)

İsviçre’de bağımlılıkla ilgili yapılan saha araştırması raporunda psikoaktif madde ve alkol kullanımı özellikle 10 ve 15 yaş aralığında çok fazla olduğu hiç tüketmemiş bireylerin neredeyse azınlık olarak değerlendirildiği yer almaktadır (HBSC, 2022). Araştırma sonuçlarına göre alkol tüketimi 11 yaşındakilerin %5’i, 15 yaşındakilerin %43’ü arasında hızlı artış göstermektedir (Şekil 16) (HBSC,2022).



Şekil 16: Cinsiyete göre 11, 13 ve 15 yaşındakiler arasındaki alkol tüketiminin gelişimi (HBSC, 2022; s:28)



Şekil 17: Cinsiyete göre 2018-2022 yılları arasındaki psikoaktif madde kullanım karşılaştırılması (HBSC, 2022; s:55)

Şekil 16 ve 17 ‘de psikoaktif madde kullanımında ise 14 ve 15 yaş grubunda 2018 yılına göre artış göstermesinin endişe verici düzeyde kullanımlara işaret ettiği sağlık ve sosyal konularında farkındalığın artırılmasının önemini vurgulamaktadır (HBSC, 2022).

2.2.2.3. Kanada

Kanada’ da bağımlılıkla mücadele ‘Public Health Agency of Canada’ tarafından organize edilmektedir ve Kanada hükümeti resmi web adresi üzerinde sağlıklı yaşam kategorisi altında madde kullanımı ile ilgili yönlendirmeler yer almaktadır (Legal Cannabis, 2023).

MKB ile güvenli tüketim altında kullanımı yasallaştırılmış uyuşturucu ürünleri bulunmaktadır. Böylece, ürün kalitesi, paketlenmesi, kalite kontrol yapılması, tüketime hazır hale getirilmesi ve satışı için yetkilendirme gibi tüm süreçleri resmi olarak denetim altına alınmış ve güvenli tüketim olarak nitelendirilmiştir. Yasal kenevir ürünleri için THC sınırları belirlenmiş olup, üretimde bu sınırlara bağlı kalınması konusunda yönetmelikler oluşturulmuştur (Tablo 4) (Legal Cannabis, 2023).

Tablo 4: Yasal kenevir ürünleri için the sınırları (Legal Cannabis, 2023)

<i>Esrar Türü</i>	<i>THC Sınırları</i>
<i>Kurutulmuş veya Taze Kenevir</i>	Ekstra THC içeremez
<i>Yenilebilir Esrar</i>	Kap başına maksimum 10 mg
<i>Yutmak veya İnhalasyon için Kenevir</i>	Kap başına maksimum 1000 mg
<i>Topikaller</i>	Kap başına maksimum 1000 mg

Kanada ‘da 2015 yılında opioid kullanımına bağlı ölüm oranındaki ciddi artış nedeniyle önleyici bir uygulama olarak 2017 yılında psikoaktif maddelerin aşırı doz tüketimine bağlı zehirlenme durumunda acil müdahalelerde kullanılmak üzere ‘naloxone’ isimli ilaç geliştirilmiştir. Naloxone, solunum durması, sedasyon ve hipotansiyon dahil olmak üzere opioidlerin etkilerini önleyen veya tersine çeviren bir ilaç olup, aşırı doza bağlı ölümleri azaltmak için gerektiğinde herkesin kullanabilmesi için reçetesiz olarak eczanelerde satılmaktadır (Naloxone, 2017). Deri altına enjekte edilerek veya burun spreyi olarak iki farklı kullanım şekli bulunmaktadır (Naloxone, 2017). Kullanıldıktan kısa süre içerisinde (2- 3 dakika) etkisini göstermektedir fakat aksi bir durumda acil sağlık ekiplere gelene kadar tekrar tekrar kullanılması önerilmektedir (Naloxone, 2017).

Kanada’da da madde kullanımı konusunda önleyici ve bırakmayı destekleyici yardım hizmetleri ağı kurulmuştur. Ücretsiz olarak sanal toplantıların düzenlenmesi, bağımlılığı iyileştirmek için ailelere verilen bilinçlendirme eğitimleri ve grup terapilerinin düzenlenmesi gibi hizmetler düzenlenmektedir (Tablo 5) (Substance Use, 2024).

Tablo 5: Kanada bağımlılıkla mücadele yardım hizmetleri ağı orijinal alıntı (Canada Wide Services, 2024)

Kanada Yardım Hizmetleri		
<u>Cocuklara Yardım Telefonu</u>	Gençlere profesyonel danışmanlık, bilgilendirme ve yönlendirme desteği 24.Tem İngilizce ve Fransızca sanal hizmetler	1-800-668-6868 Metin 686868
<u>Uyusturucu Rehabilitasyon Hizmetleri</u>	Kanada'da uyusturucu ve alkol bağımlılığı konusunda ücretsiz, gizli profesyonel yardım ve kaynak Maddelerle ilgili destek arayan danışanlara yönelik yönlendirmeler	1-877-254-3348
<u>CAPSA Akran Desteği</u>	Ücretsiz akran kolaylaştırıcılı grup toplantıları (sanal toplantılar dahil) Maddelerle ilişkilerini sorgulayanlara yardımcı olmak için tasarlanmış kanıta dayalı uygulamalar ve araçlar Aileler, müttefikler ve profesyonellerin tümü toplantılara katılabilir	<u>Toplantı bul</u>
<u>Adsız Alkolikler</u>	İçki sorununu çözmek için bir araya gelen kişiler için ücretsiz toplantılar ve destek	<u>Yakınızdaki AA'yı bulun</u>
<u>Adsız Narkotik</u>	Uyusturucuyu bırakmak isteyen herkes için ücretsiz toplantılar (sanal dahil) ve destek üye olabilir Bu, tüm uyusturuculardan tamamen uzak durma programıdır	1-855-562-2262 <u>Toplantı bul</u>
<u>AKILLI Kurtarma</u>	Bilime dayalı, kendi kendini güçlendiren bağımlılıktan kurtulmak isteyen herkese açık ücretsiz destek toplantıları (kişisel ve sanal)	<u>Toplantı bul</u>
<u>Anneler Zararı Durduruyor – Umut Destek Grupları Oluşturuyor</u>	Bağımlılıkla (madde kullanım bozukluğu) yaşayan sevdikleri olan aileler için akran liderliğindeki ücretsiz destek grupları	<u>Bir grup bul</u>
<u>Bağımlılıktan Kurtuluş İçin Aileler</u>	Bağımlılıkla mücadele eden çocukların ailelerine, ebeveynlerine ve bakıcılarına (yaşlarına bakılmaksızın) ücretsiz akran destek hizmetleri	<u>1-855-377-6677 (Ayrıntılar)</u> Hafta içi 13:00-15:00 EST <u>Ebeveyn-Ebeveyn Desteği</u> <u>Çevrimiçi Ebeveyn Destek Grupları</u>
<u>İl ve bölgesel sigarayı bırakma hizmetleri</u>	Her il ve bölgede ücretsiz, kolay desteğe erişin Konuma bağlı olarak İngilizce ve Fransızca telefon, çevrimiçi veya metin hizmetleri Eğitimli uzmanlar danışmanlık sağlayabilir, sigarayı bırakma planının geliştirilmesine yardımcı olabilir, soruları yanıtlayabilir ve toplumunuzdaki program ve hizmetlere yönlendirmelerde bulunabilir	1-866-366-3667

Portekiz, İsviçre ve Kanada’ da farklı farklı bağımlılıkla mücadele stratejileri ve yasal kurallarını değişkenlik gösterse de dünya genelinde temel amaç kullanım oranının azalmasıdır. Bu örnek ülkelerin bağımlılıkla mücadele stratejilerini incelediğimizde; olası zararları azaltma odaklı olma, sağlık hizmetlerini erişilebilir kılma ve toplumsal bilinçlenmeyi desteklemenin önemli bir kriter olduğunu ortaya koymaktadır.

2.3. Bağımlılıkla Mücadelede İyi Uygulama Örnekleri

2.3.1. SMART Recovery

SMART Recovery (Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi), Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve dünyanın her yerindeki insanların kullanabileceği gibi bağımlılık yapan ve sorunlu davranışları olan kişileri destekleyen Rasyonel Duygusal Davranışçı Terapi (REBT) ve Bilişsel Davranışçı Terapiye (CBT) dayanan kanıtlanmış, bilgili bir kurtarma yöntemidir (Şekil 18) (SMART, 2024).



Şekil 18: SMART Recovery mobil uygulamaya ait web sayfası (SMART, 2024)

SMART Recovery, 1994 yılında ABD ‘de kurulmuş olup, 12 Adımlı bağımlılık kurtarma modülünden oluşmaktadır. Kullanıcılar çevrim içi grup toplantılarına veya terapilerine katılabilmektedirler. Uygulama ilk kurulduğu zaman 42 toplantıdan

oluşuyorken, şu an da 23 ülkede kullanıcısı bulunmakta ve içeriğinde 1500 ‘ün üzerinde grup terapileri veya toplantıları bulunmaktadır (SMART, 2024).

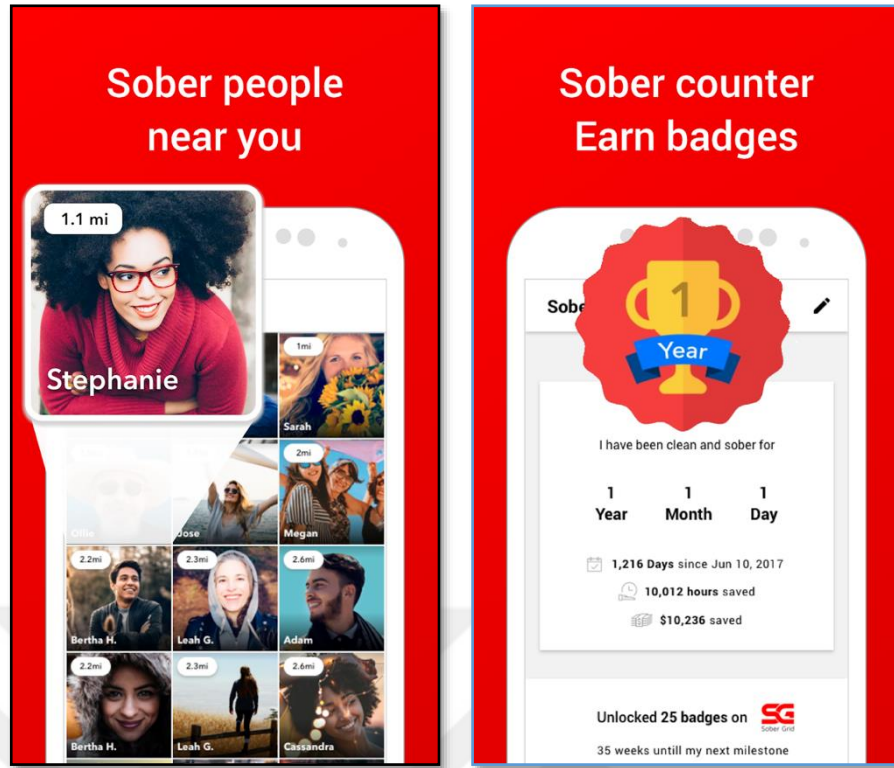


Şekil 19: SMART Recovery program temeli (SMART, 2024)

SMART Recovery 4 Noktalı Programı, bağımlılık davranışları olanlara hizmet veren bir mobil uygulamadır (SMART, 2024). Eğitimli gönüllü kolaylaştırıcılar, bu konularda etkili karşılıklı destek grubu tartışmalarına öncülük ederek; motivasyon sağlama ve sürdürme, dürtü ve istekle başa çıkma, düşünceleri, duyguları ve davranışları yönetme, dengeli bir hayat yaşama, kanıtla dayalı motivasyonel ve bilişsel davranış teorileri ile grup toplantılarını desteklemektedir.

2.3.2. Sober Grid

Sober Grid, bağımlılıktan kurtulmak isteyen kişileri, bağımlılıkla mücadele eden kişilerle sosyal etkileşimde buluşturarak bağlantı kurmasını, paylaşarak destek almasını sağlayan mobil bir uygulamadır (Sober Grid, t.y.).

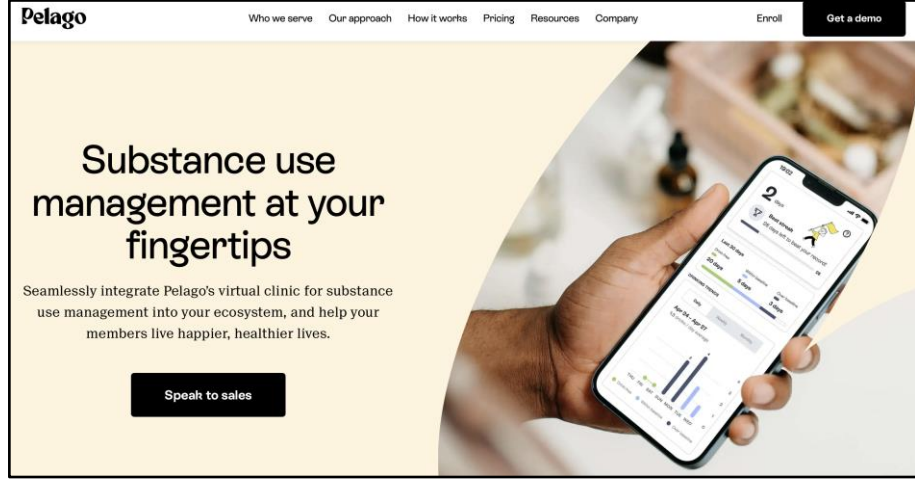


Şekil 20: Sober Grid mobil uygulama eşleşme görüntüsü (Sober Grid)

Uygulama içerisinde günlük mood takibi yapılması, aynı dili konuşan insanların bir araya gelmesi ile sohbet edecek kişileri bulabilme ve ayık kalma süresine göre rozet kazanma ve sürecin uzunluğuna göre ödüllendirilmesi ile diğer kullanıcıları teşvik etme gibi sosyal destek ve motivasyon sağlamaktadır (Şekil 20) (Sober Grid, t.y.).

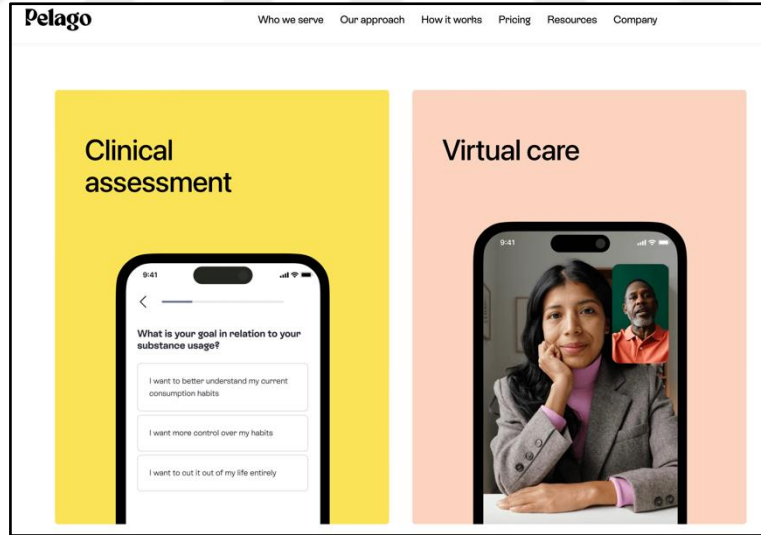
2.3.3. Pelago

Kullanıcı kişisel bilgilerine gerek duymadan kişiselleştirilmiş bir program ile gerektiğinde tıbbi destek ve rehberlik hizmeti vermek üzere geliştirilmiş bir mobil uygulamadır (Pelago, 2024). Bireysel danışmanlar ve tıbbi sağlayıcıların farklı arayüzlerle kullanabildiği uygulamada işverenlerinde MKB bulunan çalışanları için takip edebilmesini sağlamaktadır (Pelago, 2024). Uygulamada çevrim içi erişim imkânı ile 7/24 hizmet verebilmektedir ve böylece ayık kalma hedefini desteklemektedir.



Şekil 21: Pelago uygulama web sayfası tanıtımı (Pelago, 2024)

Pelago, klinik değerlendirme ve muayene, sanal bakım hizmeti, çalışanlar için erişilebilir olma imkânı, doktor önerisi ile tahlil veya tetkik takibi, bakım koordinasyonu ve sosyal paylaşım gibi destekleyici hizmet vermektedir (Şekil 22).



Şekil 22: Pelago uygulama destek arayüzleri (Pelago, 2024)



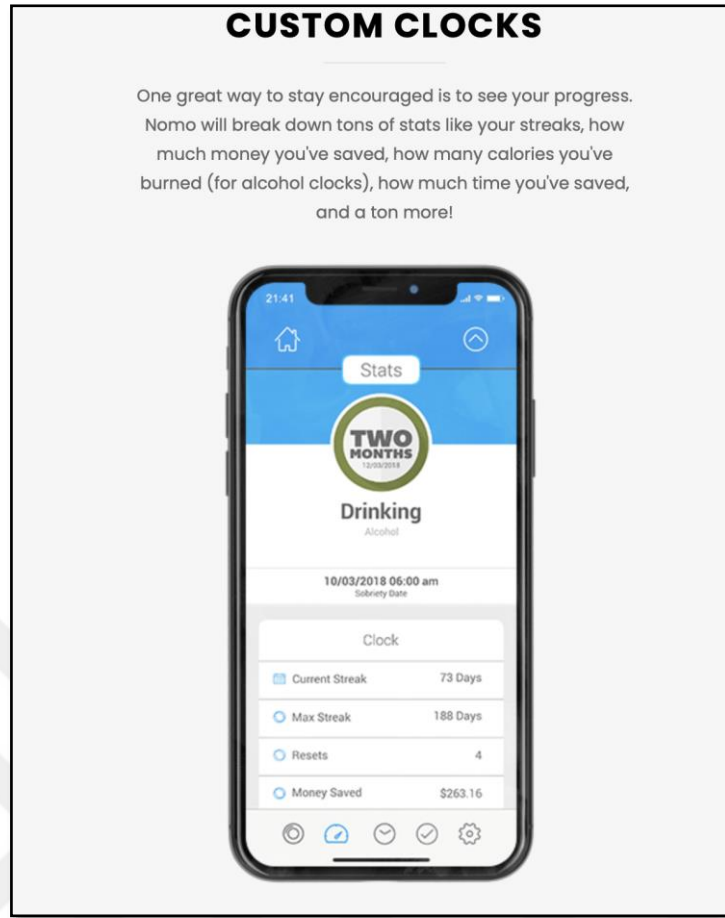
Şekil 23: Pelago kullanıcıların geri dönüşlerine göre başarı oranı (Pelago, 2024)

Uygulamanın en önemli vurgusu, her bireyin bağımlılıkla mücadele yolculuğunun kişiye özel yaklaşım gerektiğidir ve üyeliği başlayan herkesin kişisel ihtiyacına göre hazırlanan bir program nedeniyle başarı oranının yüksek olduğunu öne sürmektedir (Pelago, 2024).

2.3.4. Nomo Sobriety Clocks

Sloganı 'It's time to say No More' olan uygulama Alkol veya MKB ile mücadele eden kişilerin arınma sürecinde ayık kalma sürelerini; saat, dakika, saniye olarak sayarak uzak kaldıkça motivasyonu artıran mesajlar iletmektedir (Nomo, 2018)

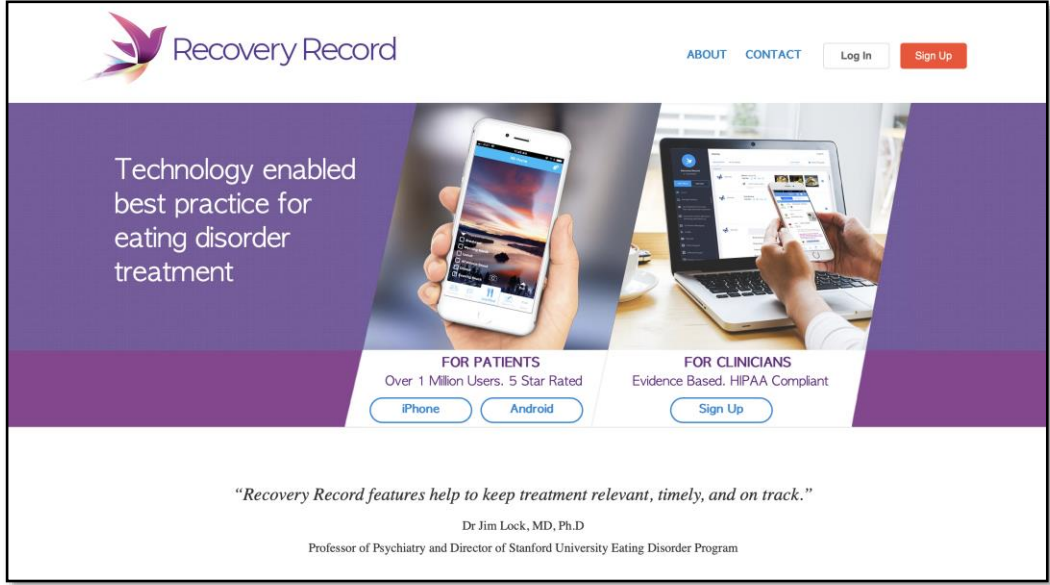
Ayık kalmaya bağlı olarak kazanılan saatler ile uygulama üzerinden sohbet edebilme, danışmanlarla görüşebilme gibi hizmetler sunmaktadır. Ayrıca, kazanılan saatleri arkadaşlarınızla da paylaşma imkânı ile başkalarını da teşvik etmektedir.



Şekil 24: Nomo ayık kalma sayaç görüntüsü (Nomo, 2018)

2.3.5. Recovery Record

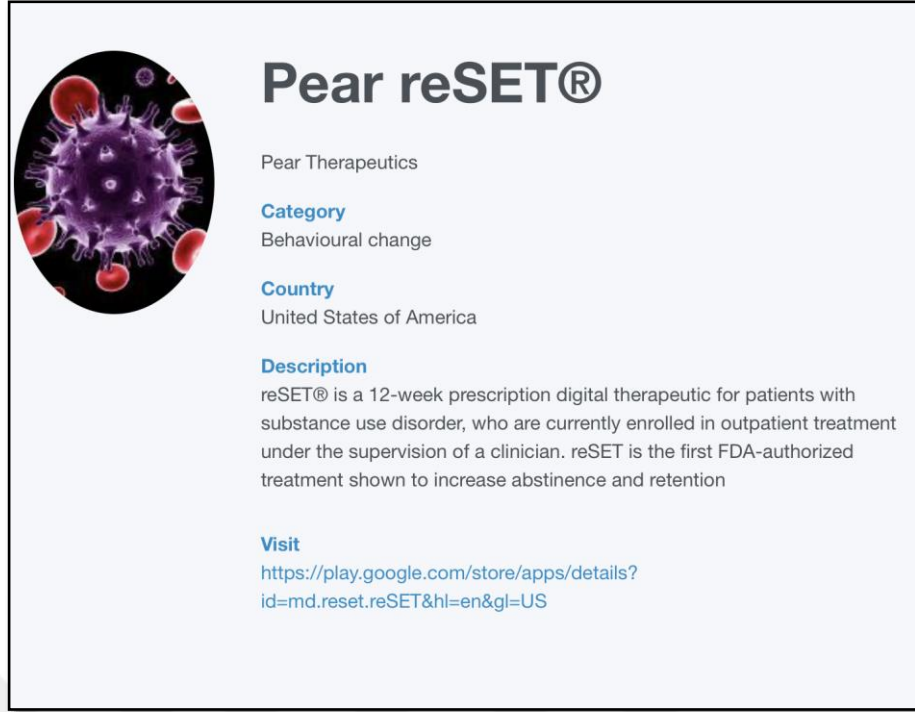
Bağımlılıkla mücadele eden kişilerin günlük rutinlerini takip ederek, ayık kalma kabiliyetlerini güvenli mesajlarla motive ederek destekleyen ve istatistik olarak sunan ve multidisiplin sağlık profesyonellerini bir araya getiren mobil uygulamadır (Recovery Record, 2024).



Şekil 25: Recovery Record uygulama web sayfası (Recovery Record, 2024)

2.3.6. Pear ReSET

Alkol veya MKB tedavisinde nörodavranışçı terapi yöntemi ile çevrimiçi destek sağlayan mobil bir uygulamadır. Kullanımı Amerika ile sınırlı olan uygulama ile 12 haftalık bir takip sistemi ile MKB olan kişilerin hekim gözetiminde tıbbi destek aldığı, ilaçlarını reçetelendirebildiği, ayakta tedaviye mobil bir uygulamayla erişebilme imkânı sağlamaktadır (Pear Reset, 2023).



Şekil 26: Pear Reset web sayfası görüntüsü (Pear Reset, 2023)

2.3.7. Adsız Alkolikler

Alkol bağımlılığı ile mücadele edenleri bir araya getirerek deneyimlerini paylaşma, birlik içerisinde sorunları çözebilmek ve umut aşılayabilmek için bir araya gelen gönüllü olan kişilerin oluşturduğu topluluk olarak tanımlanabilmektedir (AA, 1935). Adsız Alkolikler'in temeli 1935 yılında New York'ta atılmış olup, dünya genelinde ismini duyurmayı ve büyümeyi başarmış bir sivil toplum kuruluşudur (AA, 1935). Alkolizm tedavisinde fiziksel ve ruhsal iyileşme için periyodik olarak düzenlenen grup toplantılarına üyelerin katılması beklenmektedir. Toplantıların temel amacında ise Adsız Alkolikler tarafından geliştirilmiş olan 12 basamaklı ilkenin hayata entegre edilmesi yer almaktadır.



Şekil 27: Adsız Alkolikler Türkiye web sayfası (AA Türkiye, 2001)

Dünya genelinde 178 ülkede kabul gördüğü, 100.000'nin üzerinde grubu barındırdığı ve 3.000.000'nun üzerinde üyeye sahip olduğu düşünülmektedir (AA Türkiye, 2001). Türkiye'de de 1988 yılından itibaren gönüllü kişilerden oluşmakta, alkol sorunu olan ve bırakmayı arzulayan kişilere destek vermektedir. 1988 yılında Ege Üniversitesi Psikiyatri bölümünün öncülüğünde Türkiye'de ilk adımları atılmış olup, 1992 ve 2009 yılları arasında birçok ilde grupları kurulmuştur. Türkiye'de belirli illerde oluşturulan toplantı grupları, zamanı, adres ve iletişim bilgileri katılmak isteyen herkesin erişimine açık olarak sunulmaktadır (AA Türkiye, 2001).

2.3.8. Uyuşturucu ile Mücadele Aplikasyonu (UYUMA)

2018 yılında İçişleri Bakanlığı ve Emniyet Genel Müdürlüğü (EGM) iş birliği ile Türkiye 'de temeli atılan projenin çıktısı olarak mobil bir uygulama geliştirilmiştir. UYUMA, mobil uygulaması ile toplumsal bilinçlenme ve farkındalık amaçlanmış olup, uyuşturucu ile temas durumunda veya şahitlik edilmesi durumunda ihbar etme ve rehber kaynaklara ulaşma imkânı sağlamaktadır (UYUMA, 2018).



Şekil 28. UYUMA mobil uygulama tanıtım broşürü (UYUMA, 2018)

Uygulamanın en önemli etkinliği ise uyuşturucu kullanımının temel lokasyonu olan sokaklarda satışını engellemek amacıyla durumu farkeden tüm kişilerin kimlik bilgileri gizliliği korunarak EGM ‘ne ihbar edebilme özgürlüğü sağlamasıdır. Böylece, en yakın emniyet birimleri anında müdahale ederek, uyuşturucu madde ticareti sınırlandırılmış olacaktır (UYUMA, 2018).

2.4. Alkol veya Madde Kullanım Bozukluğu Tanısı Koyulmuş Kişilerde Yaşam ve Psikolojik Uyum

Bağımlılıkla mücadele sürecinde yapılan araştırmalar ve bilimsel gelişmeler incelendiğinde süreç içerisinde kişilerin en temel ihtiyacının sosyal ve psikolojik uyum sağlamak olduğunu göstermektedir. Bağımlılıktan kurtulma sürecinde sağlıklı bir

sosyal çevre içerisinde bulunmak, yalnızlığa itilmiş izole bir yaşamdan daha etkili olmaktadır. Çünkü, MKB ‘nın bir beyin hastalığı olduğunun bilinmesi, iyileşme inancı ve toplum içerisinde sosyal statü kaybı yaşanmaması kişilerin tedavi olma motivasyonunu arttırmaktadır.

MKB tanısı koyulmuş kişilerin tedavi süresince; ailesi ve sosyal çevresi tarafından gördüğü destek ve motivasyon, yaşam tarzını değiştirme konusunda hevesli olmasını sağlayacaktır. Bağımlılığın özellikle beyinde haz ve duygu merkezini etkileyen bir hastalık olduğu düşünüldüğünde arınma sürecinde bu duygusal boşluk hissini doldurmak için sosyal ve yakın çevrenin etkisi önemli rol oynamaktadır. Böylece, taşıdığı duygusal yükü hafifleterek sağlıklı iletişim becerileri geliştirmesini sağlayacak ve kabul gördüğü sosyal ortamın olması, mücadele direncini arttırmasına yardımcı olacaktır.

MKB veya alkolizm ile mücadele eden kişilerin aile ve sosyal çevresi ile iş birlikçi yaklaşımı tedavi sürecinde önemli bir etkiye sahip olmaktadır. Kısaca, alkol veya madde bağımlılığı bireysel olarak başlamış olsa da sosyal çevre (aile, arkadaş, iş vb.) ile bütünsel olarak yürütülmesi bireyin hayatına kaldığı yerden devam edebilmesinde olumlu katkı sağlayacaktır.

AMATEM, ERAM ve ÇEMATEM’lere ayakta veya yatarak tedavi görmek için başvuran kişilerin bağımlılıkla mücadele süreci, yalnızca tıbbi destek ile sınırlı kalmamaktadır. Bu merkezlerde tıbbi destek ile ‘her güne bir aktivite’ sloganıyla yeni yaşam tarzı belirleme ve sosyal aktiviteler geliştirme konusunda tamamlayıcı multi disiplin bir tedavi uygulanmaktadır. Ayrıca, ERAM ve AMATEM’ lerde rehabilitasyon sürecine geçen kişilerin uygun olması durumunda işe yerleştirilmesi, hayatlarını kazanabilmesi gibi imkanlar sağlanmaktadır.

Bu doktora tezi araştırması ile alkol veya MKB tanısı koyulmuş kişilerin fark edilmesi durumunda herhangi bir işte istihdam ediliyor ise tedaviye teşvik edilerek çalışma saatlerinin düzenlenmesi ve sosyal dışlanma yerine toplumsal kabul görmesi konusu vurgulanmak istenmiştir. Böylece, içinde bulunulan durumun bir hastalık süreci olduğu ve iyileşme evresinin kabul edilmesi, inancı daha kolay algılanabilecektir.

Literatür de yapılan araştırmalar ve geliştirilen aplikasyonlar incelendiğinde Alkol ve MKB tanısı koyulmuş kişilerin tedavi sürecinde sosyal çevreye, sohbet etmeye ve dışardan motive desteği görmeye ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır. Geliştirilmiş olan aplikasyonların çoğu sadece tıbbi destek ile sınırlı kalmamıştır. Bu doktora tezi çıktısı olarak geliştirilmesi planlanan mobil uygulama ile bağımlılıkla mücadele eden bireylerin sosyal ve psikolojik motivasyonlarının desteklenmesi ve aynı zamanda işvereni veya ailesi gibi sosyal çevresi tarafından rızası ile gösterdiği çabanın takip edilmesi amaçlanmıştır. Böylece, alkol veya MKB tanısı koyulmuş kişilerin iyileşme sürecini herhangi bir işten veya sosyal çevreden uzaklaştırılmadan tamamlayabilmesi, psikolojik uyumunun desteklenmesi hedeflenmiştir. Ayrıca, alkol veya MKB tanısı koyulmuş kişilerin tedavi veya bağımlılıkla mücadele süreci devam ederken, sosyal ve psikolojik beklentileri hakkında farkındalık kazanabilmek için yaşam memnuniyet ölçekleri uygulanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Alkol veya MKB tanısı koyulmuş kişilerin bağımlılıkla mücadele süreçlerini kapsamlı tanımlamaya yönelik literatür araştırması ve içerik analizleri yapılmıştır. Bu doktora tezi çalışmasında iki farklı yöntem kullanılmıştır. Birinci yöntem ile Alkol veya MKB tanısı koyulmuş kişilerin tedavi sürecindeki memnuniyet düzeylerini inceleyerek, istatistiksel olarak açıklayabilmek için nicel betimleyici araştırma tipinden faydalanılmıştır. İkinci yöntem ise bağımlılıkla mücadele eden kişilerin tedavi süreçlerini desteklemek için geliştirilmek üzere mobil takip sistemi aplikasyonu modellenmiştir.

Araştırmanın istatistik veri kaynağını sağlayan yapılandırılmış görüşme tekniği soruları DSÖ tarafından yayınlanmış olan Yaşam Memnuniyet Ölçeği (WHOQOL) kullanılmıştır. Ölçek 7 'si sosyo demografik olmak üzere toplam 34 sorudan oluşmaktadır.

Araştırma da kullanılan diğer yöntem mobil takip sistemi aplikasyonu için uygun yazılım dili belirlenerek modelleme yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Modeli

İstatistik verileri için Türkiye’de hizmet veren AMATEM’ lere ayakta veya yatarak tedavi için başvuran kişilerin formları doldurması ile araştırma verileri elde edilmiştir. Görüşme soruları ile elde edilen veriler istatistiksel yöntemler ile incelenmiştir. Bu incelemelere göre oluşturulan hipotezler üzerinde sonuçlar belirtilmiştir.

AMATEM ‘lerde veya STK’ larda hizmet veren sağlık profesyonelleri ve uzman kişiler ile yapılan yüz yüze görüşmeler bilimsel bulgulara göre değerlendirilerek, mobil takip sistemi aplikasyonu modellemek için gerekli parametreler belirlenmiştir.

3.2.1. Hipotezler

Araştırmanın hipotezi: Alkol veya Madde tanısı koyulmuş kişilere uygulanan yaşam memnuniyet ölçeklerinin mobil uygulama modellenmesinde etkisi bulunmaktadır.

Alkol veya MKB tanısı koyulmuş kişiler ile yapılan görüşmelere göre belirlenen **istatistiksel test hipotezleri** ise aşağıdaki gibi Hipotez 1'den Hipotez 35'e kadar sıralanmıştır.

1) İstatistiksel Test Hipotez 1: Cinsiyet ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H₁₀: Cinsiyet ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H₁₁: Cinsiyet ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

2) İstatistiksel Test Hipotez 2: Cinsiyete ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H₂₀: Cinsiyet ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H₂₁: Cinsiyet ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

3) İstatistiksel Test Hipotez 3: Cinsiyete ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H₃₀: Cinsiyete ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H3₁: Cinsiyete ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

- 4) **İstatistiksel Test Hipotez 4:** Cinsiyete ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H4₀: Cinsiyete ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H4₁: Cinsiyete ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

- 5) **İstatistiksel Test Hipotez 5:** Cinsiyete ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H5₀: Cinsiyete ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H5₁: Cinsiyete ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

- 6) **İstatistiksel Test Hipotez 6:** Yaş grubu ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H6₀: Yaş grubu ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H6₁: Yaş grubu ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

- 7) **İstatistiksel Test Hipotez 7:** Yaş grubu ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H7₀: Yaş grubu ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H7₁: Yaş grubu ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

8) İstatistiksel Test Hipotez 8: Yaş grubu ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H8₀: Yaş grubu ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H8₁: Yaş grubu ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

9) İstatistiksel Test Hipotez 9: Yaş grubu ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H9₀: Yaş grubu ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H9₁: Yaş grubu ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

10) İstatistiksel Test Hipotez 10: Yaş grubu ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H10₀: Yaş grubu ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H10₁: Yaş grubu ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

11) İstatistiksel Test Hipotez 11: Eğitim düzeyi ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H11₀: Eğitim düzeyi ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H11₁: Eğitim düzeyi ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

12) İstatistiksel Test Hipotez 12: Eğitim düzeyi ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H12₀: Eğitim düzeyi ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H12₁: Eğitim düzeyi ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

13) İstatistiksel Test Hipotez 13: Eğitim düzeyi ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H13₀: Eğitim düzeyi ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H13₁: Eğitim düzeyi ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

14) İstatistiksel Test Hipotez 14: Eğitim düzeyi ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H14₀: Eğitim düzeyi ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H14₁: Eğitim düzeyi ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

15) İstatistiksel Test Hipotez 15: Eğitim düzeyi ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H15₀: Eğitim düzeyi ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H15₁: Eğitim düzeyi ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

16) İstatistiksel Test Hipotez 16: Çalışma durumu ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H16₀: Çalışma durumu ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H16₁: Çalışma durumu ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

17) İstatistiksel Test Hipotez 17: Çalışma durumu ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H17₀: Çalışma durumu ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H17₁: Çalışma durumu ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

18) İstatistiksel Test Hipotez 18: Çalışma durumu ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H18₀: Çalışma durumu ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H18₁: Çalışma durumu ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

19) İstatistiksel Test Hipotez 19: Çalışma durumu ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H19₀: Çalışma durumu ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H19₁: Çalışma durumu ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

20) İstatistiksel Test Hipotez 20: Çalışma durumu ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H20₀: Çalışma durumu ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H20₁: Çalışma durumu ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

21) İstatistiksel Test Hipotez 21: Medeni hali ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H21₀: Medeni hali ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H21₁: Medeni hali ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

22) İstatistiksel Test Hipotez 22: Medeni hali ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H22₀: Medeni hali ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H22₁: Medeni hali ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

23) İstatistiksel Test Hipotez 23: Medeni hali ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H23₀: Medeni hali ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H23₁: Medeni hali ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

24) İstatistiksel Test Hipotez 24: Medeni hali ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H24₀: Medeni hali ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H24₁: Medeni hali ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

25) İstatistiksel Test Hipotez 25: Medeni hali ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H25₀: Medeni hali ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H25₁: Medeni hali ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

26) İstatistiksel Test Hipotez 26: Bağımlılık türü ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H26₀: Bağımlılık türü ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H26₁: Bağımlılık türü ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

27) İstatistiksel Test Hipotez 27: Bağımlılık türü ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H27₀: Bağımlılık türü ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H27₁: Bağımlılık türü ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

28) İstatistiksel Test Hipotez 28: Bağımlılık türü ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H28₀: Bağımlılık türü ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H28₁: Bağımlılık türü ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

29) İstatistiksel Test Hipotez 29: Bağımlılık türü ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H29₀: Bağımlılık türü ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H29₁: Bağımlılık türü ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

30) İstatistiksel Test Hipotez 30: Bağımlılık türü ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H30₀: Bağımlılık türü ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H30₁: Bağımlılık türü ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

31) İstatistiksel Test Hipotez 31: Dikkat eksikliği tanısı ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H31₀: Dikkat eksikliği tanısı ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H31₁: Dikkat eksikliği tanısı ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

32) İstatistiksel Test Hipotez 32: Dikkat eksikliği tanısı ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H32₀: Dikkat eksikliği tanısı ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H32₁: Dikkat eksikliği tanısı ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

33) İstatistiksel Test Hipotez 33: Dikkat eksikliği tanısı ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H33₀: Dikkat eksikliği tanısı ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H33₁: Dikkat eksikliği tanısı ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

34) İstatistiksel Test Hipotez 34: Dikkat eksikliği tanısı ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H34₀: Dikkat eksikliği tanısı ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H34₁: Dikkat eksikliği tanısı ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

35) İstatistiksel Test Hipotez 35: Dikkat eksikliği tanısı ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

H35₀: Dikkat eksikliği tanısı ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

H35₁: Dikkat eksikliği tanısı ile çevreden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmada kullanılan yaşam memnuniyet ölçekleri 2023-2024 yıllarında Türkiye’de Sağlık Bakanlığına bağlı hizmet veren 2 AMATEM kliniği, 1 ERAM merkezleri ve 1 STK ziyaret edilerek gözlem ve incelemeler yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evreni olarak Türkiye’de Sağlık Bakanlığına bağlı hizmet veren tüm AMATEM’ler olarak belirlenmiştir.

Araştırma Örneklemi araştırma iznini kabul edip, onaylayan hastaneler belirleyici olmuştur. Bu amaçla ilk olarak ‘‘Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’na’’ başvurularak, 61351342/ARALIK 2022-42 sayılı karar ile 30.12.2022 tarihinde etik açıdan uygunluk onayı alınmıştır (EK-1). Sonrasında Türkiye ‘de Sağlık Bakanlığına bağlı hizmet veren sağlık kurumlarında araştırma çalışmaları için kamu hastanelerinin bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlüğü’ne; özel sağlık kurumları için ise her kurumun araştırma geliştirme birimine gerekli evraklar ile başvurulması gerekmektedir. Başvurusu yapılan ve araştırma onayı veren sağlık kurumları ve onay tarihleri Tablo 6.’ da verildiği gibidir ve onay formları EK-1’ de verilmiştir.

Tablo 6: Araştırma örnekleme belirleme

Araştırma Onayı Alınan Sağlık Kurumları	Onay Tarihi
1. NPIstanbul Hastanesi NPAMATEM Bağımlılık Merkezi	5.01.2023
2. Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	16.03.2023
3. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’ne Bağlı Kamu Hastaneleri	20.06.2023

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ERAM, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM ve NPISTANBUL Beyin Hastanesi NPAMATEM Bağımlılık Merkezi olarak belirlenmiş olup, evren içerisinde alkolizm veya MKB

nedeniyle ayakta veya yatarak tedavi görmek için hastaneye başvuran 18 yaş ve üzeri kız veya erkek olmak üzere toplam 389 kişi araştırma örneklemini oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada 34 sorudan oluşan yaşam memnuniyet ölçek formları kullanılarak, kişilerin 5’li likert ölçeğine göre en yakın gördükleri yanıtı işaretlemeleri beklenmiştir. Katılımcılar tarafından anket formlarında yer alan Çok Kötü/Biraz Kötü/Ne İyi, Ne kötü/Oldukça İyi/Çok İyi ölçeklerinden seçtikleri yanıtlara göre istatistiksel analizler yapılmıştır (EK-1).

Mobil takip sistemi uygulamasını modellemek için alanında uzman veya sağlık profesyoneli olarak görev yapan ve yazılım konusunda teknolojik yeniliklere hâkim ve tecrübeli kişiler ile görüşmeler yapılarak algoritmalar oluşturulmaya çalışılmış ve yeni nesil gelişmelere entegrasyonu hakkında gerekli parametreler belirlenmiştir.

3.6.Verilerin Analizi

3.6.1. İstatistiksel analiz

İstatistiksel analizler için BM SPSS Statistics ver.24 paket programı ile Microsoft Office EXCEL programlarından faydalanılmıştır. Araştırma örneklemini oluşturan 391 kişiye uygulanan ölçeklerden elde edilen veriler önce sınıflandırılmış daha sonra aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varlığı incelenmiş ve tüm veriler Ki-Kare Bağımsızlık Testi ile değerlendirilmiştir.

3.6.1.1. Ki-Kare testi (Chi-Kare testi)

1900’lü yıllarda Karl Pearson tarafından geliştirilmiş olup, sayısal olmayan değişkenler arasındaki ilişkinin varlığını tespit etmek için uygulanmaktadır (Güngör

ve Bulut, 2008). Bu test uygulanırken öncelikle bir kontenjans tablosunun oluşturulması gerekmektedir.

Kontenjans tablosu, karşılaştırılan iki değişkenin sıklarına gözlenen frekans değerlerinin yazılması ile elde edilir. Aralarında ilişki olduğu düşünülen değişkenlerin frekansı r (sıra), ikinci değişkenin frekansı c (sütun) olmak üzere 'rxc' boyutunda tablo oluşturulur ve sıra- sütun kesiştiği alanlara frekanslar aktararak değerlendirme yapılır (Seyrekoğlu, 2017).

Tablo 7: İki değişkenin bağımsız gözlemlerinin sınıflandırılması (Güngör ve Bulut, 2008)

Birinci sınıflandırma kriteri	İkinci sınıflandırma kriteri				
	Kategori 1	Kategori 2	...	Kategori c	Toplam
Kategori 1	G_{11}	G_{12}	...	G_{1c}	$n_{1.}$
...	...	...	...	...	...
Kategori r	G_{r1}	G_{r2}	...	G_{rc}	$n_{r.}$
Toplam	$n_{.1}$	$n_{.2}$	...	$n_{.c}$	n

Ki-kare testinde değerler, sıfır ile artı sonsuz arasında değerler alan sürekli bir dağılımdır ve sağ tarafa doğru tek kuyrukludur. Serbestlik derecesine göre karakterize edilmektedir (Güngör ve Bulut, 2008). Oluşturulan hipotezlere göre karşılaştırmalar yapılır. H_0 : Sıfır hipotezi olarak ifade edilir ve iki değişken arasında bir ilişki olmadığı anlamı taşımaktadır. H_1 : Karşıt hipotez olarak ifade edilir ve iki değişken arasında bir ilişki olduğu anlamı taşımaktadır.

Ki-Kare testi uygulanırken aşağıdaki aşamalar gerçekleştirilmektedir (Açık Kemaloğlu ve Köksal Babacan, 2022).

Birinci Adım:

Hipotezlerin oluşturulmasıdır.

İkinci Adım:

Beklenen ve gözlenen frekans değerlerinin hesaplanmasıdır.

Üçüncü Adım:

Ki-Kare değerinin hesaplanmasıdır. Tüm ölçeklerin bulunduğu excel tablolarını kaynak olarak kullanarak aşağıdaki denklemden faydalanmaktadır.

$$\chi^2 = \sum \frac{(G-B)^2}{B} \quad (1)$$

$$\chi^2 = Ki - Kare$$

G: Gözlenen Frekans

B: Beklenen Frekans

Hipotezlere göre gruplar arasındaki farklılığın nedenini araştırmak için χ^2 değerleri her bir satır için hesaplandıktan sonra toplanır ve toplam χ^2 değeri elde edilir.

Dördüncü Adım:

Yanılma olasılığının $\alpha = 0.05$ olarak seçilmesidir.

Beşinci Adım:

Serbestlik derecesinin hesaplanmasıdır.

$$Sd = (\text{Satır Sayısı} - 1) \times (\text{Kolon Sayısı} - 1) \quad (2)$$

Altıncı Adım:

$\alpha = 0.05$ değerine ve Sd değerine göre tablo değerinin okunmasıdır.

Yedinci Adım:

Hesaplanan ve tablodan okunan değerlerin karşılaştırılmasıdır. Bu aşamada eğer hesaplanan χ^2 değeri, tabloda okunan χ^2 değerinden büyük ise H_0 hipotezinin reddedildiği anlamı taşımaktadır.

Sekizinci Adım:

Oluşturulan hipotezin red veya kabul olması ile ilgili karar verilmesi bu aşamada gerçekleştirilir. Sıfır hipotezi eğer kabul ediliyorsa, değişkenlerin birbirinden bağımsız olduğunu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı anlamı taşımaktadır.

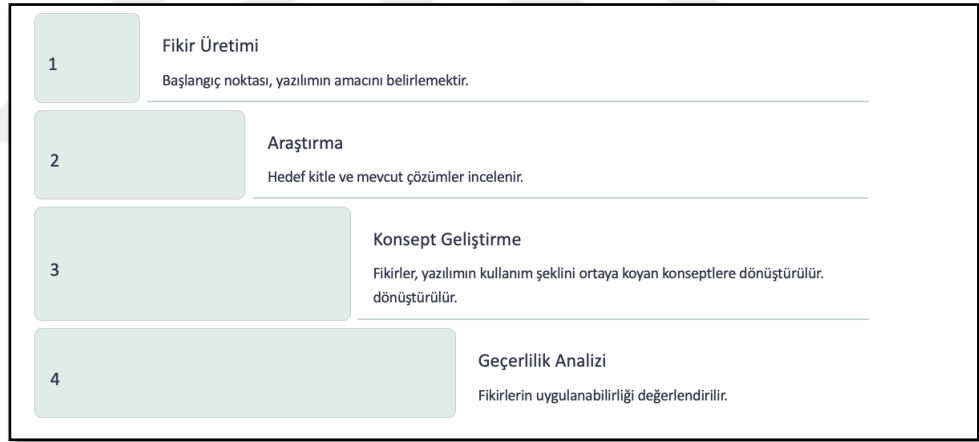
Ki-kare testi için gerekli tüm bu aşamalar IBM SPSS ver.24 analiz paket programında hesaplanmış ve veri kaynak tabloları Microsoft Excel 2010 programında oluşturulmuştur.

3.6.2. Mobil yazılım geliştirme

Alkol veya MKB tanısı koyulmuş kişilerin bağımlılıktan kurtulma sürecinde tedavi katılımlarını destekleyen, motivasyonlarını koruyan/yükselten mobil uygulama uygulaması modellenmeye çalışılmıştır. Mobil uygulamanın yazılım desteği konusunda Arge 360 firmasından teknik destek alınmıştır.

3.6.2.1 Mobil uygulamanın ön aşaması

Uygulamanın hitap ettiği hedef kitle, uygulamanın hizmet türü ve kullanıcı ihtiyaçlarını karşılayabilme düzeyi gibi 4 temel aşamaya dayanarak ön analizler yapılmıştır (Şekil 29).



Şekil 29: Mobil uygulamanın hazırlık aşaması evreleri

3.6.2.2. Planlama ve proje yönetimi aşaması

Proje kapsamı, Proje Ekibi Belirleme, Planlama ve Zaman Cetveli Oluşturma, Gerekli Kaynak Listesi, İletişim ve İş Birliği olmak üzere 5 aşamadan oluşmaktadır.

Proje Kapsamı: Mobil uygulamanın amaçları, hedef kitlesi ve temel işlevlerinin belirlendiği aşamadır.

Proje Ekibi Belirleme: Mobil uygulamanın teknik geliştirilmesine katkıda bulunacak geliştiriciler, tasarımcılar, test uzmanları ve proje yöneticileri gibi gerekli uzmanlık alanlarına sahip kişilerin bir araya toplanarak ekibin oluşturulduğu aşamadır.

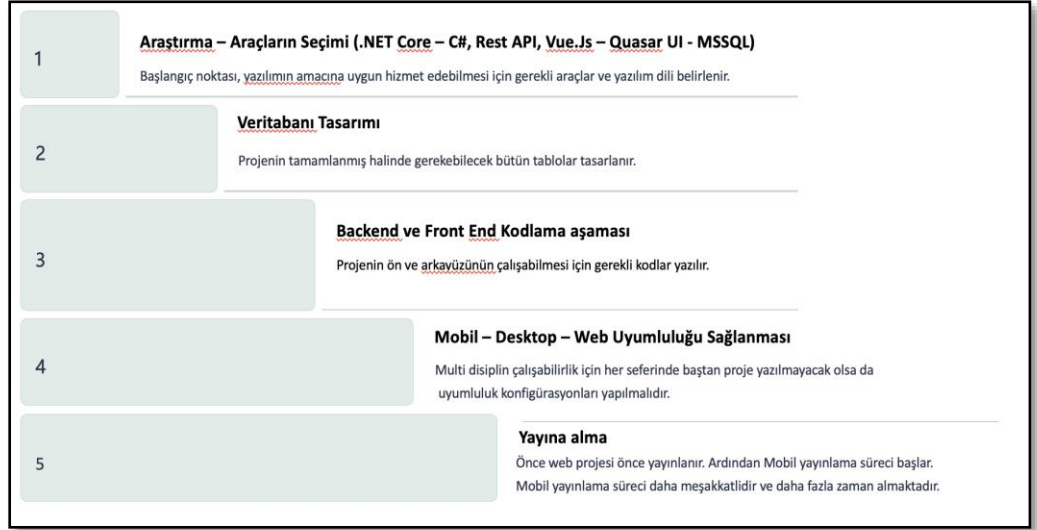
Planlama ve Zaman Cetveli Oluşturma: Gerçekleşmesi beklenen her aşama için görev tanımlarının yapıldığı ve uzmanların atanarak zaman çizelgesinin oluşturulduğu aşamadır.

Gerekli Kaynak Listesi: Mobil uygulamanın yazılımının geliştirilmesinde gerekli donanım, yazılım bilgi düzeyi ve uzman sayısı gibi teknik destek ihtiyaçlarının belirlendiği, bütçe ve risk analizlerinin yapıldığı aşamadır.

İletişim ve İş Birliği: Proje ekibinin süreç içerisinde alınan kararlar, uygulama ve proje ilerleyişi hakkında bilgi sahibi olduğu iletişim kanalının oluşturulduğu aşamadır.

3.6.2.3. Proje tasarımı ve analiz aşaması

Proje Araştırma Araçlarının Seçimi, Veritabanı Tasarımı, Backend ve Front End Kodlama, Mobil, Desktop, Web Uyumluluğu Sağlanması ve Yayına Alma olmak üzere 5 aşamadan oluşmaktadır (Şekil 30).



Şekil 30: Mobil uygulama tasarım aşamaları

Proje Araştırma Araçlarının Seçimi: Uygulamanın başlangıç noktası ve hedeflenen amaca hizmet edebilmesi için *‘.NET Core – C#, Rest API, Vue.js – Quasar UI – MSSQL’* yazılım dilleri arasından en ideal olanının seçildiği aşamadır.

Veritabanı Tasarımı: Tedavi takip sürecinde veri akışını sağlayacak gerekli bilgi ve kaynak tablolarının oluşturulduğu aşamadır.

Backend ve Front End Kodlama Aşaması: Mobil uygulamanın ön ve arka yüzünün etkili şekilde çalışması için gerekli yazılım kodlamalarının yapıldığı aşamadır.

Mobil, Desktop, Web Uyumluluğu Sağlanması: Güncel teknolojik uyumu sağlayacak şekilde uygulamanın her platformda kullanılmasını sağlayacak multidisiplin çalışmanın sağlandığı ve uyumluluk konfigürasyonlarının yapıldığı aşamadır.

Yayına Alma: Geliştirilen mobil uygulamanın hazır hale geldikten sonra kullanıcı ile buluşmaya başlayacağı platformların sırasının belirlendiği aşamadır. Örneğin; önce Web, sonra Mobil olarak yayınlanması gibi...

3.6.2.4 Proje araçlarının seçimi ve değerlendirilmesi

3.6.2.4.A Quasar UI Framework

Mobil uygulamanın Frontend kısmında kullanılmak üzere seçilen araçtır. Quasar UI Framework seçilmesinin sebebi hem masaüstü hem de mobil cihazlarla uyumlu uygulamalar geliştirmeyi kolaylaştırmaktadır. Aynı zamanda çok sayıda önceden tanımlanmış zengin bileşen kütüphanesi ve optimize edilmiş bir kullanıcı deneyimi sunmaktadır (Quasar, 2015)

3.6.2.4.B NET Core (C#)

Mobil uygulamanın Backend kısmında kullanılmak üzere seçilen araçtır. Windows, macOS, Linus gibi farklı platformlarda kullanıma uygun olmakla birlikte modüler yapısı sayesinde ihtiyaca yönelik bileşenleri ekleyerek, yüksek performanslı web uygulamaları geliştirmeyi mümkün kılmaktadır (ASP.NET Core, 2024).

3.6.2.4.C RESTful API

Mobil uygulamanın Backend ve Frontend kısmında kullanılmak üzere seçilen araçtır. Esnek ve ölçeklenebilir olması ile istemci ve sunucu bağımsız çalışabilir ve farklı platformlarda ve dillerde kullanımını kolaylaştırmaktadır (RESTful API, 2023). Kısaca, internet üzerinde iki farklı platform arasında güvenli bilgi alışverişini sağlamaktadır (RESTful API, 2023).

3.6.2.4.D Vue.js

Mobil uygulamanın Frontend kısmında kullanılmak üzere seçilen araçtır. Vue.js veri değişikliklerine anında tepki vermesiyle dinamik kullanıcı arayüzleri oluşturmayı kolaylaştırmaktadır ve iyi bir dökümantasyona sahiptir (Vue, 2024).

3.6.2.4.E MSSQL (Microsoft SQL Server)

Mobil uygulamanın Database kısmında kullanılmak üzere seçilen araçtır. MSSQL, gelişmiş güvenlik özellikleri sunmakla birlikte büyük ölçekli veritabanları ile optimize edilmiştir. Microsoft uygulamaları ile tam uyumlu çalışmaktadır (SQL, 2022).

3.6.2.4.F Proje uyumluluğu seçimleri

Mobil uygulamanın uyumluluk süreci; güncel teknolojiye uyumlu, kullanıcı dostu olmasını desteklemesi için .Net Core, Vue.js ve Quasar Framework birleşimi ile desteklenmiştir. Mobil uygulamanın performansının geliştirilmesinde .Net Core ve MSSQL birleşimi ile güvenilir bir backend sağlanmıştır. REST API ile farklı platformlara kolay entegre edilebilirliği; Vue.js ve Quasar UI Framework ile hızlı ve etkili frontend geliştirilmesi amaçlanmıştır. Kısaca, geliştirilmek istenen mobil uygulamanın gereksinimlerini karşılayan, süreci hızlandırmaya yardımcı ve kullanıcı deneyimini destekleyen araçlar seçilmiştir.

3.6.2.8. Uygulama arayüzlerinin planlanması

Mobil uygulamada planlanan arayüzleri ve içerdikleri kullanım veya erişim listeleri Şekil 31’ de verildiği gibidir.



İşveren / Vekili	Aile / Arkadaş	Kullanıcı	Sağlık Temsilcisi	Program Yöneticisi
Giriş	Giriş	Giriş	Giriş	Giriş
Çalışan Talep Kabul etme	Aile Onayı / Arkadaş Onayı	Destekçi Talep Etme	Sağlık Temsilciliği Onayı	Kullanıcı listesi * Sağlıkçılar * Aileler * Arkadaşlar * İşveren/Vekilleri
Çalışan listesi	Kullanıcı Listesi	Onaylı Destekçi Listesi	Kullanıcı listesi	İşveren Listesi * Çalışan Listeleri
Çalışan Detayı	İzlem Soruları	Modül Sorularını Cevapla	Kullanıcı Detayı	Aile/Arkadaş Listesi * Bağlı Kullanıcılar
Profil Sayfası	Kullanıcı Detayı	Günlük Soruları Cevapla	Kullanıcı cevaplarını inceleme	Sağlık Temsilcileri listesi * Bağlı Kullanıcılar
Bildirimler	Profil Sayfası	Profil Sayfası	Kullanıcıya duyuru gönderme	Modüller
Çıkış	Bildirimler	Durumum	Kullanıcıya ait durum tespiti	Bölümler
Takvim	Çıkış	Bildirimler	oluşturma	Sorular
KVKK Onaylama	Takvim	Çıkış	Bildirimler	Cevaplar
	KVKK Onaylama	Takvim	Profil	Kullanıcıya Rol Ataması (Kullanıcı/Aile/Arkadaş/İşveren&Vekili/Sağlık Temsilcisi)
		KVKK Onaylama	Çıkış	Bildirimler
			Takvim	Profil
			KVKK Onaylama	Çıkış
				Takvim
				KVKK Metni Düzenleme
				Loglar

Şekil 31: Planlanan kullanıcı arayüzleri ve içerikler

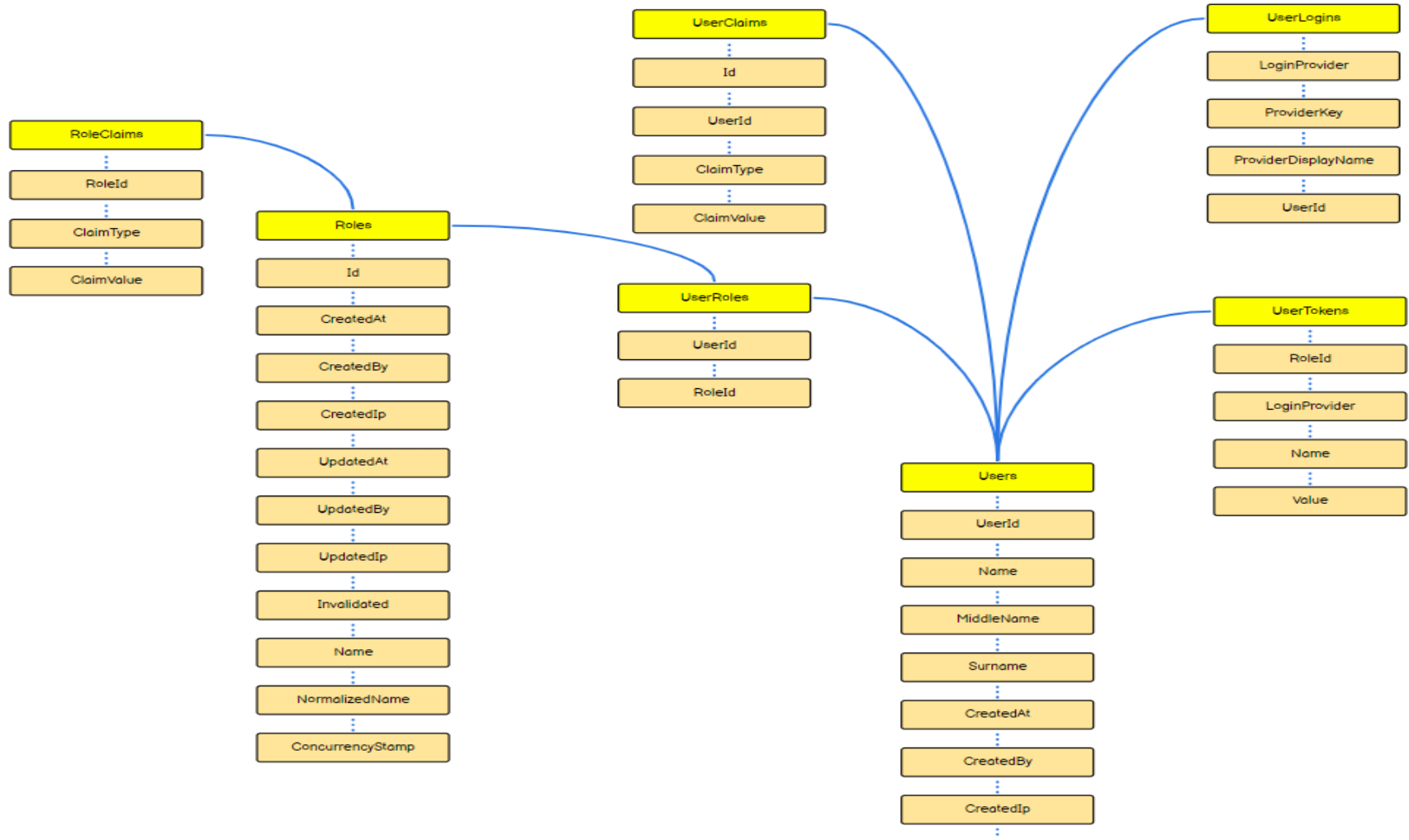
4. BULGULAR

4.1. Mobil Uygulamanın Modellenmesi

4.1.1. Veri tabanı tasarımı

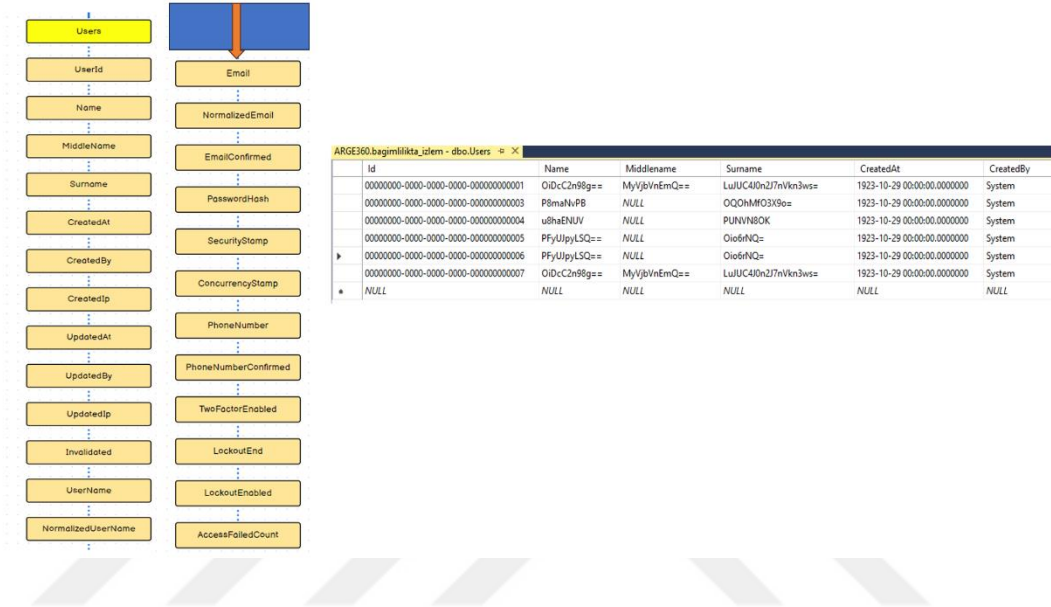
Mobil uygulamanın etkin şekilde kullanılabilmesi için gerekli tüm tablolar tasarlanmış olup Şekil 32 'de kullanıcı arayüzleri ve gerekli alt tabloları gösterilmiştir.





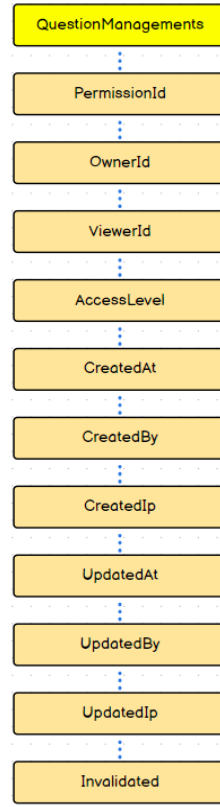
Şekil 32: Mobil uygulama kullanıcı ara yüzleri gerekli tablo listesi

Kullanıcı arayüzlerinin içerdği veri tabloları ‘Users Table’ olarak tutulmaktadır. Bu tabloda ki veriler 256 bit AES yöntemi ile şifrelenmektedir. Böylece, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’na göre bilgilerin güvenliği sağlanmakta ve veritabanında şifrelenmektedir. Örnek görsel Şekil 33’de verilmiştir.



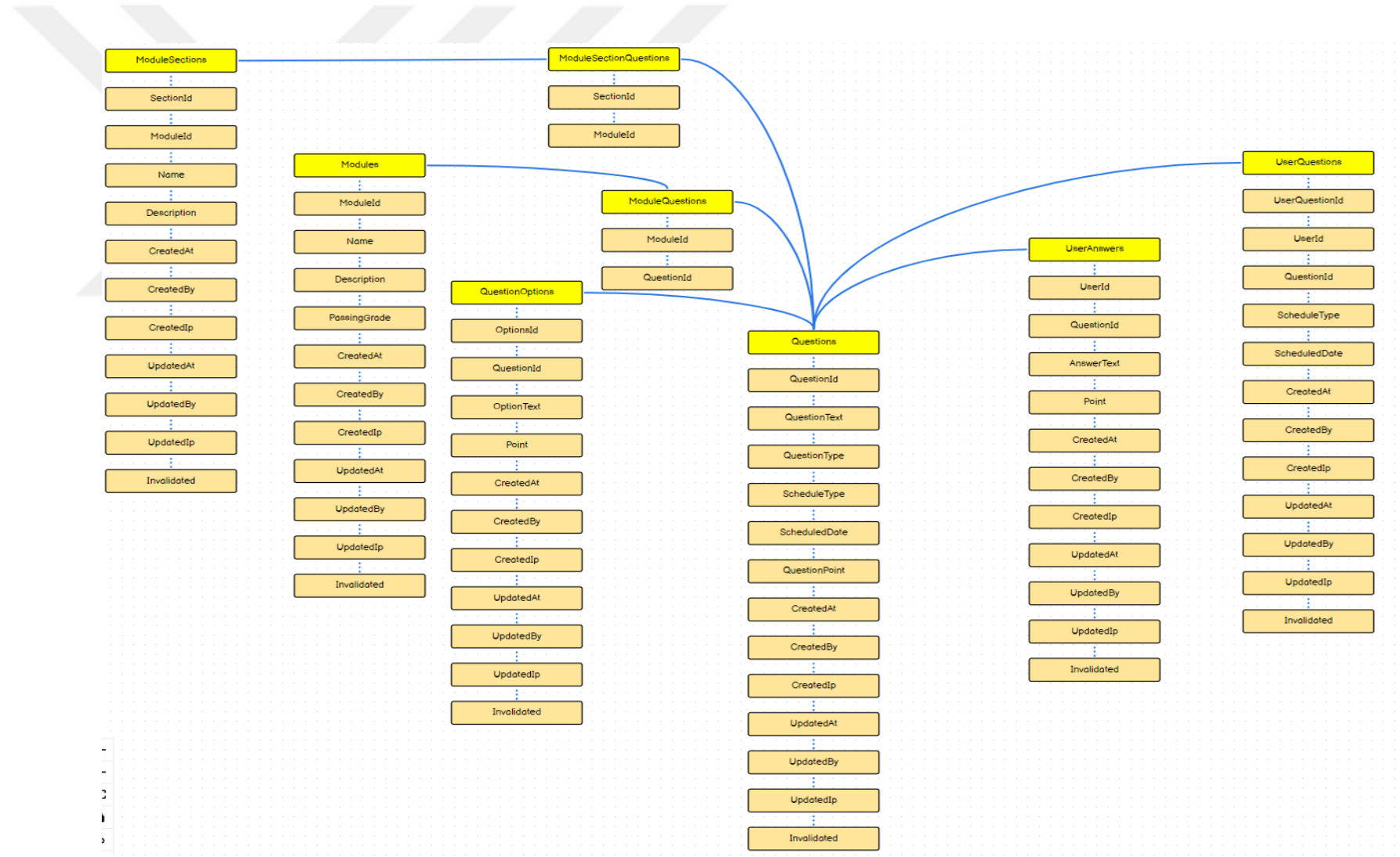
Şekil 33: Kullanıcı arayüzleri içerdği bilgilerin veritabanında saklanması

Mobil Uygulamadan faydalanmak üzere tanımlanan alkol veya MKB hastalığı bulunan kullanıcıların sağlık temsilcileri, ailesi, işvereni veya vekiline bilgi akışı için izin verdiği yetki bölümü Şekil 33 ‘de gösterilmektedir. Kullanıcıların yetkilendirdikleri kişiler için oluşturulan arayüzlerde gerekli bilgilere erişim yine kullanıcı rızasıyla sağlanacaktır. Bu şekilde planlanan veritabanında bu alan dışındaki alanlar backend projesine model olarak eklenmiş olup MSSQL veritabanında bulunmaktadır.



Şekil 34: Kullanıcı yetkilendirme veritabanı görseli

Genel olarak mobil uygulamada kullanılabilecek kullanıcı arayüzleri ve yetkilendirilmiş kullanıcılara ait veritabanı tabloları Şekil 34’de verilmiştir.



Şekil 35: Tüm kullanıcı arayüzlerine ait veritabanı tabloları

4.1.1.1. Backend

Mobil uygulamanın backend bölümü ASP.NET Core 8.0 ile yazılmış olup, çeşitli kütüphaneler kullanılarak işlevselliği artırılmıştır. Veritabanı işlemleri için ise Entity Framework Core kullanılmıştır. İşlevsellik için kullanılan kütüphanelerin listesi Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Kullanılan kütüphanelerin listesi

Microsoft.AspNetCore.Authentication.JwtBearer	JWT tabanlı kimlik doğrulama işlemleri için kullanılır.
Newtonsoft.Json	JSON verilerinin işlenmesi ve dönüştürülmesi için kullanılır.
NLog	Uygulama loglama işlemleri için kullanılır.
NLog.Database	Logları veritabanına yazmak için NLog uzantısı.
NLog.Web.AspNetCore	ASP.NET Core uygulamaları için NLog desteği.
AutoMapper	Nesne dönüşümleri için kullanılan bir kütüphanedir.
AutoMapper.Extensions.Microsoft.DependencyInjection	AutoMapper’ın Microsoft Dependency Injection ile entegrasyonu.
Microsoft.Data.SqlClient	SQL Server veritabanına erişim için kullanılan kütüphane.
System.ServiceModel.Duplex	Duplex servisler için WCF desteği.
System.ServiceModel.Federation	Federasyon servisleri için WCF desteği.
System.ServiceModel.Http	HTTP üzerinden WCF servisleri için destek.
System.ServiceModel.NetTcp	NetTcp üzerinden WCF servisleri için destek.
System.ServiceModel.Security	WCF güvenlik desteği.
Microsoft.EntityFrameworkCore	Entity Framework Core ORM’si.
Microsoft.EntityFrameworkCore.InMemory	Bellek içi veritabanı testleri için kullanılır.
Microsoft.EntityFrameworkCore.SqlServer	SQL Server için Entity Framework Core sağlayıcısı.
Microsoft.AspNetCore.Identity.EntityFrameworkCore	ASP.NET Core Identity ile Entity Framework Core entegrasyonu.

Proje modülleri ve bileşenleri Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: Proje modül ve bileşenleri

Kimlik Doğrulama ve Yetkilendirme		Veritabanı İşlemleri
• JWT tabanlı kimlik doğrulama mekanizması • Kullanıcı yetkilendirmesi ve rol tabanlı erişim kontrolü		• Entity Framework Core kullanılarak SQL Server üzerinde CRUD işlemleri • InMemory veritabanı kullanılarak test senaryoları
Loglama	Veri Dönüşümleri	Servis İletişimi
• Nlog ile uygulama loglarının tutulması • Logların veritabanına kaydedilmesi	• AutoMapper kullanılarak DTO'lar ile entity'ler arasında veri dönüşümleri	• WCF servisleri ile iletişim (HTTP, NetTcp, Duplex, Federation)

4.1.1.2. Frontend

Uygulama tek bir kod tabanı üzerinden web, masaüstü ve mobil platformlarından yayınlanabilmesi için Quasar Framework ve Vue.js kullanılarak oluşturulmuştur. Frontend bölümü için kullanılan kütüphane listesi Tablo 10 'da verilmiştir.

Tablo 10: Kullanılan kütüphanelerin listesi

Quasar Framework	Vue.js tabanlı bir framework olup, modern ve yüksek performanslı web, mobil ve masaüstü uygulamaları oluşturmak için kullanılır.
Vue.js	Projenin temel JavaScript framework'ü.
Vue Router	Uygulama içi yönlendirme için kullanılır.
Vuex	Durum yönetimi için kullanılır.
Axios	HTTP isteklerini yönetmek için kullanılır.

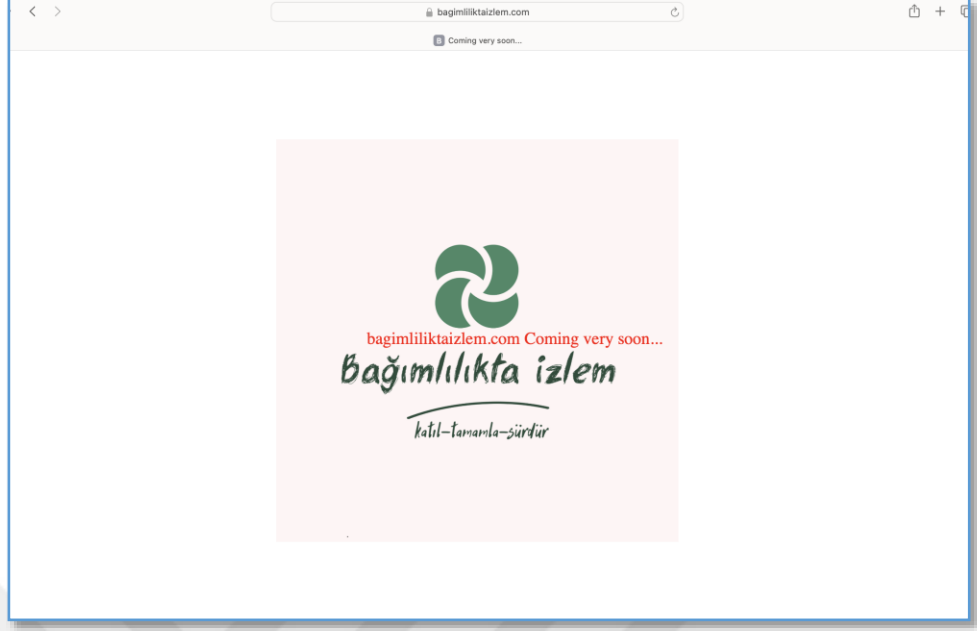
4.1.2. Mobil Uygulamanın İsimlendirilmesi

Alkol veya MKB bulunan kişilerin tedavi motivasyonlarını arttırmak amacıyla geliştirilmesi planlanan mobil uygulamanın ismi '*Bağımlılıkta İzlem*' olarak belirlenmiştir ve sloganı '*katıl-tamamla-sürdür*' olarak oluşturulmuştur. Mobil uygulamanın logosu Şekil 36 'da verilmiştir.



Şekil 36: Mobil uygulamanın ismi ve logosu

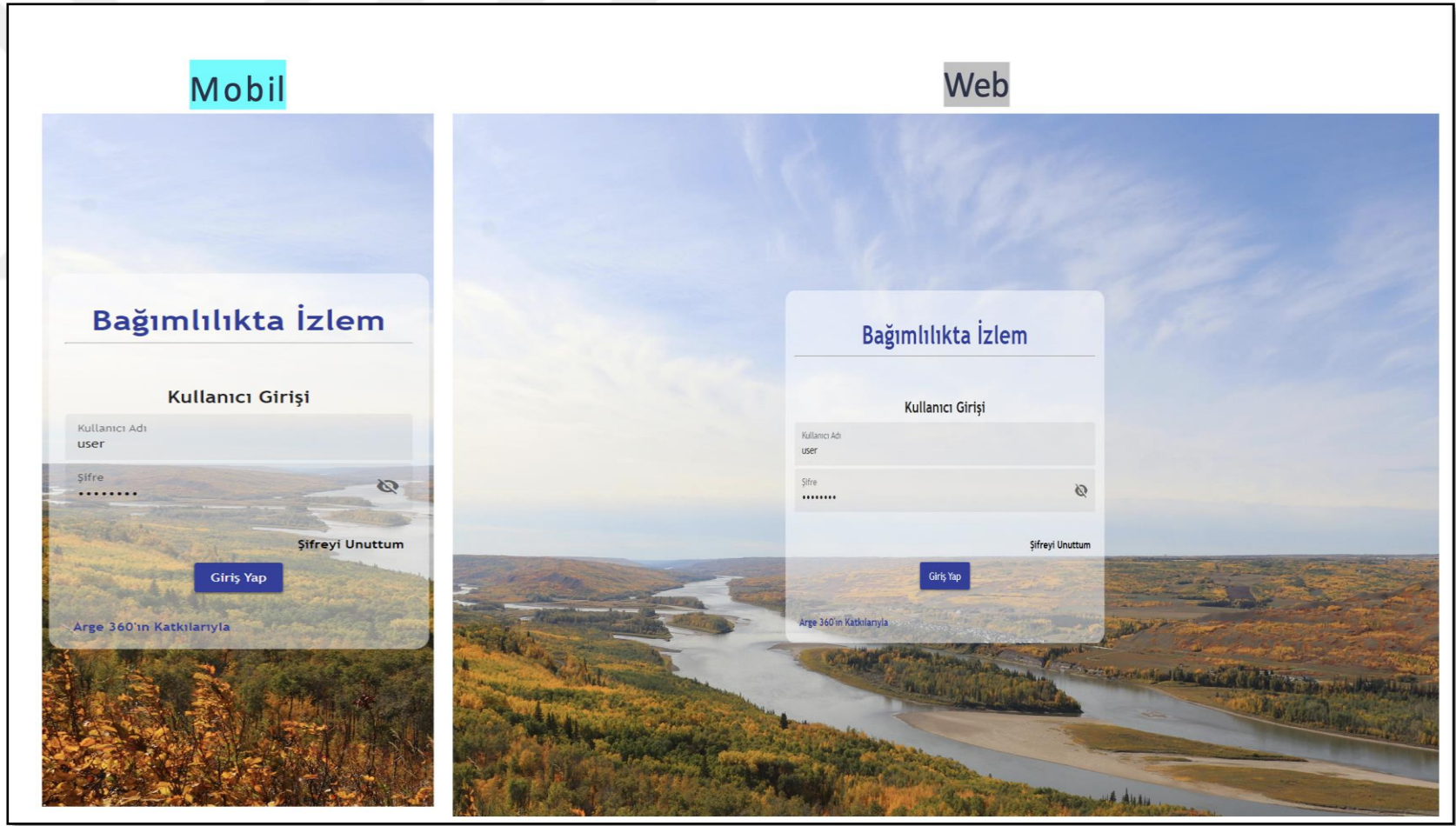
Uygulamanın alan adı www.bagimliliktaizlem.com olarak alınmış olup, web adresine erişim sağlandığında Şekil 37 'deki gibi görünmektedir.



Şekil 37: Uygulamanın web sayfası

4.1.3. Bağımlılıkta İzlem Kullanıcı Arayüzleri

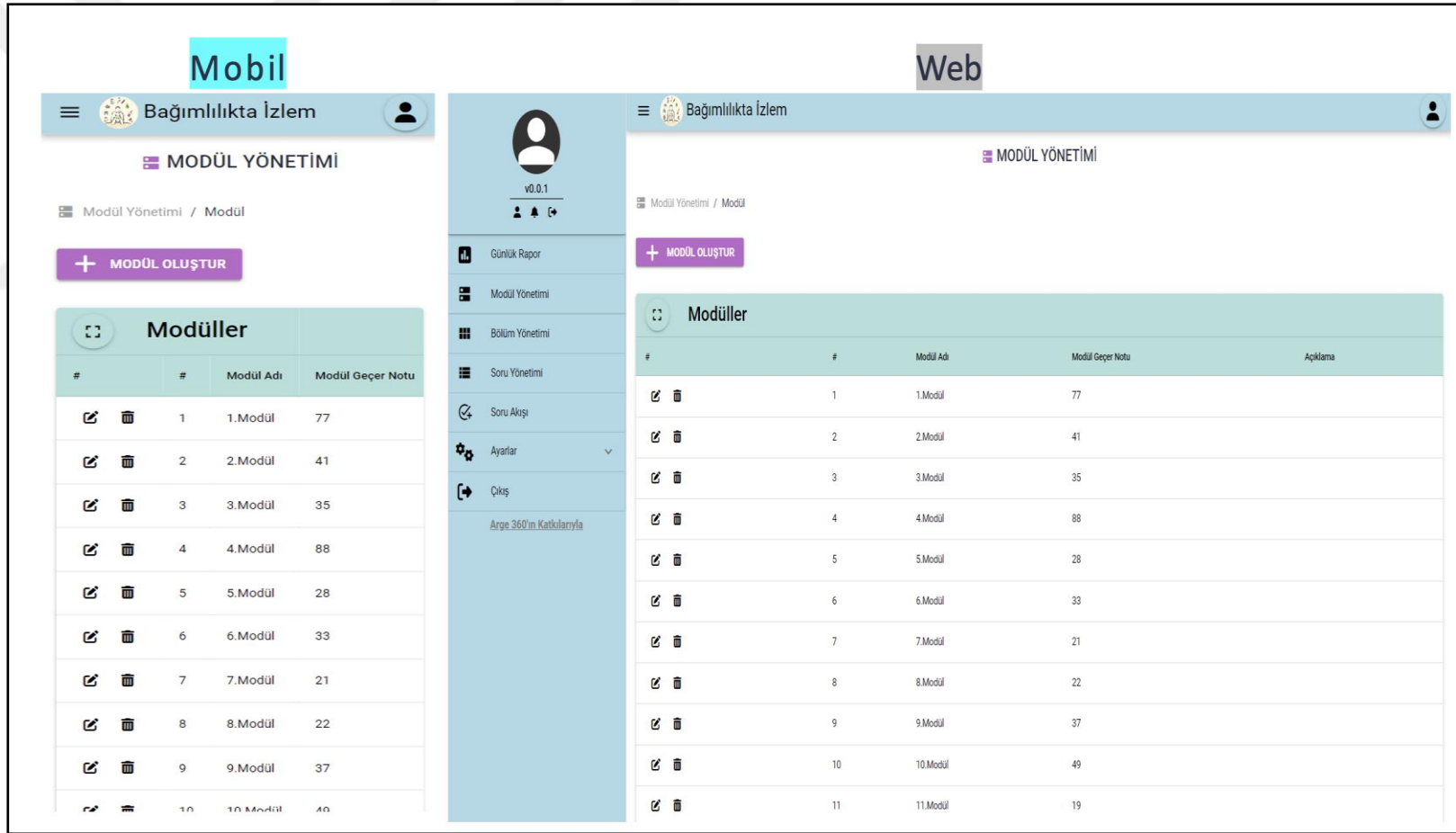
Alkol veya MKB tanısı koyulmuş kişilerin tedavi sürecini desteklemesi için modellenen ‘Bağımlılıkta İzlem mobil takip sistemine ait kullanıcı giriş ekranı Şekil 38’de verilmiştir.



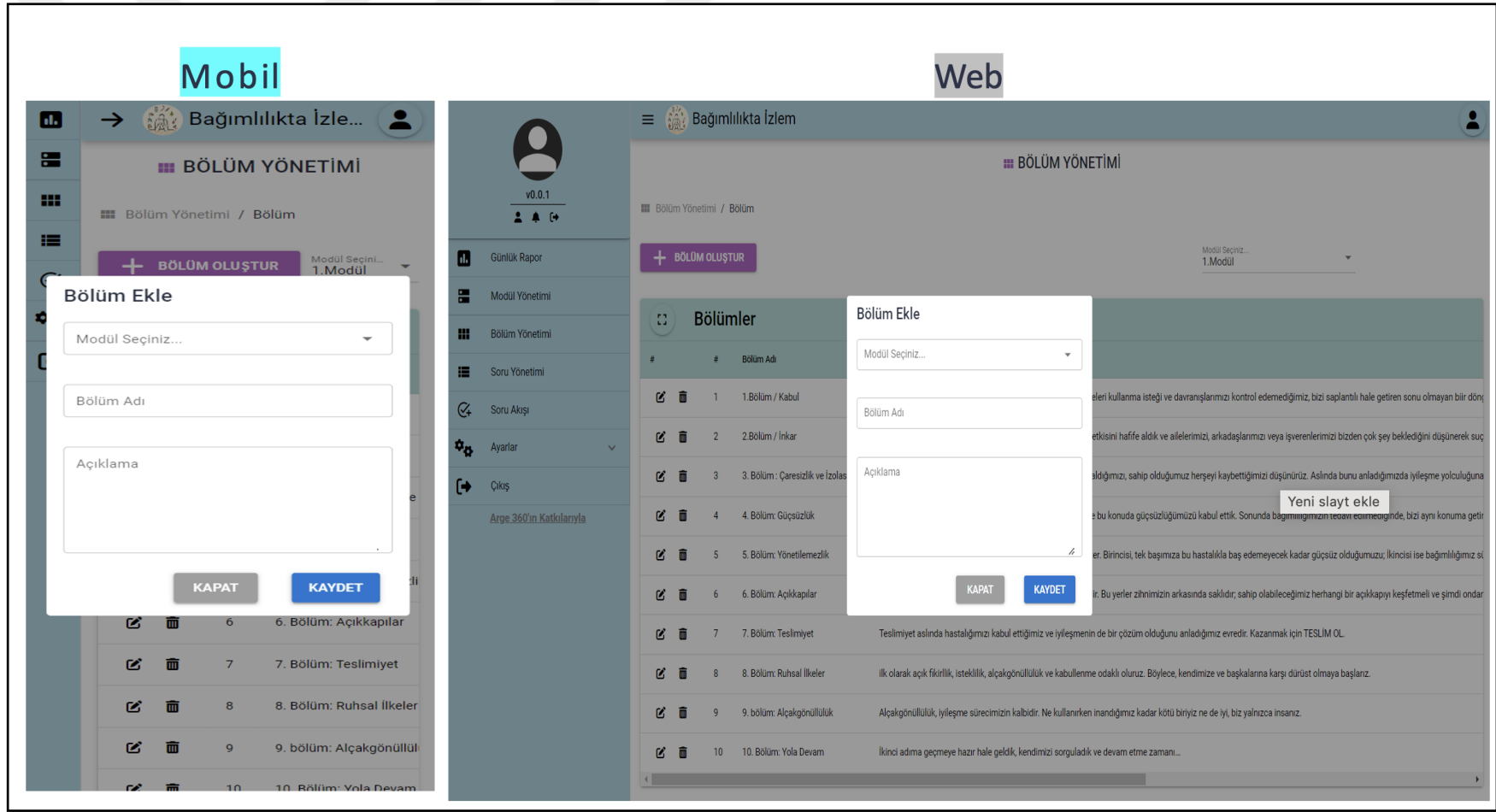
Şekil 38: Bağımlılıkta izlem mobil ve web üzerinden giriş ekranı

Uygulamaya kullanıcı girişi tamamlandıktan sonra alkol veya MKB bulunan kişilerin bağımlılıkla mücadelesinde ayık kalma süresinin uzamasını destekleyecek minimum 12 haftayı kapsayacak 12 farklı modül erişimi geliştirilmesi planlanmaktadır. Alanında uzman sağık profesyonelleri, sosyal hizmet uzmanları ile oluşturulması planlanan ekip ile modül içerikleri geliştirilerek, uygulamanın kullanıma hazır olması beklenmektedir. Bağımlılıkta mücadele sürecini destekleyecek her modül içeriğinde sorulara verilen her yanıtın bir puan karşılığının olması ve devam ettiğı modüldeki toplam puanının minimum geçer notu karşılması durumunda bir sonraki modüle devam etmesi planlanmaktadır. Bu aşamanın detaylı ve titiz bir çalışma ile uzman ekip tarafından hazırlanması gerekmektedir.

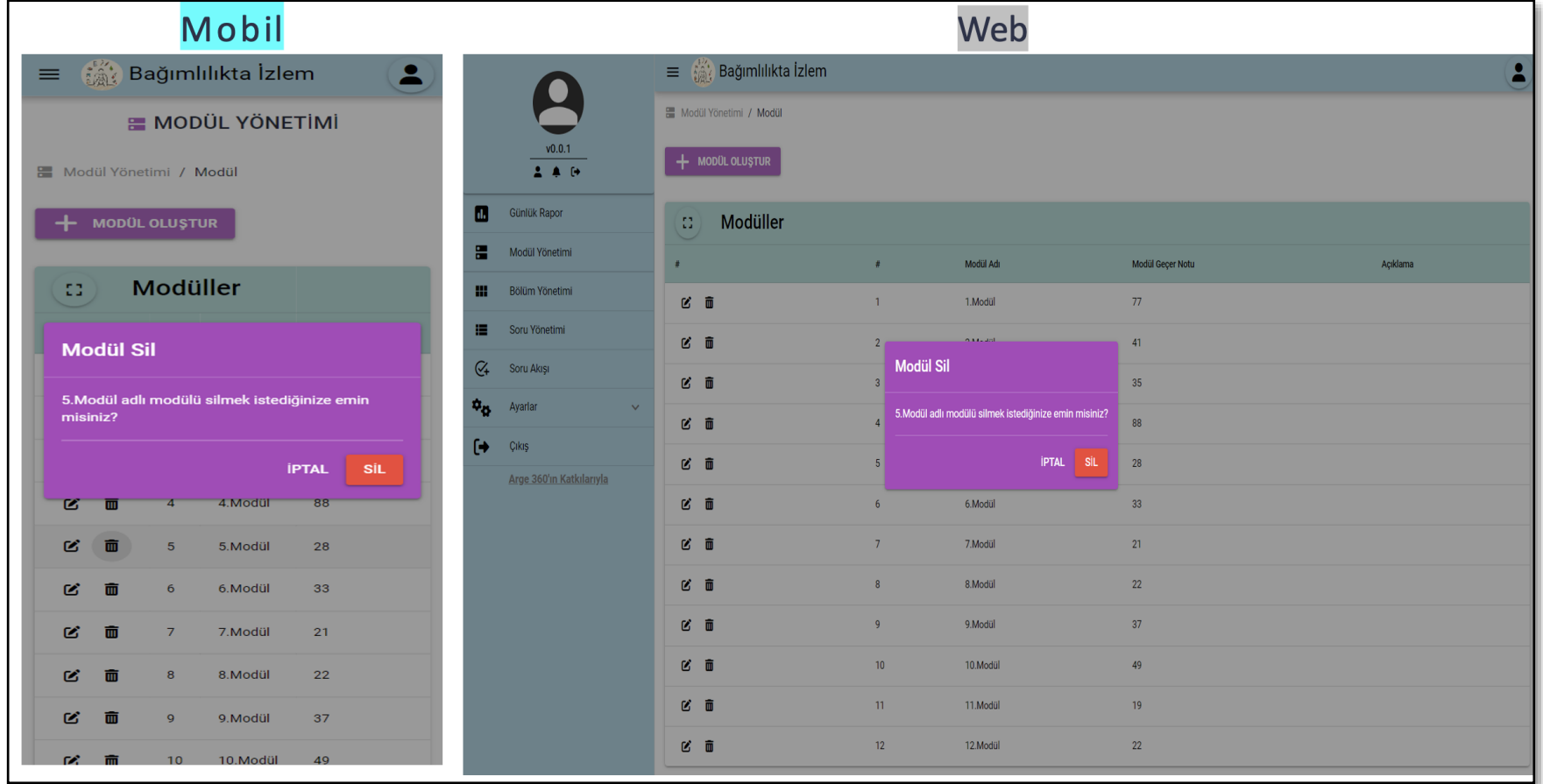
Bu doktora tez çalışması ile uygulamanın yazılımı, işleyiş süreci ve modüllerin teknik alt yapısı modellenmiştir (Şekil 39). Böylece, modellenen uygulama ile modül yönetimi de eklenmiştir. Modül yönetimi ekranı ile modül sayısı arttırmak/azaltmak; modül içeriklerini genişletmek/daraltmak; modül geçer notlarını belirleyebilmek mümkün olacak şekilde düzenlenmiştir (Şekil 40 ve 41).



Şekil 39: Uygulama içeriğine ait örnek model görünümü



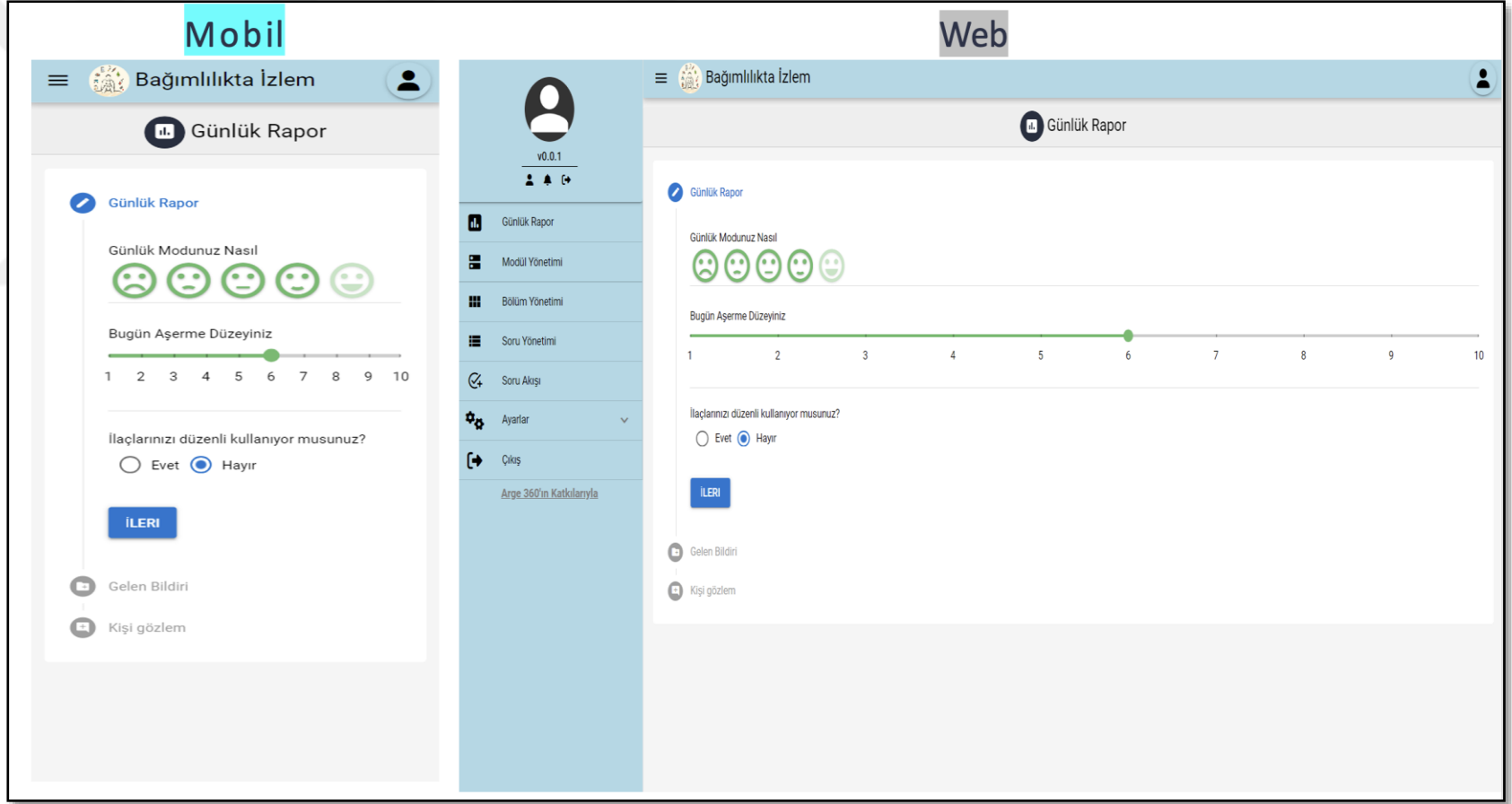
Şekil 40: Modül yönetim ekranı görüntüsü



Şekil 41: Modül silme ekran görüntüsü

Modellenen uygulama içeriğinde kullanıcının günlük mood'unu 1'den 5'e kadar (5 = çok iyi hissediyorum), aşerme düzeyini 1'den 10'a kadar (10 = çok fazla aşerme) puanlaması, ilaç kullanım takibi gibi geri bildirimlerde bulunabilmesi de desteklenmiştir (Şekil 42).





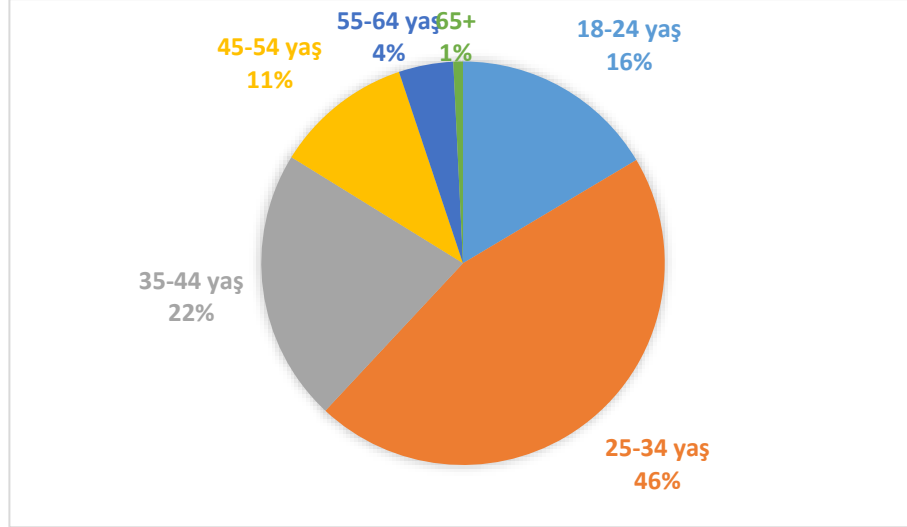
Şekil 42: Kullanıcının günlük mood bildirim ekran görüntüsü

4.2. İstatistik Analiz Sonuçları

Araştırmanın ikinci aşamasında DSÖ tarafından yayınlanmış WHOOL Bref Yaşam Memnuniyet Ölçekleri (EK-1) İstanbul'da bulunan Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM Kliniği, NPIstanbul Beyin Hastanesi NPAMATEM Bağımlılık Merkezi ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ERAM Kliniğine ayakta veya yatarak tedavi amacıyla başvuran toplam 389 kişiye uygulanmıştır ve katılımcıların demografik özelliklerine göre frekansları Tablo 11'de verilmiştir. Ayrıca katılımcıların yaş dağılımına göre yüzdelik dilimleri Şekil 43'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Katılımcıların demografik betimleyici özelliklerine göre frekans dağılımı ve yüzdeleri

Katılımcıların Demografik Betimleyici Özellikleri					
Özellik	Aralık	Sayı	Toplam	Yüzde	Toplam
Cinsiyet	Kadın	44	389	11%	100%
	Erkek	345		89%	
Yaş	18-24	64	389	16%	100%
	25-34	177		46%	
	35-44	85		22%	
	45-54	43		11%	
	55-64	17		4%	
	65+	3		1%	
Eğitim Durumu	Ortaöğretim	140	389	36%	100%
	Lise ve dengi okul	149		38%	
	Ön lisans ve üzeri	100		26%	
Çalışma Durumu	Evet	215	389	55%	100%
	Hayır	174		45%	
Medeni Durum	Evli	148	389	38%	100%
	Bekar	241		62%	
Bağımlılık Türü	Alkol	142	389	37%	100%
	Yasa Dışı Madde	247		63%	
Dikkat Eksikliği Tanısı	Evet	99	389	25%	100%
	Hayır	290		75%	



Şekil 43: Katılımcıların yaşlarına göre dağılımı

4.2.1. Faktör Analizi

Araştırmada kullanılan ölçeğin faktör analizi Eser ve ark. (1999) tarafından yapılmış olup, makale olarak yayınlanmıştır (Eser ve ark, 1999). WHOQOL- Bref ‘in faktör analiz sonuçlarına göre dağılımı Tablo 12.’de verildiği gibidir.

Tablo 12: Sorular ve faktör dağılımı

Genel Sağlık Durumu	1. ve 2. soru
Fiziksel Sağlık	3-4-10-15-16-17-18
Psikolojik	5-6-7-11-19-26
Sosyal İlişkiler	20-21-22
Çevre	8-9-12-13-14-23-24-25-27

Yapılan analiz sonuçlarına göre WHOQOL-Bref ölçeği 5 faktöre ayrılmaktadır. Katılımcıların yaşam memnuniyet düzeyi ölçülürken; *Genel Sağlık Durumu*, *Fiziksel Sağlık*, *Psikolojik*, *Sosyal İlişkiler* ve *Çevre* olarak kategorilendirilmiştir.

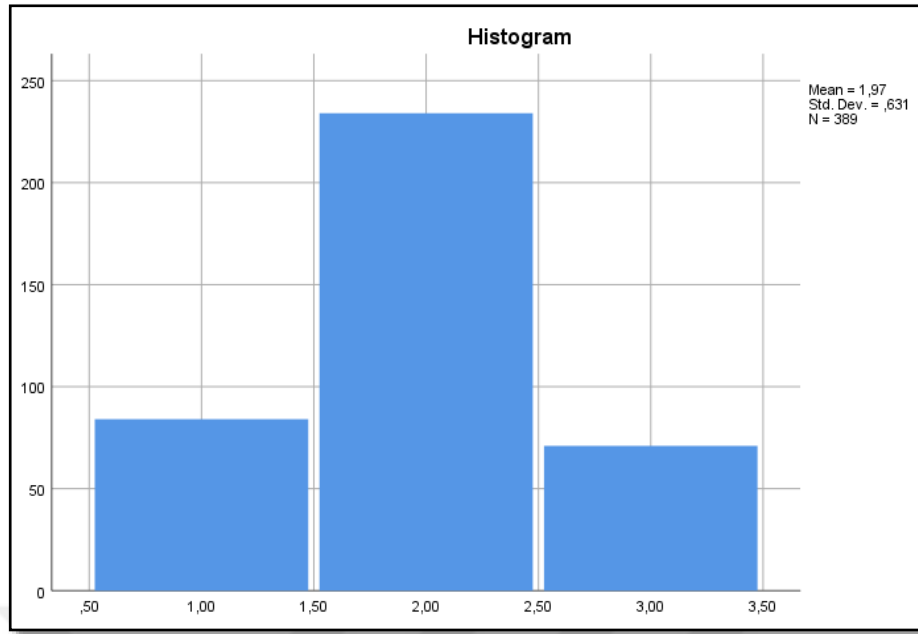
4.2.2. Normallik Testleri

Veri setinde skor puanlarına göre 0.5-1.49; 1.50-2.49; 2.50-3.50 gruplandırma yapılarak faktörlerin daha düzenli bir veri seti haline gelmesi amaçlanarak analizler yapılmıştır. Genel Sağlık Durumu, Fiziksel Sağlık, Psikolojik, Çevre ve Sosyal İlişkiler faktör dağılımına göre Kolmogorov- Smirnov test sonucu skorları incelendiğinde 0.05 ‘den küçük değerler aldığı görülmektedir (Tablo 13). Bu durum, normal dağılım olmadığını göstermektedir ve Ki-kare analizi ile karşılaştırma yapılmasını desteklemektedir.

Tablo 13: Faktörlerin normallik test sonuçları

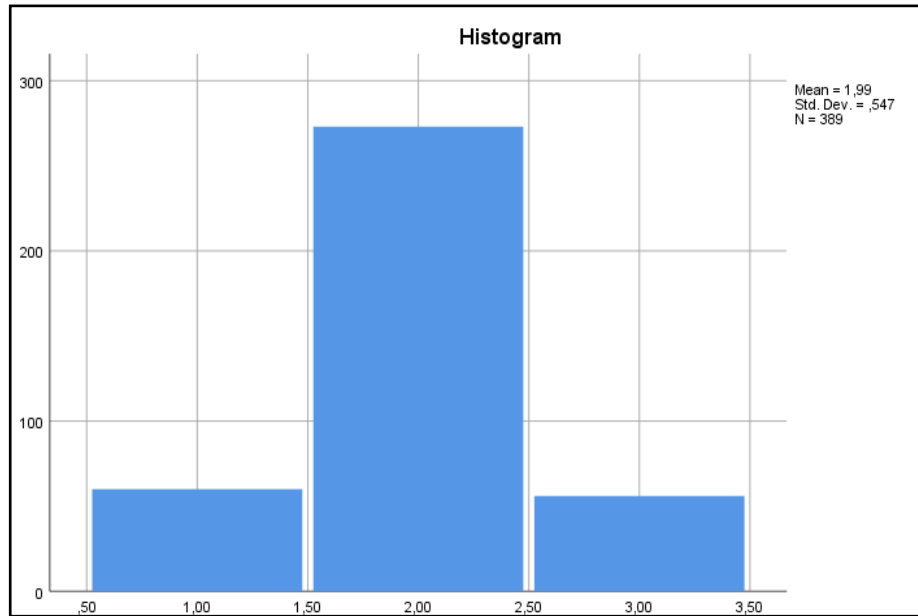
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Cinsiyet	,526	389	,000	,367	389	,000
Genel Sağlık Skoru Gruplandırılmış	,305	389	,000	,782	389	,000
Fiziksel Sağlık Skoru Gruplandırılmış	,353	389	,000	,723	389	,000
Psikolojik Sağlık Skoru Gruplandırılmış	,280	389	,000	,779	389	,000
Çevre Skoru Gruplandırılmış	,338	389	,000	,756	389	,000
Sosyal İlişkiler Skoru Gruplandırılmış	,216	389	,000	,806	389	,000

Gruplandırılmış Genel Sağlık skoruna göre histogram grafiği Şekil 43. ‘de verilmiştir. Genel Sağlık skoru ortalaması 1.97, standart sapması 0.631 olarak hesaplanmıştır.



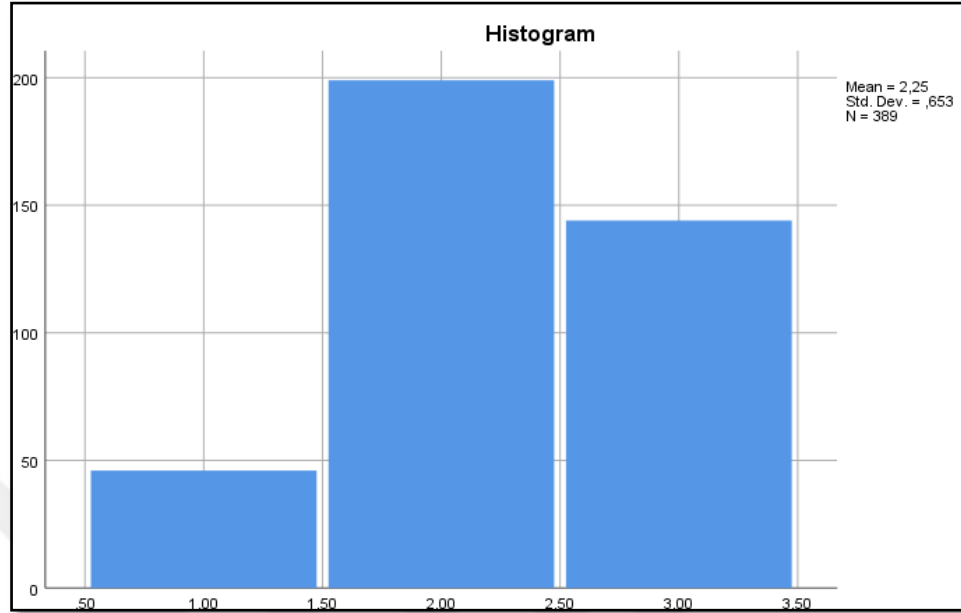
Şekil 44: Genel sağlık skoru- frekans grafiği

Gruplandırılmış Fiziksel Sağlık skoruna göre histogram grafiği Şekil 44. 'de verilmiştir. Fiziksel skoru ortalaması 1.99, standart sapması 0.547 olarak hesaplanmıştır.



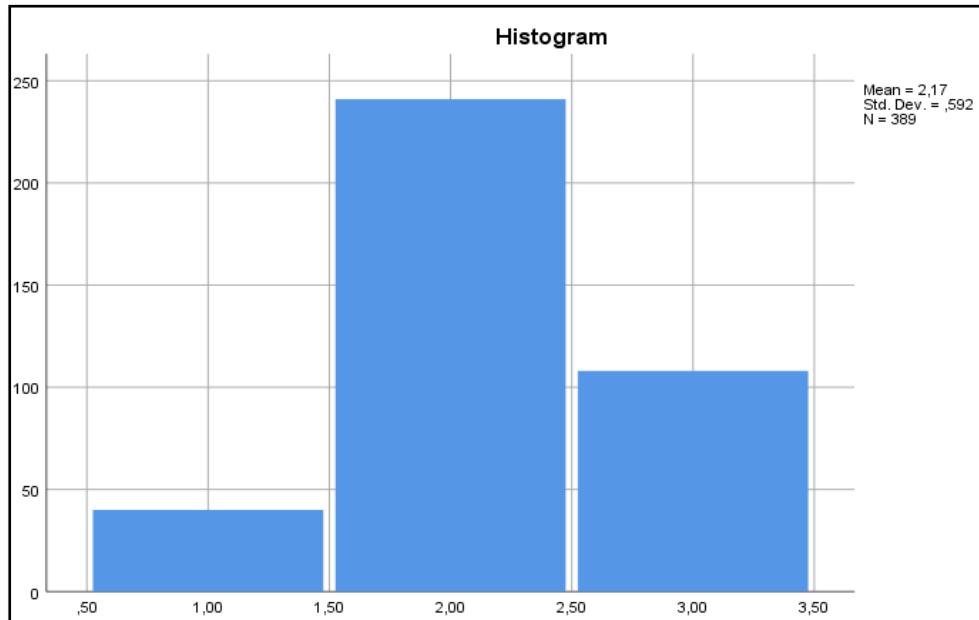
Şekil 45: Fiziksel sağlık skoru ve frekans grafiği

Gruplandırılmış Psikolojik Sağlık skoruna göre histogram grafiği Şekil 46’da verilmiştir. Psikolojik skoru ortalaması 2.25, standart sapması 0.653 olarak hesaplanmıştır.



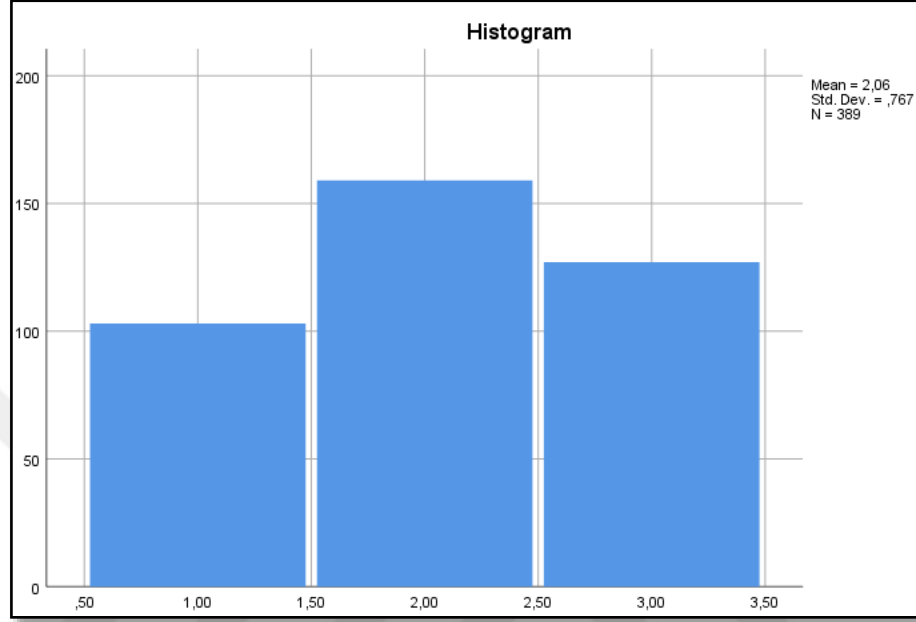
Şekil 46: Psikolojik sağlık skoru ve frekans grafiği

Gruplandırılmış Çevre skoruna göre histogram grafiği Şekil 47 ‘de verilmiştir. Çevre skoru ortalaması 2.17, standart sapması 0.592 olarak hesaplanmıştır.



Şekil 47: Çevre skoru ve frekans grafiği

Gruplandırılmış Sosyal İlişkiler skoruna göre histogram grafiği Şekil 48’de verilmiştir. Sosyal İlişkiler skoru ortalaması 2.06, standart sapması 0.767 olarak hesaplanmıştır.



Şekil 48: Sosyal ilişkiler skoru ve frekans grafiği

4.2.3. Ki-Kare analiz sonuçları

4.2.3.1. Cinsiyete göre faktörlerin karşılaştırılması

4.2.3.1.A Cinsiyete göre genel sağlık durumu karşılaştırması

Katılımcıların 44’ü kadın, 345’i erkeklerden oluşmaktadır. Cinsiyete göre genel sağlık durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında erkek katılımcıların memnuniyet düzeyinin orta düzeyde olduğu gözlenmektedir.

Tablo 14: Genel sağlık durumu memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Cinsiyet	Kadın	Sayı	6	31	7	44
		Beklenen Değer	9,5	26,5	8,0	44,0
		% Cinsiyet	13,6%	70,5%	15,9%	100,0%
	Erkek	Sayı	78	203	64	345
		Beklenen Değer	74,5	207,5	63,0	345,0
		% Cinsiyet	22,6%	58,8%	18,6%	100,0%
Toplam	Sayı		84	234	71	389
	Beklenen Değer		84,0	234,0	71,0	389,0
	% Cinsiyet		21,6%	60,2%	18,3%	100,0%

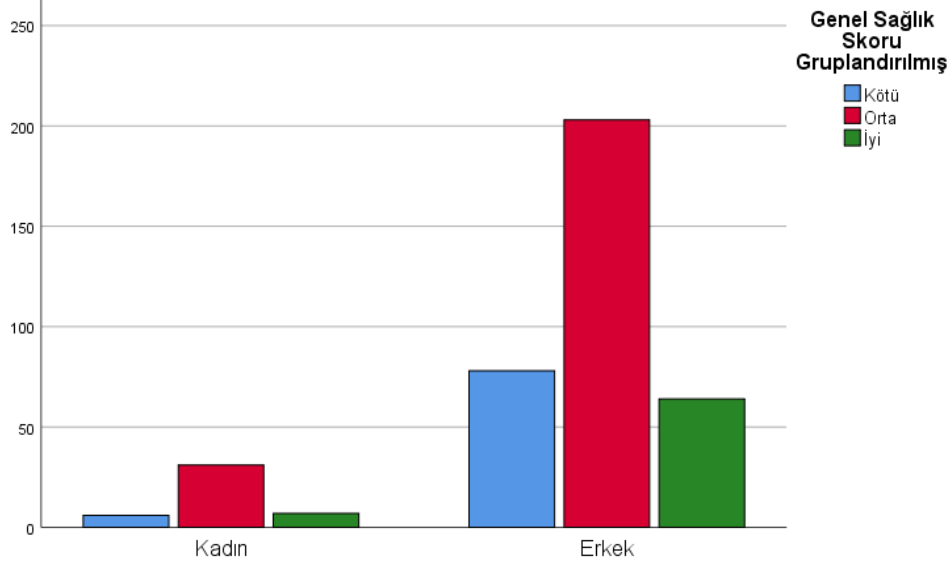
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) cinsiyet ve genel sağlık durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 15 ve 16). χ^2 (df = 1, n=389) = 2.48, $r = 0.29$, $r_{hi} = 0.08$, H_{10} =Kabul.

Tablo 15: Cinsiyet ile genel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Significance	Monte Carlo Sig. (2-sided) 99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,479 ^a	2	0,29	,291 ^b	0,279	0,303
Likelihood Ratio	2,639	2	0,267	,276 ^b	0,264	0,287
Fisher's Exact Test	2,293			,315 ^b	0,303	0,327
Linear-by-Linear Association	,393 ^c	1	0,531	,613 ^b	0,601	0,626
N of Valid Cases	389					

Tablo 16: Cinsiyet ile genel sağlık durumu karşılaştırması phi ve cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Significance	Monte Carlo Significance 99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,08	0,29	,291 ^c	0,279	0,303
	Cramer's V	0,08	0,29	,291 ^c	0,279	0,303
N of Valid Cases		389				



Şekil 49: Cinsiyete göre genel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi

Şekil 49 incelendiğinde de erkek bireylerin genel sağlık durumundan memnuniyet düzeyinin orta seviyede yığılma gösterdiği anlaşılmaktadır.

4.2.3.1.B Cinsiyete göre fiziksel sağlık durumu karşılaştırması

Katılımcıların 44'ü kadın, 345'i erkeklerden oluşmaktadır. Cinsiyete göre fiziksel sağlık durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında erkek katılımcıların memnuniyet düzeyinin beklenenden daha iyi olduğu gözlenmektedir.

Tablo 17: Fiziksel sağlık durumu memnuniyet düzeyi

		Kötü	Orta	İyi	Toplam
Cinsiyet	Sayı	8	33	3	44
	Kadın Beklenen Değer	6,8	30,9	6,3	44,0
	% Cinsiyet	18,2%	75,0%	6,8%	100,0%
	Sayı	52	240	53	345
	Erkek Beklenen Değer	53,2	242,1	49,7	345,0
	% Cinsiyet	15,1%	69,6%	15,4%	100,0%
Toplam	Sayı	60	273	56	389
	Beklenen Değer	60,0	273,0	56,0	389,0
	% Cinsiyet	15,4%	70,2%	14,4%	100,0%

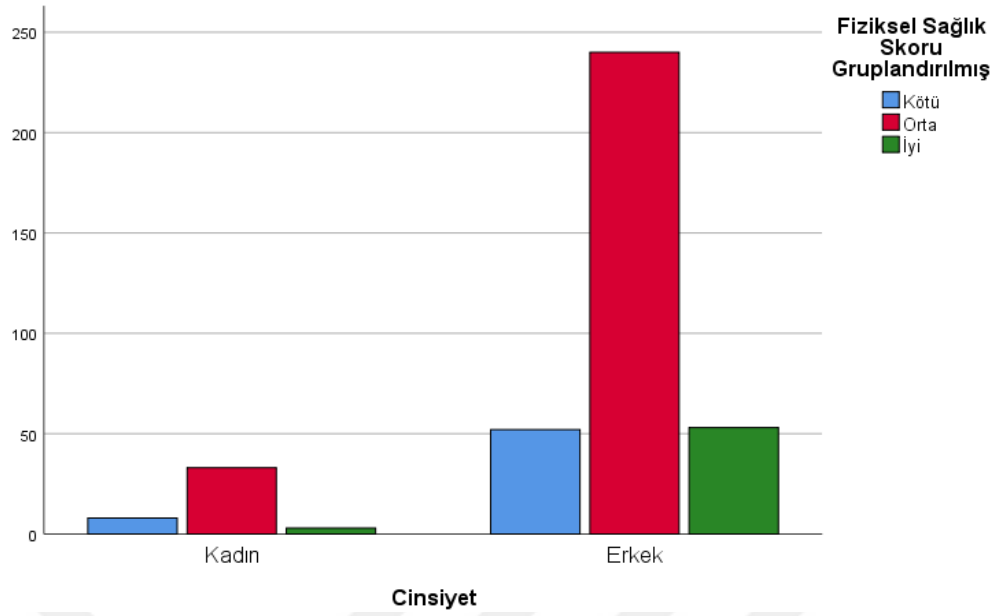
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) cinsiyet ve fiziksel sağlık durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 19 ve 20). χ^2 (df = 1, n=389) = 2.39, r =0.30, rhi= 0.07, H_{20} =Kabul.

Tablo 18: Cinsiyet ile fiziksel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,388a	2	0,303	,298b	0,287	0,31
Likelihood Ratio	2,797	2	0,247	,259b	0,248	0,27
Fisher's Exact Test	2,392			,308b	0,296	0,32
Linear-by-Linear Association	1,773c	1	0,183	,185b	0,175	0,195
N of Valid Cases	389					

Tablo 19: Cinsiyet ile fiziksel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Significance	Monte Carlo Significance 99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by	Phi	0,078	0,303	,298 ^c	0,287	0,31
Nominal	Cramer's V	0,078	0,303	,298 ^c	0,287	0,31
N of Valid Cases		389				



Şekil 50: Cinsiyete göre fiziksel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi

Şekil 50 incelendiğinde de erkek bireylerin fiziksel sağlık durumundan memnuniyet düzeyinin orta seviyede yığılma gösteriyor gibi olsa da, iyi seviyede beklenen değerin daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.1.C Cinsiyete göre psikolojik durumu karşılaştırması

Katılımcıların 44'ü kadın, 345'i erkeklerden oluşmaktadır. Cinsiyete göre psikolojik durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında erkek katılımcıların memnuniyet düzeyinin beklenenden daha iyi, kadın katılımcıların ise orta düzeyde memnun olduğu gözlenmektedir.

Tablo 20: Psikolojik durumu memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Cinsiyet	Kadın	Sayı	5	30	9	44
		Beklenen Değer	5,2	22,5	16,3	44,0
		% Cinsiyet	11,4%	68,2%	20,5%	100,0%
	Erkek	Sayı	41	169	135	345
		Beklenen Değer	40,8	176,5	127,7	345,0
		% Cinsiyet	11,9%	49,0%	39,1%	100,0%
Toplam		Sayı	46	199	144	389
		Beklenen Değer	46,0	199,0	144,0	389,0
		% Cinsiyet	11,8%	51,2%	37,0%	100,0%

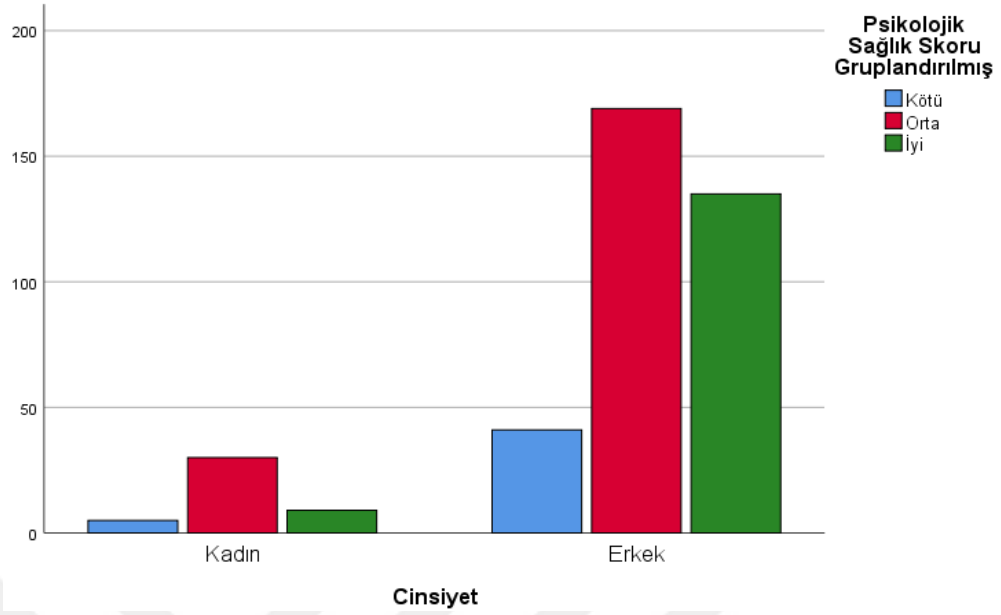
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) cinsiyet ve psikolojik durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 21 ve 22). χ^2 (df = 1, n=389) = 6.49, $r = 0.04$, $r_{hi} = 0.13$, $H_{30} = \text{Kabul}$.

Tablo 21: Cinsiyet ile psikolojik durumu ki-kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,497 ^a	2	0,039	,034 ^b	0,03	0,039
Likelihood Ratio	6,893	2	0,032	,031 ^b	0,026	0,035
Fisher's Exact Test	6,619			,031 ^b	0,027	0,036
Linear-by-Linear Association	3,019 ^c	1	0,082	,085 ^b	0,078	0,092
N of Valid Cases	389					

Tablo 22: Cinsiyet ile psikolojik durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	99% Confidence Interval	
				Significance	Lower Bound	Upper Bound
Nominal by	Phi	0,129	0,039	,034 ^c	0,03	0,039
Nominal	Cramer's V	0,129	0,039	,034 ^c	0,03	0,039
N of Valid Cases		389				



Şekil 51: Cinsiyete göre psikolojik durumundan memnuniyet düzeyi

Şekil 51 incelendiğinde de erkek bireylerin psikolojik durumundan memnuniyet düzeyinin beklenenden daha iyi, kadın katılımcıların ise orta düzeyde memnun olduğu gözlenmektedir.

4.2.3.1.D Cinsiyete göre sosyal ilişkiler durumu karşılaştırması

Katılımcıların 44'ü kadın, 345'i erkeklerden oluşmaktadır. Cinsiyete göre sosyal ilişki durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında kadınların sosyal ilişkilerden memnuniyet düzeyinin beklenenden daha kötü olduğu gözlenmektedir.

Tablo 23: Sosyal ilişkilerden memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Cinsiyet	Kadın	Sayı	16	20	8	44
		Beklenen Değer	11,7	18,0	14,4	44,0
		% Cinsiyet	36,4%	45,5%	18,2%	100,0%
	Erkek	Sayı	87	139	119	345
		Beklenen Değer	91,3	141,0	112,6	345,0
		% Cinsiyet	25,2%	40,3%	34,5%	100,0%
Toplam		Sayı	103	159	127	389
		Beklenen Değer	103,0	159,0	127,0	389,0
		% Cinsiyet	26,5%	40,9%	32,6%	100,0%

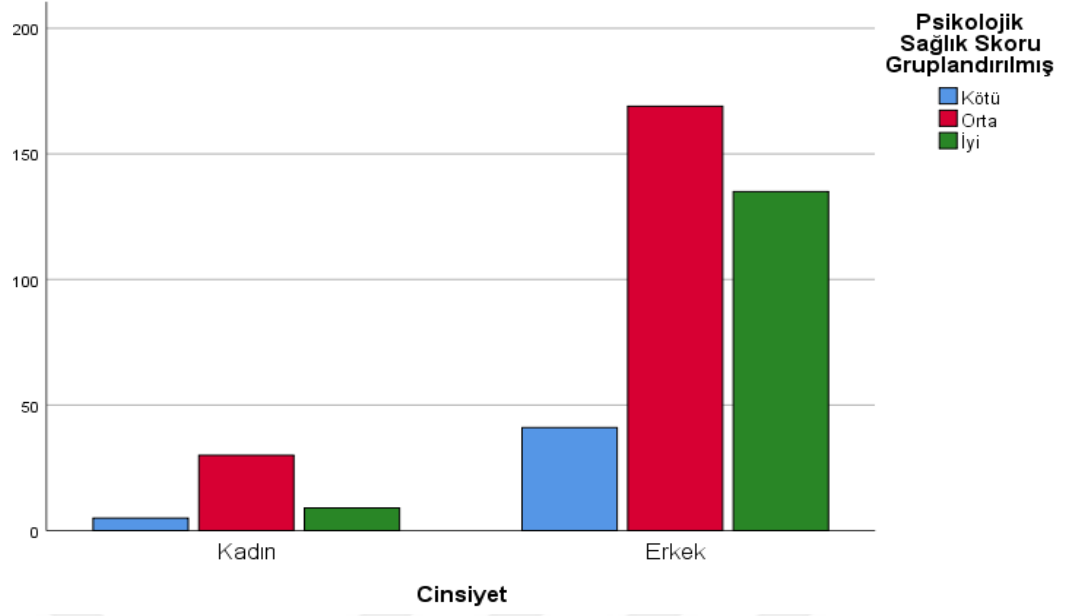
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) cinsiyet ve fiziksel sağlık durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 24 ve 25). χ^2 (df = 1, n=389) = 5.26, $r = 0.07$, $r_{hi} = 0.11$, $H_0 = \text{Kabul}$.

Tablo 24: Cinsiyet ile sosyal ilişki durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,266 ^a	2	0,072	,073 ^b	0,066	0,08
Likelihood Ratio	5,628	2	0,06	,061 ^b	0,055	0,067
Fisher's Exact Test	5,494			,059 ^b	0,053	0,065
Linear-by-Linear Association	4,995 ^c	1	0,025	,029 ^b	0,025	0,034
N of Valid Cases	389					

Tablo 25: Cinsiyet ile sosyal ilişki durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	99% Confidence Interval	
				Significance	Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,116	0,072	,073 ^c	0,066	0,08
	Cramer's V	0,116	0,072	,073 ^c	0,066	0,08
N of Valid Cases		389				



Şekil 52: Cinsiyete göre sosyal ilişkilerden memnuniyet düzeyi

Şekil 52 incelendiğinde de erkek bireylerin sosyal ilişkilerden memnuniyet düzeyinin kadınlara göre iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.1.E Cinsiyete göre çevre durumu karşılaştırması

Katılımcıların 44'ü kadın, 345'i erkeklerden oluşmaktadır. Cinsiyete çevre faktörü karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında kadınların çevre faktörü için memnuniyet düzeyinin orta seviyede olduğu, erkek bireylerin ise daha iyi olduğu gözlenmektedir.

Tablo 26: Çevre faktöründen memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	5	30	9	44
		Beklenen Değer	4,5	27,3	12,2	44,0
		% Cinsiyet	11,4%	68,2%	20,5%	100,0%
	Erkek	Sayı	35	211	99	345
		Beklenen Değer	35,5	213,7	95,8	345,0
		% Cinsiyet	10,1%	61,2%	28,7%	100,0%
Toplam		Sayı	40	241	108	389
		Beklenen Değer	40,0	241,0	108,0	389,0
		% Cinsiyet	10,3%	62,0%	27,8%	100,0%

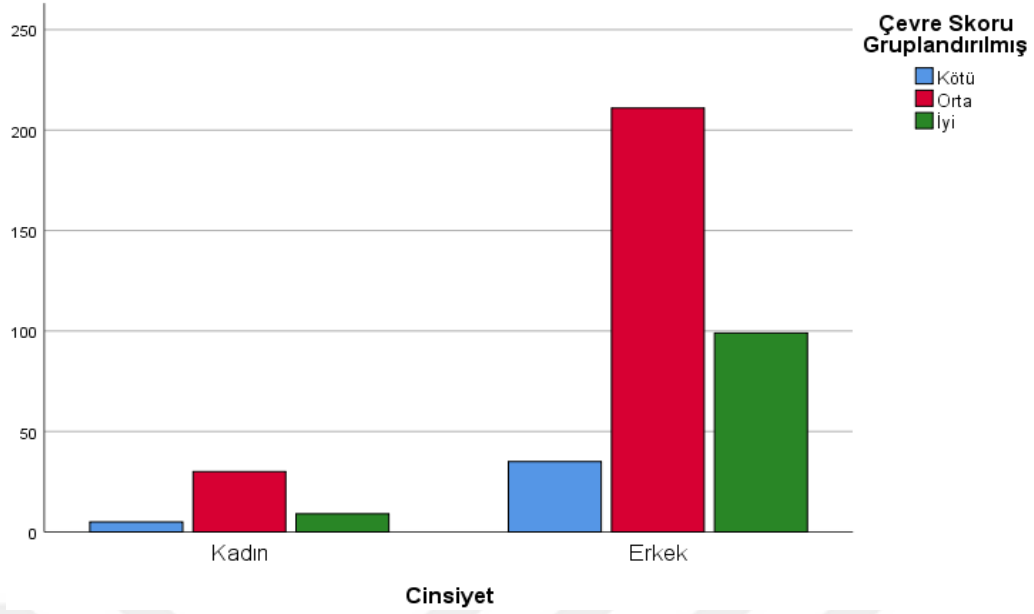
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) cinsiyet ve çevresinden memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 27 ve 28). χ^2 (df = 1, n=389) = 1.32, $r = 0.51$, $r_{hi} = 0.06$, $H_{50} = \text{Kabul}$.

Tablo 27: Cinsiyet ile çevre durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,322 ^a	2	0,516	,532 ^b	0,519	0,545
Likelihood Ratio	1,396	2	0,498	,515 ^b	0,502	0,527
Fisher's Exact Test	1,347			,529 ^b	0,516	0,542
Linear-by-Linear Association	,995 ^c	1	0,318	,344 ^b	0,332	0,356
N of Valid Cases	389					

Tablo 28: Cinsiyet ile çevre durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,058	0,516	,532 ^c	0,519	0,545
	Cramer's V	0,058	0,516	,532 ^c	0,519	0,545
N of Valid Cases		389				



Şekil 53: Cinsiyete göre çevreden memnuniyet düzeyi

Şekil 53 incelendiğinde de erkek bireylerin çevreden memnuniyet düzeyinin orta seviye de yığılma gösterdiği anlaşılmaktadır.

4.2.3.2. Yaş grubuna göre faktörlerin karşılaştırılması

4.2.3.2.A Yaş grubuna göre genel sağlık durumu karşılaştırması

Katılımcıların 64'ü 18-24 yaş, 177'si 25-34 yaş, 85'i 35-44 yaş, 43'ü 45-54 yaş, 17'si 55-64 yaş ve 3 'ü 65 ve üzeri yaş grubundadır. Yaş dağılımına göre genel sağlık durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında 18-24 yaş aralığındaki bireylerin memnuniyet düzeyinin orta düzeyde olduğu ve diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu gözlenmektedir.

Tablo 29: Genel sağlık durumu memnuniyet düzeyi

		Kötü	Orta	İyi	Toplam
Yaş	Sayı	9	43	12	64
	18-24 Beklenen Değer	13,8	38,5	11,7	64,0
	% Yaş	14,1%	67,2%	18,8%	100,0%
	Sayı	40	107	30	177
	25-34 Beklenen Değer	38,2	106,5	32,3	177,0
	% Yaş	22,6%	60,5%	16,9%	100,0%
	Sayı	17	49	19	85
	35-44 Beklenen Değer	18,4	51,1	15,5	85,0
	% Yaş	20,0%	57,6%	22,4%	100,0%
	Sayı	14	24	5	43
	45-54 Beklenen Değer	9,3	25,9	7,8	43,0
	% Yaş	32,6%	55,8%	11,6%	100,0%
	Sayı	4	9	4	17
	55-64 Beklenen Değer	3,7	10,2	3,1	17,0
	% Yaş	23,5%	52,9%	23,5%	100,0%
	Sayı	0	2	1	3
	65+ Beklenen Değer	,6	1,8	,5	3,0
	% Yaş	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
Toplam	Sayı	84	234	71	389
	Beklenen Değer	84,0	234,0	71,0	389,0
	% Yaş	21,6%	60,2%	18,3%	100,0%

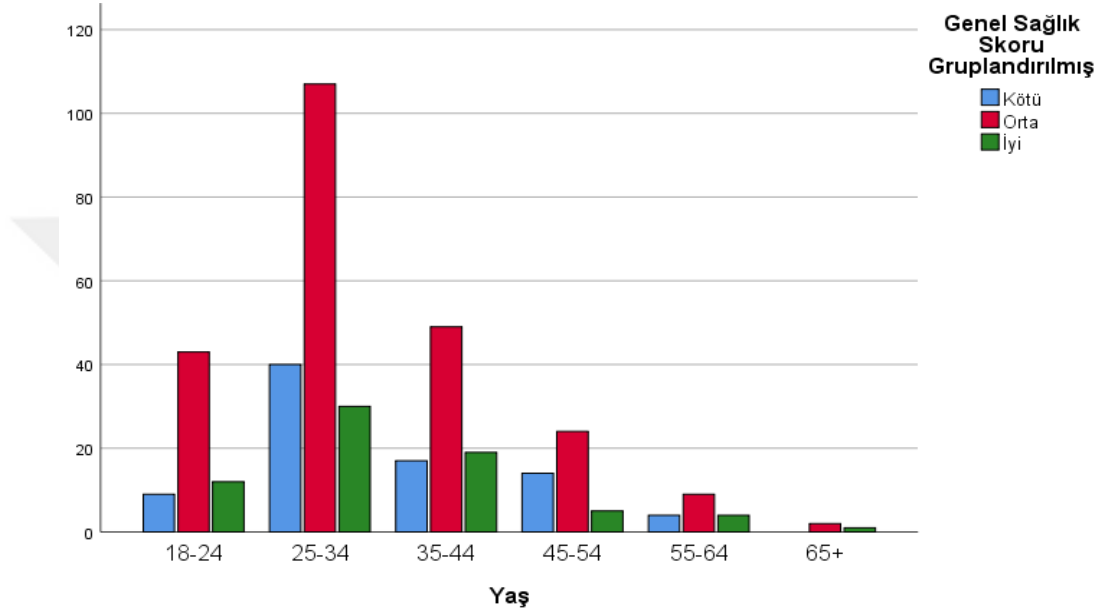
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) yaş ve genel sağlık durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 30 ve 31). χ^2 (df = 10, n=389) = 8.48, $r=0.58$, $r_{hi}=0.14$, $H_{60}=Kabul$.

Tablo 30: Yaş ile genel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,479 ^a	10	0,582	,589 ^b	0,576	0,601
Likelihood Ratio	9,041	10	0,528	,584 ^b	0,572	0,597
Fisher's Exact Test	8,596			,542 ^b	0,529	0,555
Linear-by-Linear Association	,487 ^c	1	0,485	,494 ^b	0,482	0,507
N of Valid Cases	389					

Tablo 31: Yaş ile Genel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,148	0,582	,589 ^c	0,576	0,601
	Cramer's V	0,104	0,582	,589 ^c	0,576	0,601
N of Valid Cases		389				



Şekil 54: Yaş ile genel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi

Şekil 54 incelendiğinde de yaş ile genel sağlık durumu karşılaştırmasında her yaş grubunda orta seviye de yığılma gösterdiği anlaşılmaktadır.

4.2.3.2.B Yaş grubuna göre fiziksel sağlık durumu karşılaştırması

Katılımcıların 64'ü 18-24 yaş, 177'si 25-34 yaş, 85'i 35-44 yaş, 43'ü 45-54 yaş, 17'si 55-64 yaş ve 3 'ü 65 ve üzeri yaş grubundadır. Yaş dağılımına göre fiziksel sağlık durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında 25-34 yaş aralığındaki bireylerin memnuniyet düzeyinin beklenenden daha iyi düzeyde olduğu ve 45-54 yaş aralığındaki bireylerin fiziksel sağlık memnuniyet düzeyinin ise orta seviyede olduğu gözlenmektedir.

Tablo 32: Fiziksel sağlık durumu memnuniyet düzeyi

		Kötü	Orta	İyi	Toplam
Yaş 18-24	Sayı	8	47	9	64
	Beklenen Değer	9,9	44,9	9,2	64,0
	% Yaş	12,5%	73,4%	14,1%	100,0%
25-34	Sayı	26	122	29	177
	Beklenen Değer	27,3	124,2	25,5	177,0
	% Yaş	14,7%	68,9%	16,4%	100,0%
35-44	Sayı	17	55	13	85
	Beklenen Değer	13,1	59,7	12,2	85,0
	% Yaş	20,0%	64,7%	15,3%	100,0%
45-54	Sayı	7	34	2	43
	Beklenen Değer	6,6	30,2	6,2	43,0
	% Yaş	16,3%	79,1%	4,7%	100,0%
55-64	Sayı	1	13	3	17
	Beklenen Değer	2,6	11,9	2,4	17,0
	% Yaş	5,9%	76,5%	17,6%	100,0%
65+	Sayı	1	2	0	3
	Beklenen Değer	,5	2,1	,4	3,0
	% Yaş	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
Toplam	Sayı	60	273	56	389
	Beklenen Değer	60,0	273,0	56,0	389,0
	% Yaş	15,4%	70,2%	14,4%	100,0%

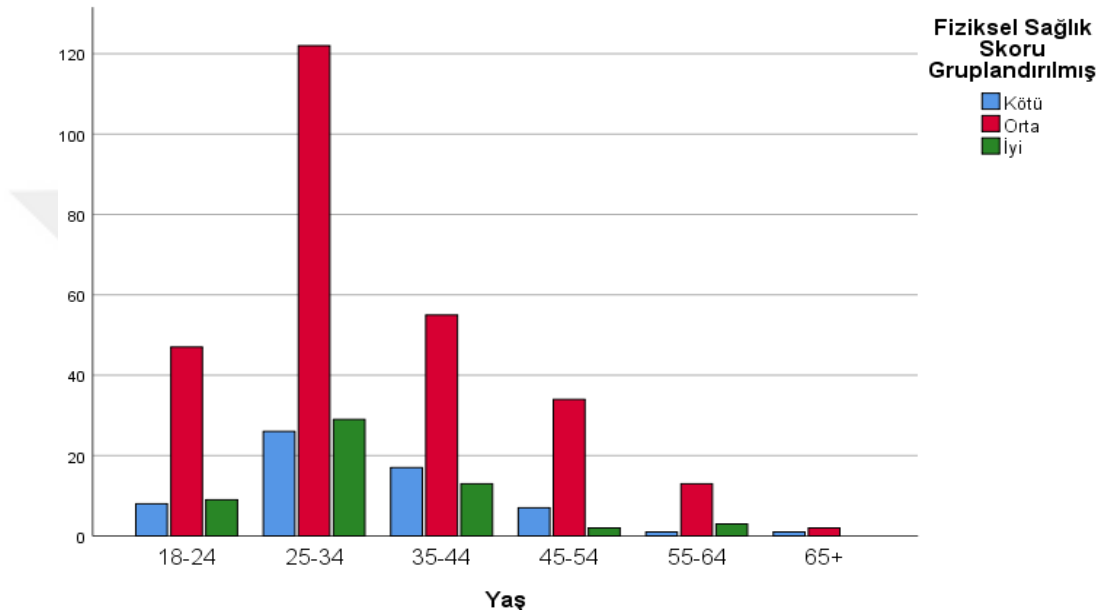
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) yaş ve fiziksel sağlık durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 33 ve 34). χ^2 (df = 10, n=389) = 8.23, $r=0.60$, $r_{hi}=0.14$, $H_0=$ Kabul.

Tablo 33: Yaş ile fiziksel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,235 ^a	10	0,606	,602 ^b	0,589	0,615
Likelihood Ratio	9,729	10	0,465	,508 ^b	0,495	0,521
Fisher's Exact Test	8,52			,538 ^b	0,525	0,551
Linear-by-Linear Association	,946 ^c	1	0,331	,342 ^b	0,33	0,354
N of Valid Cases	389					

Tablo 34: Yaş ile fiziksel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,145	0,606	,602 ^c	0,589	0,615
	Cramer's V	0,103	0,606	,602 ^c	0,589	0,615
N of Valid Cases		389				



Şekil 55: Yaş ile fiziksel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi

Şekil 55 incelendiğinde de yaş ile fiziksel sağlık durumu karşılaştırmasında özellikle 25-34 yaş aralığındaki bireylerin memnuniyet düzeyi diğer yaş gruplarına göre daha fazla orta seviye de yığılma gösterdiği anlaşılmaktadır.

4.2.3.2.C Yaş Grubuna göre psikolojik durumu karşılaştırması

Katılımcıların 64'ü 18-24 yaş, 177'si 25-34 yaş, 85'i 35-44 yaş, 43'ü 45-54 yaş, 17'si 55-64 yaş ve 3 'ü 65 ve üzeri yaş grubundadır. Yaş dağılımına göre psikolojik sağlık durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında 55-64 yaş aralığındaki bireylerin memnuniyet düzeyinin beklenenden daha iyi düzeyde olduğu gözlenmektedir.

Tablo 35: Psikolojik sağlık durumu memnuniyet düzeyi

		Kötü	Orta	İyi	Toplam
Yaş	Sayı	7	38	19	64
	18-24 Beklenen Değer	7,6	32,7	23,7	64,0
	% Yaş	10,9%	59,4%	29,7%	100,0%
	Sayı	21	90	66	177
	25-34 Beklenen Değer	20,9	90,5	65,5	177,0
	% Yaş	11,9%	50,8%	37,3%	100,0%
	Sayı	11	42	32	85
	35-44 Beklenen Değer	10,1	43,5	31,5	85,0
	% Yaş	12,9%	49,4%	37,6%	100,0%
	Sayı	6	22	15	43
	45-54 Beklenen Değer	5,1	22,0	15,9	43,0
	% Yaş	14,0%	51,2%	34,9%	100,0%
	Sayı	0	6	11	17
	55-64 Beklenen Değer	2,0	8,7	6,3	17,0
	% Yaş	0,0%	35,3%	64,7%	100,0%
	Sayı	1	1	1	3
	65+ Beklenen Değer	,4	1,5	1,1	3,0
	% Yaş	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
Total	Sayı	46	199	144	389
	Beklenen Değer	46,0	199,0	144,0	389,0
	% Yaş	11,8%	51,2%	37,0%	100,0%

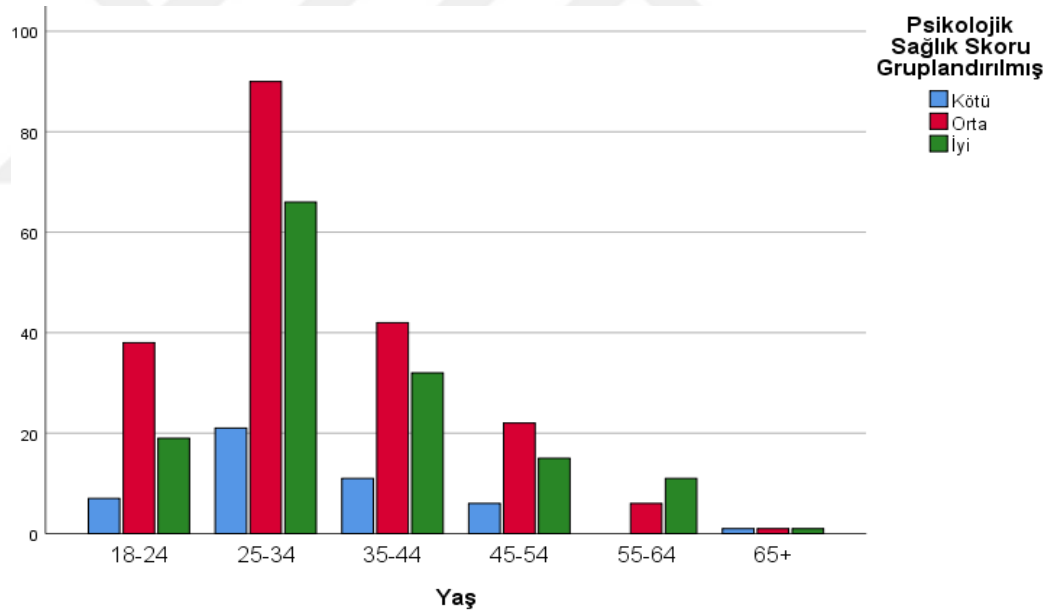
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) yaş ve psikolojik sağlık durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 36 ve 37). χ^2 (df = 10, n=389) = 9.93, $r = 0.45$, $r_{hi} = 0.16$, $H_{80} =$ Kabul.

Tablo 36: Yaş ile psikolojik durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,928 ^a	10	0,447	,441 ^b	0,428	0,454
Likelihood Ratio	11,046	10	0,354	,406 ^b	0,393	0,419
Fisher's Exact Test	9,803			,422 ^b	0,409	0,435
Linear-by-Linear Association	1,546 ^c	1	0,214	,213 ^b	0,203	0,224
N of Valid Cases	389					

Tablo 37: Yaş ile psikolojik durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,16	0,447	,441c	0,428	0,454
	Cramer's V	0,113	0,447	,441c	0,428	0,454
N of Valid Cases		389				

**Şekil 56: Yaş ile psikolojik durumundan memnuniyet düzeyi**

Şekil 56 incelendiğinde de yaş ile psikolojik durumu karşılaştırmasında özellikle 55-64 yaş aralığındaki bireylerin memnuniyet düzeyinin beklenenden daha iyi düzeyde olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.2.D Yaş grubuna göre sosyal ilişkiler durumu karşılaştırması

Katılımcıların 64'ü 18-24 yaş, 177'si 25-34 yaş, 85'i 35-44 yaş, 43'ü 45-54 yaş, 17'si 55-64 yaş ve 3 'ü 65 ve üzeri yaş grubundadır. Yaş dağılımına göre sosyal ilişkiler durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında 25-24 yaş aralığındaki bireylerin memnuniyet düzeyinin orta seviyede olduğu gözlenirken, 35-44 yaş aralığındaki bireylerin memnuniyet düzeyinin ise beklenenden daha iyi düzeyde olduğu gözlenmektedir.

Tablo 38: Sosyal ilişkiler durumu memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Yaş	18-24	Sayı	17	25	22	64
		Beklenen Değer	16,9	26,2	20,9	64,0
		% Yaş	26,6%	39,1%	34,4%	100,0%
	25-34	Sayı	41	80	56	177
		Beklenen Değer	46,9	72,3	57,8	177,0
		% Yaş	23,2%	45,2%	31,6%	100,0%
	35-44	Sayı	27	28	30	85
		Beklenen Değer	22,5	34,7	27,8	85,0
		% Yaş	31,8%	32,9%	35,3%	100,0%
	45-54	Sayı	11	19	13	43
		Beklenen Değer	11,4	17,6	14,0	43,0
		% Yaş	25,6%	44,2%	30,2%	100,0%
	55-64	Sayı	5	7	5	17
		Beklenen Değer	4,5	6,9	5,6	17,0
		% Yaş	29,4%	41,2%	29,4%	100,0%
	65+	Sayı	2	0	1	3
		Beklenen Değer	,8	1,2	1,0	3,0
		% Yaş	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%
Toplam	Sayı		103	159	127	389
	Beklenen Değer		103,0	159,0	127,0	389,0
	% Yaş		26,5%	40,9%	32,6%	100,0%

Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) yaş ve sosyal ilişkiler durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

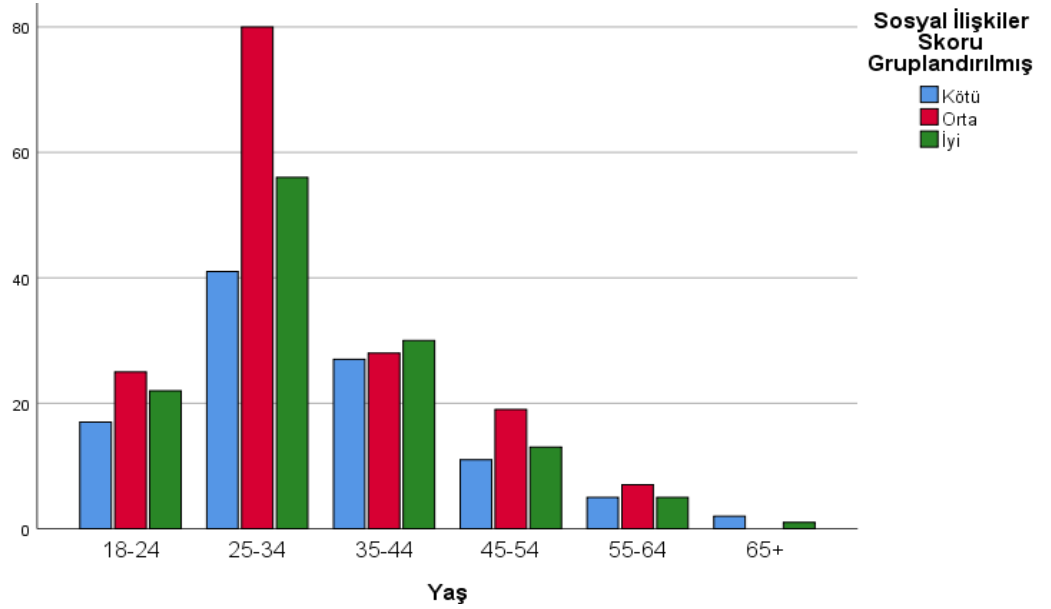
ilişki bulunamamıştır (Tablo 39 ve 40). c^2 (df = 10, n=389) = 7,47, $r=0.68$, $r_{hi}= 0.14$, $H_{00}= Kabul$.

Tablo 39: Yaş ile sosyal ilişkiler durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,469 ^a	10	0,681	,691 ^b	0,679	0,703
Likelihood Ratio	8,188	10	0,611	,683 ^b	0,671	0,695
Fisher's Exact Test	7,398			,682 ^b	0,67	0,694
Linear-by-Linear Association	,591 ^c	1	0,442	,462 ^b	0,449	0,474
N of Valid Cases	389					

Tablo 40: Yaş ile sosyal ilişkiler durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	99% Confidence Interval	
				Significance	Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,139	0,681	,691 ^c	0,679	0,703
	Cramer's V	0,098	0,681	,691 ^c	0,679	0,703
N of Valid Cases		389				



Şekil 57: Yaş ile sosyal ilişkiler durumundan memnuniyet düzeyi

Şekil 57 incelendiğinde de yaş ile sosyal ilişkiler durumu karşılaştırmasında özellikle 35-44 yaş aralığındaki bireylerin memnuniyet düzeyinin iyi seviyede olduğu, 25-34 yaş arasındaki bireylerin ise orta düzeyde yığılma gösterdiği anlaşılmaktadır.

4.2.3.2.E Yaş grubuna göre çevre durumu karşılaştırması

Katılımcıların 64'ü 18-24 yaş, 177'si 25-34 yaş, 85'i 35-44 yaş, 43'ü 45-54 yaş, 17'si 55-64 yaş ve 3 'ü 65 ve üzeri yaş grubundadır. Yaş dağılımına göre çevre durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında 18-24 yaş aralığı ve 55-64 yaş aralığındaki bireylerin memnuniyet düzeyinin beklenenden daha iyi düzeyde olduğu gözlenmektedir.

Tablo 41: Çevre durumu memnuniyet düzeyi

		Kötü	Orta	İyi	
Yaş	18-24	Sayı	10	33	21
		Beklenen Değer	6,6	39,7	17,8
		% Yaş	15,6%	51,6%	32,8%
	25-34	Sayı	18	118	41
		Beklenen Değer	18,2	109,7	49,1
		% Yaş	10,2%	66,7%	23,2%
	35-44	Sayı	10	51	24
		Beklenen Değer	8,7	52,7	23,6
		% Yaş	11,8%	60,0%	28,2%
	45-54	Sayı	2	29	12
		Beklenen Değer	4,4	26,6	11,9
		% Yaş	4,7%	67,4%	27,9%
	55-64	Sayı	0	8	9
		Beklenen Değer	1,7	10,5	4,7
		% Yaş	0,0%	47,1%	52,9%
	65+	Sayı	0	2	1
		Beklenen Değer	,3	1,9	,8
		% Yaş	0,0%	66,7%	33,3%
Toplam	Sayı		40	241	108
	Beklenen Değer		40,0	241,0	108,0
	% Yaş		10,3%	62,0%	27,8%

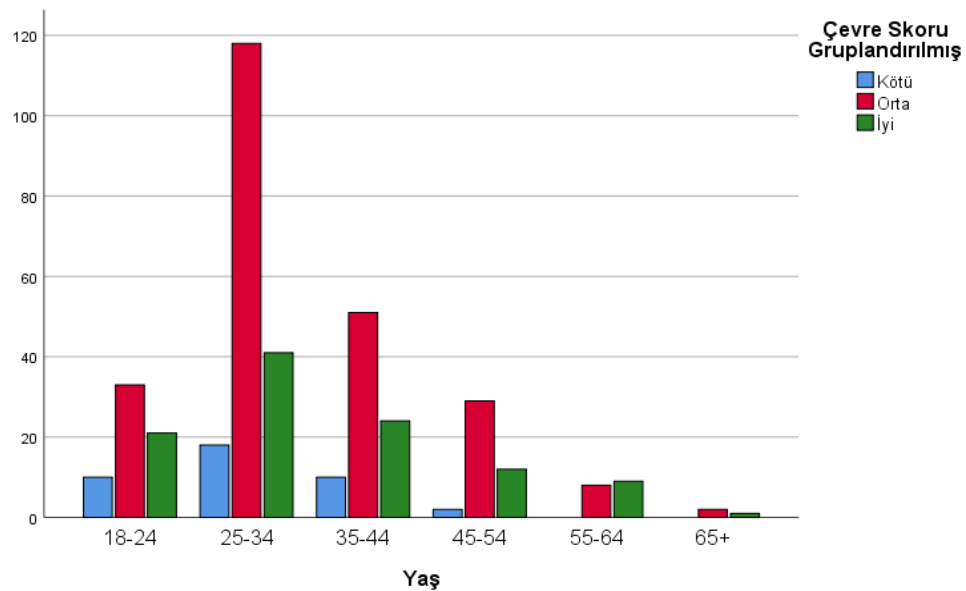
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) yaş ve çevre durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 42 ve 43). χ^2 (df = 10, n=389) = 7,47, $r = 0.68$, $r_{hi} = 0.14$, $H_{10} =$ Kabul.

Tablo 42: Yaş ile çevre durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	13,832 ^a	10	0,181	,180 ^b	0,17	0,189
Likelihood Ratio	15,304	10	0,121	,143 ^b	0,134	0,152
Fisher's Exact Test	12,948			,190 ^b	0,18	0,2
Linear-by-Linear Association	3,754 ^c	1	0,053	,058 ^b	0,052	0,064
N of Valid Cases	389					

Tablo 43. Yaş ile sosyal ilişkiler durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

Value			Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval	
			Lower Bound		Upper Bound	
Nominal by	Phi	0,189	0,181	,180 ^c	0,17	0,189
Nominal	Cramer's V	0,133	0,181	,180 ^c	0,17	0,189
N of Valid Cases		389				



Şekil 58: Yaş ile sosyal ilişkiler durumundan memnuniyet düzeyi

Şekil 58 incelendiğinde de yaş ile çevre durumu karşılaştırmasında özellikle 55-64 yaş aralığındaki bireylerin memnuniyet düzeyinin beklenenden daha iyi düzeyde olduğu gözlenmektedir.

4.2.3.3. Eğitim düzeyine göre faktörlerin karşılaştırılması

4.2.3.3.A Eğitim düzeyine göre genel sağlık durumu karşılaştırması

Katılımcıların eğitim seviyesi verdikleri yanıt frekanslarına göre daha tutarlı sonuçlar elde edebilmek için orta öğretim, lise, ön lisans ve üzeri olmak üzere üç farklı düzeyde gruplandırılmıştır.

Katılımcılardan ortaöğretim düzeyinde 140 kişi, lise ve dengi okullarda 149 kişi, ön lisans ve üzeri 149 kişi eğitim seviyesindedir. Eğitim seviyesine göre genel sağlık durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında orta öğretim seviyesindeki kişilerin memnuniyet düzeyinin beklenenden daha iyi seviyede olduğu gözlenirken, ön lisans ve üzeri eğitim seviyesindeki kişilerin memnuniyet düzeyinin beklenenden daha kötü olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 44: Eğitim seviyesine göre memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Gruplandırılmış Eğitim	Ortaöğretim	Sayı	36	70	34	140
		Beklenen Değer	30,2	84,2	25,6	140
		% Eğitim	25,70%	50,00%	24,30%	100,00%
	Lise	Sayı	32	94	23	149
		Beklenen Değer	32,2	89,6	27,2	149
		% Eğitim	21,50%	63,10%	15,40%	100,00%
	Önlisans ve Üzeri	Sayı	16	70	14	100
		Beklenen Değer	21,6	60,2	18,3	100
		% Eğitim	16,00%	70,00%	14,00%	100,00%
Toplam	Sayı		84	234	71	389
	Beklenen Değer		84	234	71	389
	% Eğitim		21,60%	60,20%	18,30%	100,00%

Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) eğitim seviyesi ile genel sağlık durumu memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 45 ve 46). χ^2 (df = 4, n=389) = 11.20, $r = 0.02$, $r_{hi} = 0.17$. $H_{11} =$ Kabul.

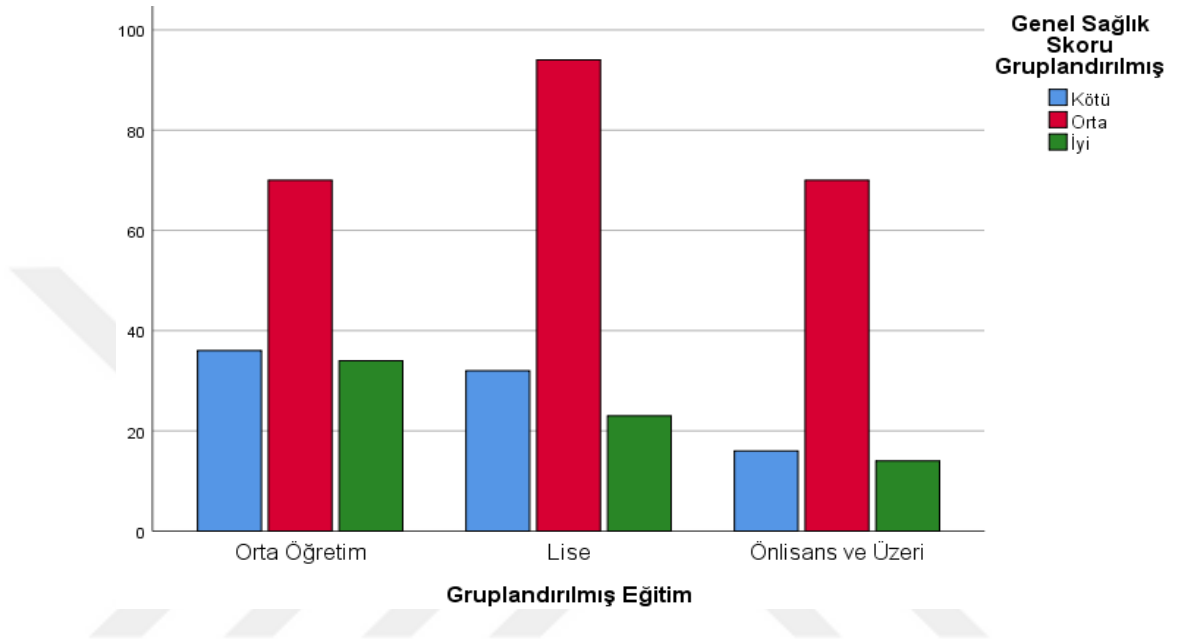
Tablo 45: Eğitim seviyesi ile genel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	11,205 ^a	4	0,024	,020 ^b	0,017	0,024
Likelihood Ratio	11,207	4	0,024	,021 ^b	0,017	0,025
Fisher's Exact Test	10,986			,022 ^b	0,018	0,025
Linear-by-Linear Association	,019 ^c	1	0,89	,922 ^b	0,915	0,929
N of Valid Cases	389					

Ki-kare analizinde hesaplanan $r_{hi} = 0.17$ değerine göre eğitim seviyesinin genel sağlık durumundan memnun olma düzeyinde orta büyüklükte bir etkiye sahiptir.

Tablo 46: Eğitim seviyesi ile genel sağlık durumu karşılaştırması phi ve cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval	
			Lower Bound		Upper Bound	
Nominal by Nominal	Phi	0,17	0,024	,020 ^c	0,017	0,024
	Cramer's V	0,12	0,024	,020 ^c	0,017	0,024
N of Valid Cases		389				



Şekil 59: Eğitim seviyesi ile genel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi

Şekil 59 incelendiğinde de eğitim seviyesi ile genel sağlık durumu karşılaştırmasında ön lisans ve üzeri eğitim seviyesindeki kişilerin memnuniyet düzeyinin beklenenden daha kötü düzeyde olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.3.B Eğitim düzeyine göre fiziksel sağlık durumu karşılaştırması

Katılımcıların eğitim seviyesi verdikleri yanıt frekanslarına göre daha tutarlı sonuçlar elde edebilmek için orta öğretim, lise, ön lisans ve üzeri olmak üzere üç farklı düzeyde gruplandırılmıştır.

Katılımcılardan ortaöğretim düzeyinde 140 kişi, lise ve dengi okullarda 149 kişi, ön lisans ve üzeri 149 kişi eğitim seviyesindedir. Eğitim seviyesine göre fiziksel sağlık

durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında ön lisans ve üzeri eğitim seviyesindeki kişilerin memnuniyet düzeyi beklenenden daha kötü seviyede, lise eğitim seviyesindeki kişilerin memnuniyet düzeyinin ise beklenenden daha iyi seviyede olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 47: Eğitim seviyesine göre memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Gruplandırılmış Eğitim	Orta Öğretim	Sayı	20	104	16	140
		Beklenen Değer	21,6	98,3	20,2	140
		% Eğitim	14,30%	74,30%	11,40%	100,00%
	Lise	Sayı	20	98	31	149
		Beklenen Değer	23	104,6	21,4	149
		% Eğitim	13,40%	65,80%	20,80%	100,00%
	Önlisans ve Üzeri	Sayı	20	71	9	100
		Beklenen Değer	15,4	70,2	14,4	100
		% Eğitim	20,00%	71,00%	9,00%	100,00%
Toplam	Sayı		60	273	56	389
	Beklenen Değer		60	273	56	389
	% Eğitim		15,40%	70,20%	14,40%	100,00%

Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) eğitim seviyesi ile fiziksel sağlık durumu memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 48 ve 49). χ^2 (df = 4, n=389) = 9.75, $r=0.04$, $r_{hi}=0.16$, $H_{12}=Kabul$.

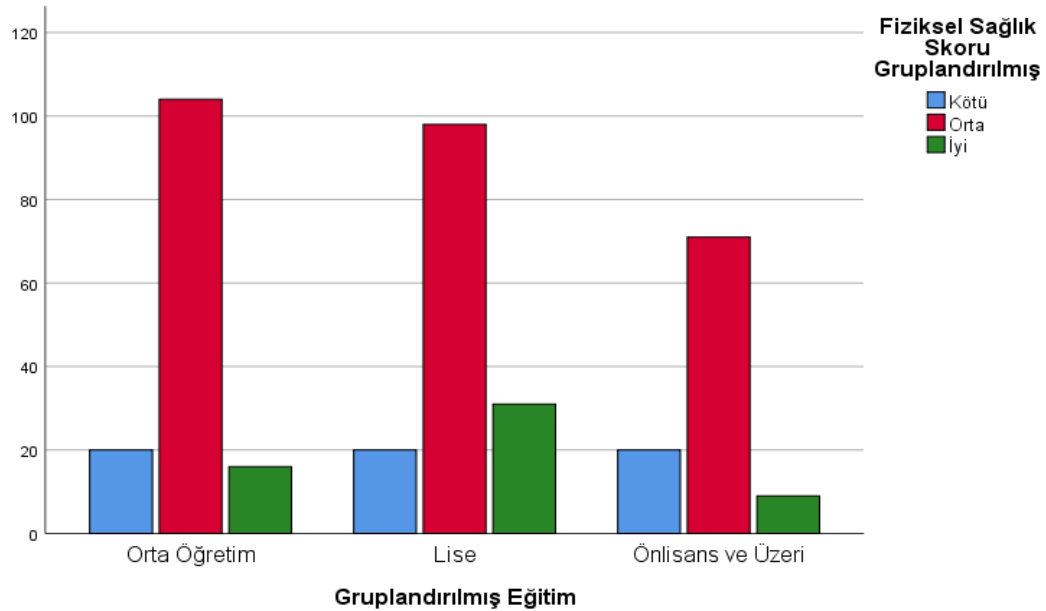
Tablo 48: Eğitim seviyesi ile fiziksel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,751 ^a	4	0,045	,042 ^b	0,037	0,047
Likelihood Ratio	9,518	4	0,049	,048 ^b	0,043	0,054
Fisher's Exact Test	9,288			,049 ^b	0,044	0,055
Linear-by-Linear Association	,779 ^c	1	0,377	,397 ^b	0,384	0,409
N of Valid Cases	389					

Ki-kare analizinde hesaplanan rhi= 0.16 değerine göre eğitim seviyesinin genel sağlık durumundan memnun olma düzeyinde orta büyüklükte bir etkiye sahiptir.

Tablo 49: Eğitim seviyesi ile fiziksel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Significance	Monte Carlo Significance 99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,158	0,045	,042 ^c	0,037	0,047
	Cramer's V	0,112	0,045	,042 ^c	0,037	0,047
N of Valid Cases		389				

**Şekil 60: Eğitim seviyesi ile fiziksel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi**

Şekil 60 incelendiğinde de eğitim seviyesi ile fiziksel sağlık durumu karşılaştırmasında lise eğitim seviyesindeki kişilerin memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.3.C Eğitim düzeyine göre psikolojik durumu karşılaştırması

Katılımcıların eğitim seviyesi verdikleri yanıt frekanslarına göre daha tutarlı sonuçlar elde edebilmek için orta öğretim, lise, ön lisans ve üzeri olmak üzere üç farklı düzeyde gruplandırılmıştır.

Katılımcılardan ortaöğretim düzeyinde 140 kişi, lise ve dengi okullarda 149 kişi, ön lisans ve üzeri 149 kişi eğitim seviyesindedir. Eğitim seviyesine göre psikolojik durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında orta öğretim eğitim seviyesindeki kişilerin memnuniyet düzeyi beklenenden daha iyi seviyede olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 50: Eğitim seviyesine göre memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Gruplandırılmış Eğitim	Orta Öğretim	Sayı	12	69	59	140
		Beklenen Değer	16,6	71,6	51,8	140
		% Eğitim	8,60%	49,30%	42,10%	100,00%
	Lise	Sayı	21	78	50	149
		Beklenen Değer	17,6	76,2	55,2	149
		% Eğitim	14,10%	52,30%	33,60%	100,00%
	Önlisans ve Üzeri	Sayı	13	52	35	100
		Beklenen Değer	11,8	51,2	37	100
		% Eğitim	13,00%	52,00%	35,00%	100,00%
Toplam	Sayı	46	199	144	389	
	Beklenen Değer	46	199	144	389	
	% Eğitim	11,80%	51,20%	37,00%	100,00%	

Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) eğitim seviyesi ile psikolojik durumu memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

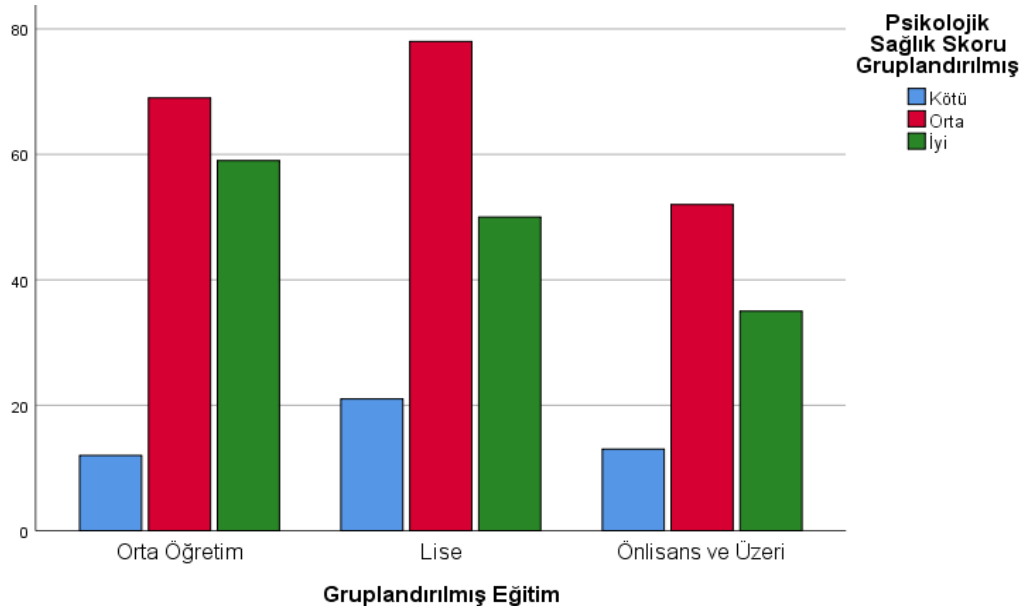
ilişki bulunamamıştır (Tablo 51 ve 52). c^2 (df = 4, n=389) = 3.75, $r=0.44$, $rhi= 0.09$.
H13₀= Kabul.

Tablo 51: Eğitim seviyesi ile psikolojik durumu ki-kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Significance	Monte Carlo Sig. (2-sided) 99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,755 ^a	4	0,44	,435 ^b	0,422	0,448
Likelihood Ratio	3,823	4	0,43	,430 ^b	0,417	0,443
Fisher's Exact Test	3,794			,428 ^b	0,415	0,441
Linear-by-Linear Association	2,216 ^c	1	0,137	,150 ^b	0,141	0,16
N of Valid Cases	389					

Tablo 52: Eğitim seviyesi ile psikolojik durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	Monte Carlo Sig. (2-sided) 99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,098	0,44	,435 ^c	0,422	0,448
	Cramer's V	0,069	0,44	,435 ^c	0,422	0,448
N of Valid Cases		389				



Şekil 61: Eğitim seviyesi ile psikolojik durumundan memnuniyet düzeyi

Şekil 61 incelendiğinde de eğitim seviyesi ile psikolojik durumu karşılaştırmasında orta öğretim eğitim seviyesindeki kişilerin memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.3.D Eğitim düzeyine göre sosyal ilişkiler durumu karşılaştırması

Katılımcıların eğitim seviyesi verdikleri yanıt frekanslarına göre daha tutarlı sonuçlar elde edebilmek için orta öğretim, lise, ön lisans ve üzeri olmak üzere üç farklı düzeyde gruplandırılmıştır.

Katılımcılardan ortaöğretim düzeyinde 140 kişi, lise ve dengi okullarda 149 kişi, ön lisans ve üzeri 149 kişi eğitim seviyesindedir. Eğitim seviyesine göre sosyal ilişkiler durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında önlisans ve üzeri eğitim seviyesindeki kişilerin memnuniyet düzeyi beklenenden daha kötü seviyede olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 53: Eğitim seviyesine göre memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Gruplandırılmış Eğitim	Orta Öğretim	Sayı	31	51	58	140
		Beklenen Değer	37,1	57,2	45,7	140
		% Eğitim	22,10%	36,40%	41,40%	100,00%
	Lise	Sayı	37	66	46	149
		Beklenen Değer	39,5	60,9	48,6	149
		% Eğitim	24,80%	44,30%	30,90%	100,00%
	Önlisans ve Üzeri	Sayı	35	42	23	100
		Beklenen Değer	26,5	40,9	32,6	100
		% Eğitim	35,00%	42,00%	23,00%	100,00%
Toplam	Sayı	103	159	127	389	
	Beklenen Değer	103	159	127	389	
	% Eğitim	26,50%	40,90%	32,60%	100,00%	

Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) eğitim seviyesi ile sosyal ilişki durumu memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 54 ve 55). χ^2 (df = 4, n=389) = 11.325, $r = 0.02$, $r_{hi} = 0.17$, $H_{14} =$ Kabul.

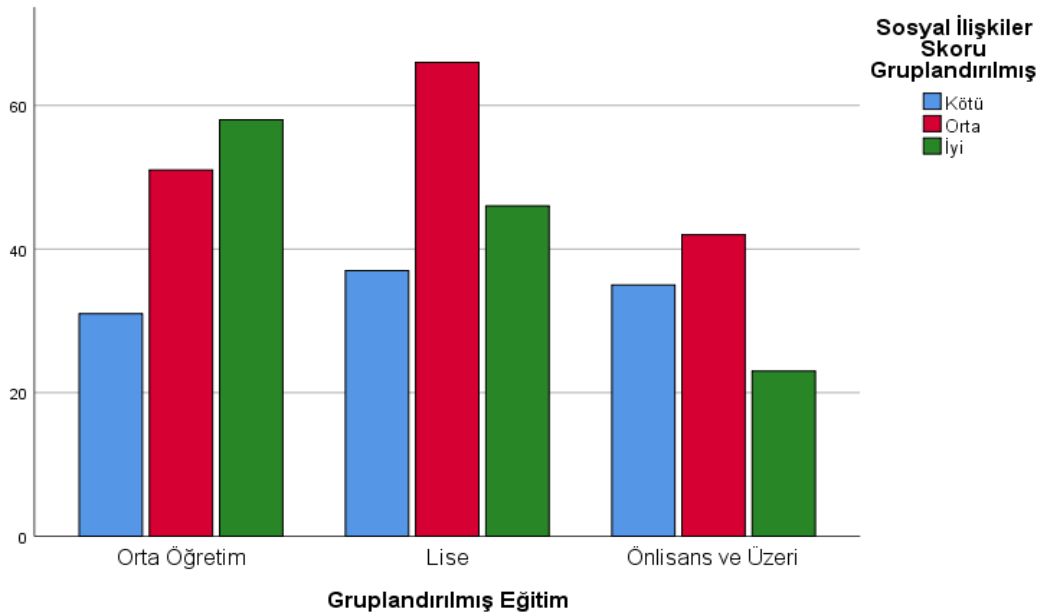
Tablo 54: Eğitim seviyesi ile sosyal ilişki durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	11,325 ^a	4	0,023	,021 ^b	0,018	0,025
Likelihood Ratio	11,219	4	0,024	,023 ^b	0,019	0,027
Fisher's Exact Test	11,11			,023 ^b	0,019	0,027
Linear-by-Linear Association	9,606 ^c	1	0,002	,001 ^b	0	0,002
N of Valid Cases	389					

Ki-kare analizinde hesaplanan rhi= 0.17 değerine göre eğitim seviyesinin sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyinde orta büyüklükte bir etkiye sahiptir.

Tablo 55: Eğitim seviyesi ile sosyal ilişki durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance Significance	99% Confidence Interval	
Nominal by Nominal					Lower Bound	Upper Bound
	Phi	0,171	0,023	,021 ^c	0,018	0,025
	Cramer's V	0,121	0,023	,021 ^c	0,018	0,025
N of Valid Cases		389				

**Şekil 62: Eğitim seviyesi ile sosyal ilişki durumundan memnuniyet düzeyi**

Şekil 62 incelendiğinde de eğitim seviyesi ile sosyal ilişki durumu karşılaştırmasında orta öğretim eğitim seviyesindeki kişilerin memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.3.E Eğitim düzeyine göre çevre durumu karşılaştırması

Katılımcıların eğitim seviyesi verdikleri yanıt frekanslarına göre daha tutarlı sonuçlar elde edebilmek için orta öğretim, lise, ön lisans ve üzeri olmak üzere üç farklı düzeyde gruplandırılmıştır.

Katılımcılardan ortaöğretim düzeyinde 140 kişi, lise ve dengi okullarda 149 kişi, ön lisans ve üzeri 149 kişi eğitim seviyesindedir. Eğitim seviyesine göre çevre durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında önlisans ve üzeri eğitim seviyesindeki kişilerin memnuniyet düzeyi beklenenden daha kötü seviyede olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 56: Eğitim seviyesine göre memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Gruplandırılmış Eğitim	Orta Öğretim	Sayı	15	83	42	140
		Beklenen Değer	14,4	86,7	38,9	140
		% Eğitim	10,70%	59,30%	30,00%	100,00%
	Lise	Sayı	15	91	43	149
		Beklenen Değer	15,3	92,3	41,4	149
		% Eğitim	10,10%	61,10%	28,90%	100,00%
	Önlisans ve Üzeri	Sayı	10	67	23	100
		Beklenen Değer	10,3	62	27,8	100
		% Eğitim	10,00%	67,00%	23,00%	100,00%
Toplam	Sayı		40	241	108	389
	Beklenen Değer		40	241	108	389
	% Eğitim		10,30%	62,00%	27,80%	100,00%

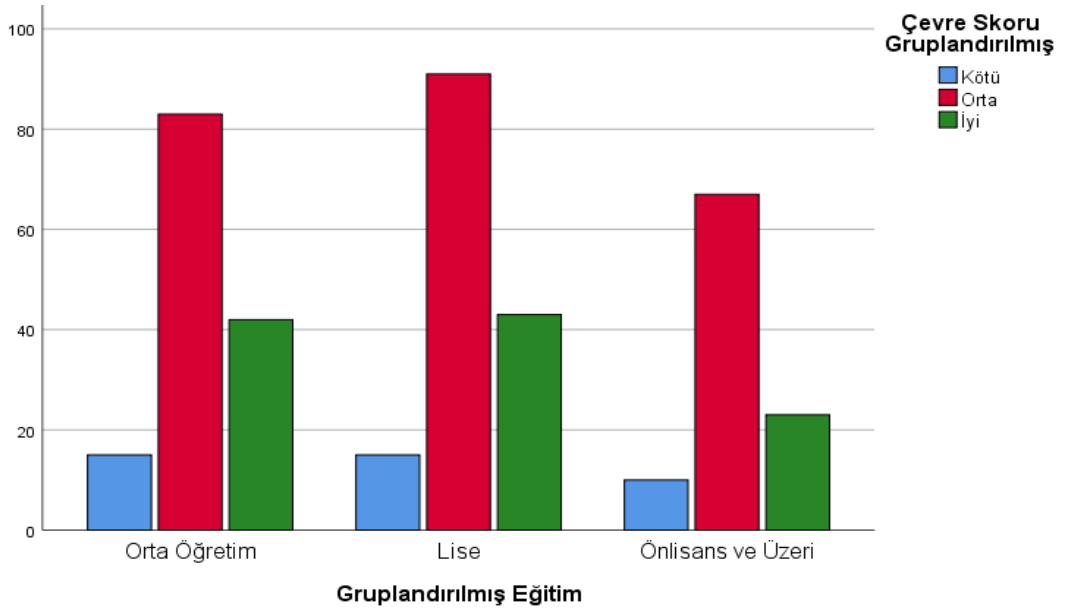
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) eğitim seviyesi ile çevre durumu memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 57 ve 58). χ^2 (df = 4, n=389) = 1.76, r =0.77, rhi= 0.07. H150= Kabul.

Tablo 57: Eğitim seviyesi ile çevre durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. Significance	Monte Carlo Sig. (2-sided) 99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,764 ^a	4	0,779	,780 ^b	0,77	0,791
Likelihood Ratio	1,8	4	0,773	,774 ^b	0,764	0,785
Fisher's Exact Test	1,79			,779 ^b	0,769	0,79
Linear-by-Linear Association	,593 ^c	1	0,441	,441 ^b	0,428	0,453
N of Valid Cases	389					

Tablo 58: Eğitim seviyesi ile çevre durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	Monte Carlo Significance 99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,067	0,779	,780 ^c	0,77	0,791
	Cramer's V	0,048	0,779	,780 ^c	0,77	0,791
N of Valid Cases		389				

**Şekil 63: Eğitim seviyesi ile çevre durumundan memnuniyet düzeyi**

Şekil 63 incelendiğinde de eğitim seviyesi ile çevre durumu karşılaştırmasında önlisans ve üzeri eğitim seviyesindeki kişilerin memnuniyet düzeyi beklenenden daha kötü seviyede olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.4. Çalışma durumuna göre faktörlerin karşılaştırılması

4.2.3.4.A Çalışma durumuna göre genel sağlık durumu karşılaştırması

Katılımcıların çalışma durumuna verdikleri yanıt frekanslarına göre herhangi bir işte çalışan 215 kişi, çalışmayan ise 174 kişi bulunmaktadır. Çalışma durumuna göre genel sağlık durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında herhangi bir işte çalışan kişilerin memnuniyet düzeyi beklenenden daha iyi seviyede olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 59: Çalışma durumuna göre memnuniyet düzeyi

		Kötü	Orta	İyi	Toplam
Çalışma Durumu	Sayı	42	125	48	215
	Evet Beklenen Değer	46,4	129,3	39,2	215
	% Çalışma Durumu	19,50%	58,10%	22,30%	100,00%
	Sayı	42	109	23	174
	Hayır Beklenen Değer	37,6	104,7	31,8	174
	% Çalışma Durumu	24,10%	62,60%	13,20%	100,00%
Total	Sayı	84	234	71	389
	Beklenen Değer	84	234	71	389
	% Çalışma Durumu	21,60%	60,20%	18,30%	100,00%

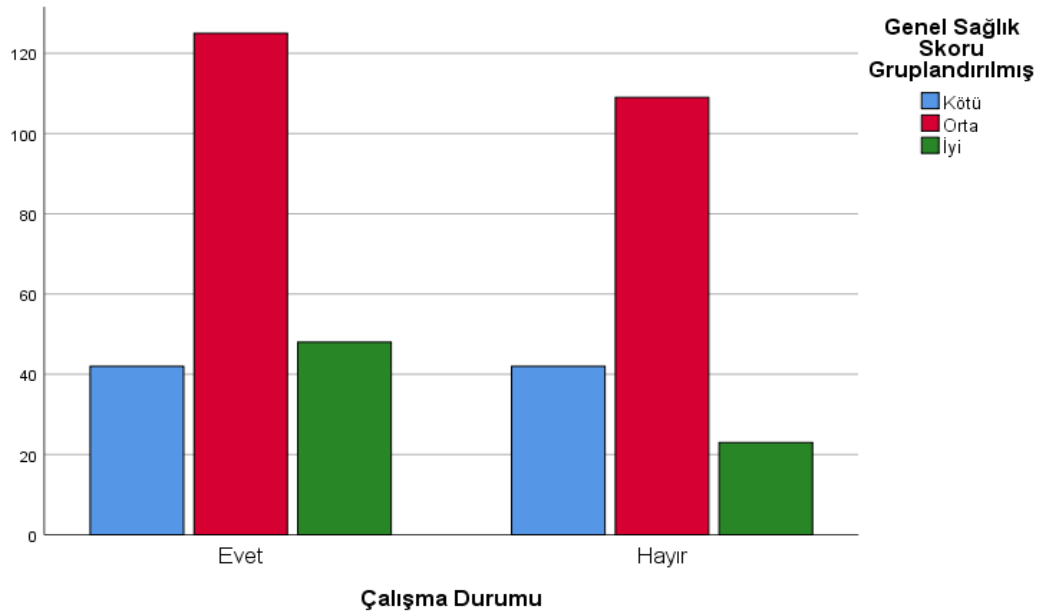
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) çalışma durumu ile genel sağlık durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 60 ve 61). $c^2 (df = 2, n=389) = 5.64$, $r = 0.06$, $r_{hi} = 0.12$. $H_{160} =$ Kabul.

Tablo 60: Çalışma durumu ile genel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,638 ^a	2	0,06	,061 ^b	0,055	0,067
Likelihood Ratio	5,76	2	0,056	,059 ^b	0,053	0,065
Fisher's Exact Test	5,672			,059 ^b	0,053	0,065
Linear-by-Linear Association	4,538 ^c	1	0,033	,039 ^b	0,034	0,044
N of Valid Cases	389					

Tablo 61: Çalışma durumu ile genel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval Lower Bound Upper Bound	
Nominal by Nominal	Phi	0,12	0,06	,061 ^c	0,055	0,067
	Cramer's V	0,12	0,06	,061 ^c	0,055	0,067
N of Valid Cases		389				

**Şekil 64: Çalışma durumu ile genel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi**

Şekil 64 incelendiğinde de çalışma durumu ile genel sağlık durumundan memnuniyet düzeyine bakıldığında çalışan kişilerin beklenenden daha iyi seviyede olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.4.B Çalışma durumuna göre sağlık durumu karşılaştırması fiziksel

Katılımcıların çalışma durumuna verdikleri yanıt frekanslarına göre herhangi bir işte çalışan 215 kişi, çalışmayan ise 174 kişi bulunmaktadır. Çalışma durumuna göre fiziksel sağlık durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında herhangi bir işte çalışmayan kişilerin memnuniyet düzeyi beklenenden daha iyi seviyede olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 62: Çalışma durumuna göre memnuniyet düzeyi

		Kötü	Orta	İyi	Toplam
Çalışma Durumu	Sayı	33	154	28	215
	Evet Beklenen Değer	33,2	150,9	31	215
	% Çalışma Durumu	15,30%	71,60%	13,00%	100,00%
	Sayı	27	119	28	174
	Hayır Beklenen Değer	26,8	122,1	25	174
	% Çalışma Durumu	15,50%	68,40%	16,10%	100,00%
Toplam	Sayı	60	273	56	389
	Beklenen Değer	60	273	56	389
	% Çalışma Durumu	15,40%	70,20%	14,40%	100,00%

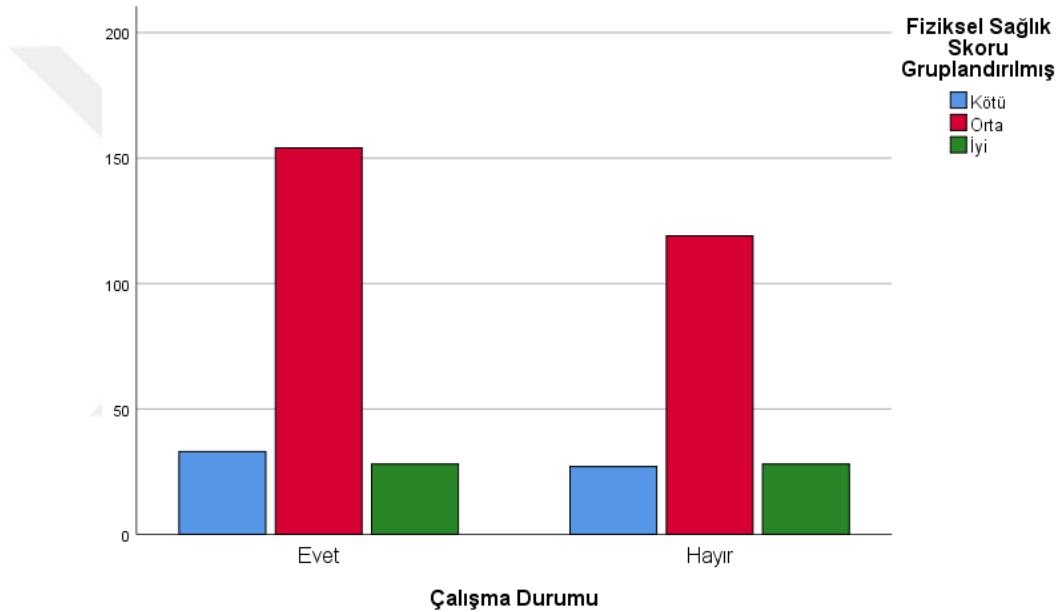
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) çalışma durumu ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 63 ve 64). χ^2 (df = 2, n=389) = 0.77, r = 0.06, rhi = 0.04. H170= Kabul.

Tablo 63: Çalışma durumu ile fiziksel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,774 ^a	2	0,679	,704 ^b	0,692	0,715
Likelihood Ratio	0,771	2	0,68	,704 ^b	0,692	0,715
Fisher's Exact Test	0,796			,694 ^b	0,682	0,706
Linear-by-Linear Association	,271 ^c	1	0,603	,647 ^b	0,634	0,659
N of Valid Cases	389					

Tablo 64: Çalışma durumu ile fiziksel sağlık durumu karşılaştırması phi ve cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,045	0,679	,704 ^c	0,692	0,715
	Cramer's V	0,045	0,679	,704 ^c	0,692	0,715
N of Valid Cases		389				



Şekil 65: Çalışma durumu ile fiziksel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi

Şekil 65 incelendiğinde de çalışma durumu ile fiziksel sağlık durumundan memnuniyet düzeyine bakıldığında çalışmayan kişilerin memnuniyet düzeyi beklenenden daha iyi seviyede olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.4.C Çalışma durumuna göre psikolojik durumu karşılaştırması

Katılımcıların çalışma durumuna verdikleri yanıt frekanslarına göre herhangi bir işte çalışan 215 kişi, çalışmayan ise 174 kişi bulunmaktadır. Çalışma durumuna göre psikolojik durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında

herhangi bir işte çalışan kişilerin memnuniyet düzeyi çalışmayanlara göre daha iyi seviyede olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 65: Çalışma durumuna göre memnuniyet düzeyi

		Kötü	Orta	İyi	Toplam
Çalışma Durumu	Sayı	28	107	80	215
	Evet Beklenen Değer	25,4	110	79,6	215
	% Çalışma Durumu	13,00%	49,80%	37,20%	100,00%
	Sayı	18	92	64	174
	Hayır Beklenen Değer	20,6	89	64,4	174
	% Çalışma Durumu	10,30%	52,90%	36,80%	100,00%
Toplam	Sayı	46	199	144	389
	Beklenen Değer	46	199	144	389
	% Çalışma Durumu	11,80%	51,20%	37,00%	100,00%

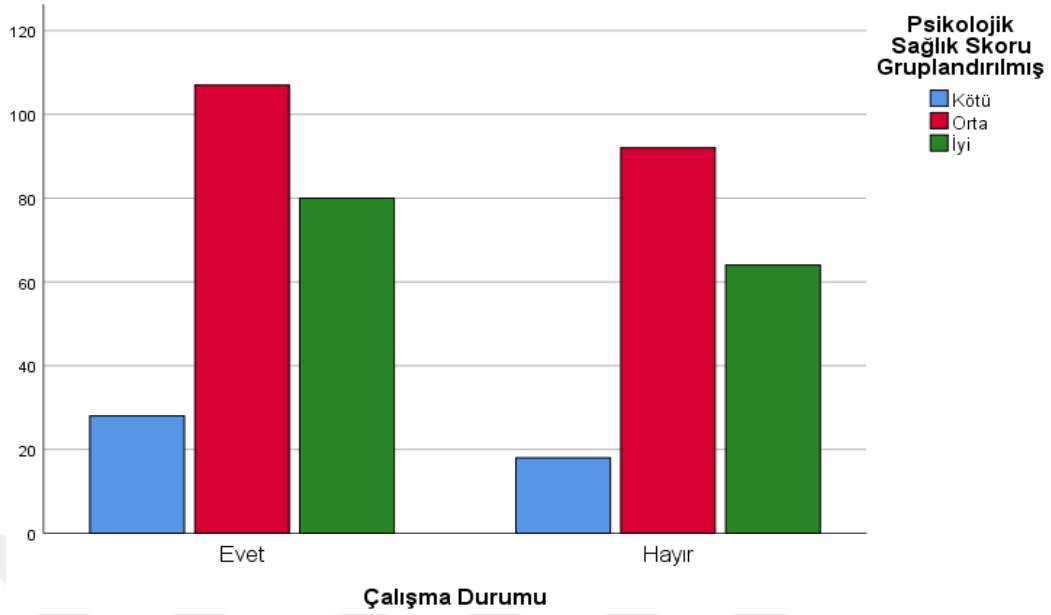
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) çalışma durumu ile psikolojik durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 66 ve 67). χ^2 (df = 2, n=389) = 0.77, r =0.68, rhi= 0.04. H180= Kabul.

Tablo 66: Çalışma durumu ile psikolojik durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,770 ^a	2	0,681	,678 ^b	0,666	0,69
Likelihood Ratio	0,775	2	0,679	,678 ^b	0,666	0,69
Fisher's Exact Test	0,758			,678 ^b	0,666	0,69
Linear-by-Linear Association	,114 ^c	1	0,735	,757 ^b	0,746	0,768
N of Valid Cases	389					

Tablo 67: Çalışma durumu ile psikolojik durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,044	0,681	,678 ^c	0,666	0,69
	Cramer's V	0,044	0,681	,678 ^c	0,666	0,69
N of Valid Cases		389				



Şekil 66: Çalışma durumu ile fiziksel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi

Şekil 66 incelendiğinde de çalışma durumu ile psikolojik durumundan memnuniyet düzeyine bakıldığında çalışan kişilerin memnuniyet düzeyinin çalışmayanlara göre sağa doğru kayma gösterdiği anlaşılmaktadır.

4.2.3.4.D Çalışma durumuna göre sosyal ilişkiler durumu karşılaştırması

Katılımcıların çalışma durumuna verdikleri yanıt frekanslarına göre herhangi bir işte çalışan 215 kişi, çalışmayan ise 174 kişi bulunmaktadır. Çalışma durumuna göre sosyal ilişkiler durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında herhangi bir işte çalışan kişilerin memnuniyet düzeyinin beklenenden çok daha iyi seviyede olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 68: Çalışma durumuna göre memnuniyet düzeyi

		Kötü	Orta	İyi	Toplam
Çalışma Durumu	Sayı	63	75	77	215
	Evet Beklenen Değer	56,9	87,9	70,2	215
	% Çalışma Durumu	29,30%	34,90%	35,80%	100,00%
	Sayı	40	84	50	174
	Hayır Beklenen Değer	46,1	71,1	56,8	174
	% Çalışma Durumu	23,00%	48,30%	28,70%	100,00%
Toplam	Sayı	103	159	127	389
	Beklenen Değer	103	159	127	389
	% Çalışma Durumu	26,50%	40,90%	32,60%	100,00%

Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) çalışma durumu ile sosyal ilişkiler durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 69 ve 70). χ^2 (df = 2, n=389) = 7.14, $r = 0.02$, $r_{hi} = 0.04$, $H_{191} = \text{Kabul}$.

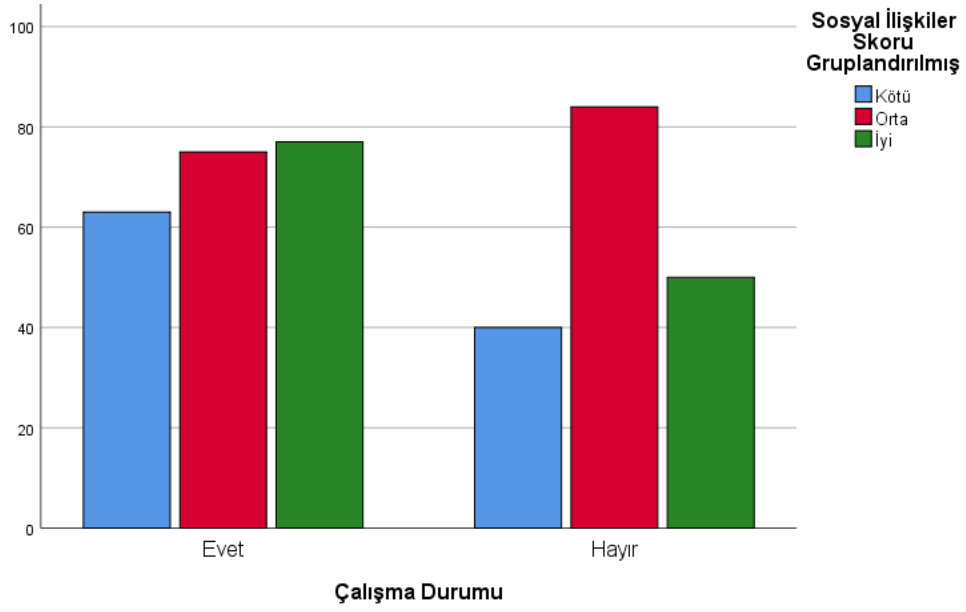
Tablo 69: Çalışma durumu ile sosyal ilişkiler durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,144 ^a	2	0,028	,030 ^b	0,025	0,034
Likelihood Ratio	7,144	2	0,028	,030 ^b	0,026	0,035
Fisher's Exact Test	7,088			,030 ^b	0,026	0,035
Linear-by-Linear Association	,010 ^c	1	0,922	,949 ^b	0,944	0,955
N of Valid Cases	389					

Ki-kare analizinde hesaplanan $r_{hi} = 0.13$ değerine göre eğitim seviyesinin sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyinde orta büyüklükte bir etkiye sahiptir.

Tablo 70: Eğitim seviyesi ile sosyal ilişki durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
Nominal by	Phi	0,136	0,028	,030 ^c	0,025	0,034
Nominal	Cramer's V	0,136	0,028	,030 ^c	0,025	0,034
N of Valid Cases		389				



Şekil 67: Çalışma durumu ile sosyal ilişkiler durumundan memnuniyet düzeyi

Şekil 67 incelendiğinde de çalışma durumu ile sosyal ilişkilerin memnuniyet düzeyine bakıldığında çalışan kişilerin memnuniyet düzeyinin çalışmayanlara göre daha belirgin şekilde sağa doğru kayma gösterdiği anlaşılmaktadır.

4.2.3.4.E Çalışma durumuna göre çevre durumu karşılaştırması

Katılımcıların çalışma durumuna verdikleri yanıt frekanslarına göre herhangi bir işte çalışan 215 kişi, çalışmayan ise 174 kişi bulunmaktadır. Çalışma durumuna göre çevre karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında herhangi bir işte çalışan kişilerin memnuniyet düzeyinin orta seviyede memnun olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 71: Çalışma durumuna göre memnuniyet düzeyi

		Kötü	Orta	İyi	Toplam	
Çalışma Durumu	Evet	Sayı	19	137	59	215
		Beklenen Değer	22,1	133,2	59,7	215
		% Çalışma Durumu	8,80%	63,70%	27,40%	100,00%
	Hayır	Sayı	21	104	49	174
		Beklenen Değer	17,9	107,8	48,3	174
		% Çalışma Durumu	12,10%	59,80%	28,20%	100,00%
Total	Sayı	40	241	108	389	
	Beklenen Değer	40	241	108	389	
	% Çalışma Durumu	10,30%	62,00%	27,80%	100,00%	

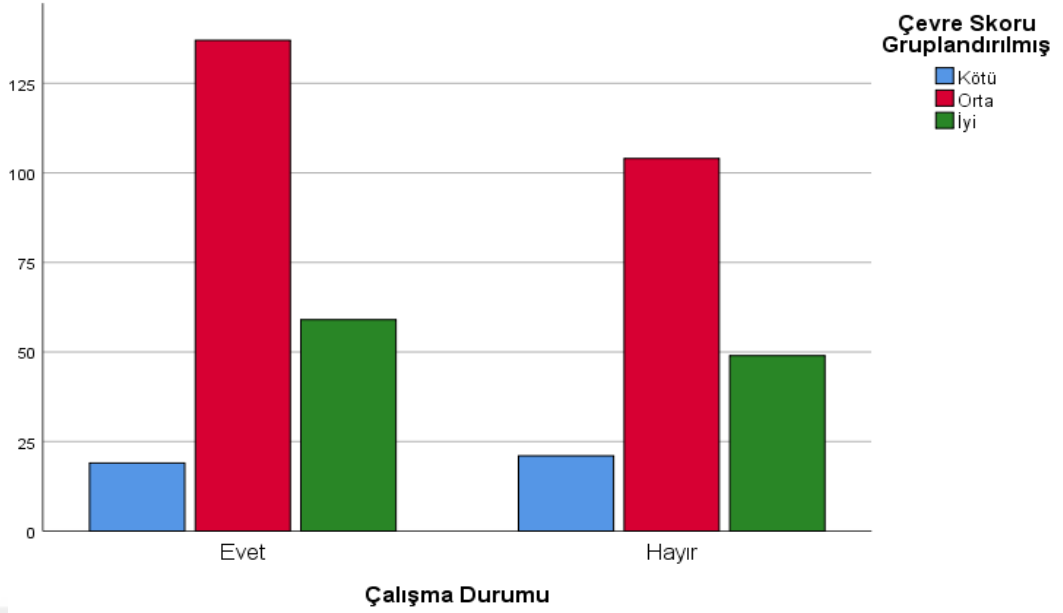
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) çalışma durumu ile çevre durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 72 ve 73). χ^2 (df = 2, n=389) = 1.24, $r = 0.54$, $r_{hi} = 0.05$. $H_{20} =$ Kabul.

Tablo 72: Çalışma durumu ile çevre durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,237 ^a	2	0,539	,522 ^b	0,509	0,535
Likelihood Ratio	1,231	2	0,54	,529 ^b	0,516	0,542
Fisher's Exact Test	1,252			,522 ^b	0,509	0,535
Linear-by-Linear Association	,173 ^c	1	0,677	,730 ^b	0,718	0,741
N of Valid Cases	389					

Tablo 73: Çalışma durumu ile çevre durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval	
			Lower Bound		Upper Bound	
Nominal by	Phi	0,056	0,539	,522 ^c	0,509	0,535
Nominal	Cramer's V	0,056	0,539	,522 ^c	0,509	0,535
N of Valid Cases		389				



Şekil 68: Çalışma durumu ile çevre memnuniyet düzeyi

Şekil 68 incelendiğinde de çalışma durumu ile çevreden memnun olma düzeyine bakıldığında çalışan kişilerin memnuniyet düzeyinin orta seviyede yığılma gösterdiği anlaşılmaktadır.

4.2.3.5. Medeni haline göre faktörlerin karşılaştırılması

4.2.3.5.A Medeni haline göre genel sağlık durumu karşılaştırması

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında 148 kişinin evli, 241 kişinin ise bekar olduğu anlaşılmıştır. Medeni durumuna göre genel sağlık durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında evli bireylerin memnuniyet düzeyinin orta seviyede olduğu gözlemlenirken, bekar bireylerin genel sağlık durumundan memnuniyet düzeyinin beklenenden daha kötü olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 74: Medeni durumuna göre memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Medeni Durum	Evli	Sayı	30	90	28	148
		Beklenen Değer	32,0	89,0	27,0	148,0
		% Medeni Durum	20,3%	60,8%	18,9%	100,0%
	Bekar	Sayı	54	144	43	241
		Beklenen Değer	52,0	145,0	44,0	241,0
		% Medeni Durum	22,4%	59,8%	17,8%	100,0%
Toplam		Sayı	84	234	71	389
		Beklenen Değer	84,0	234,0	71,0	389,0
		% Medeni Durum	21,6%	60,2%	18,3%	100,0%

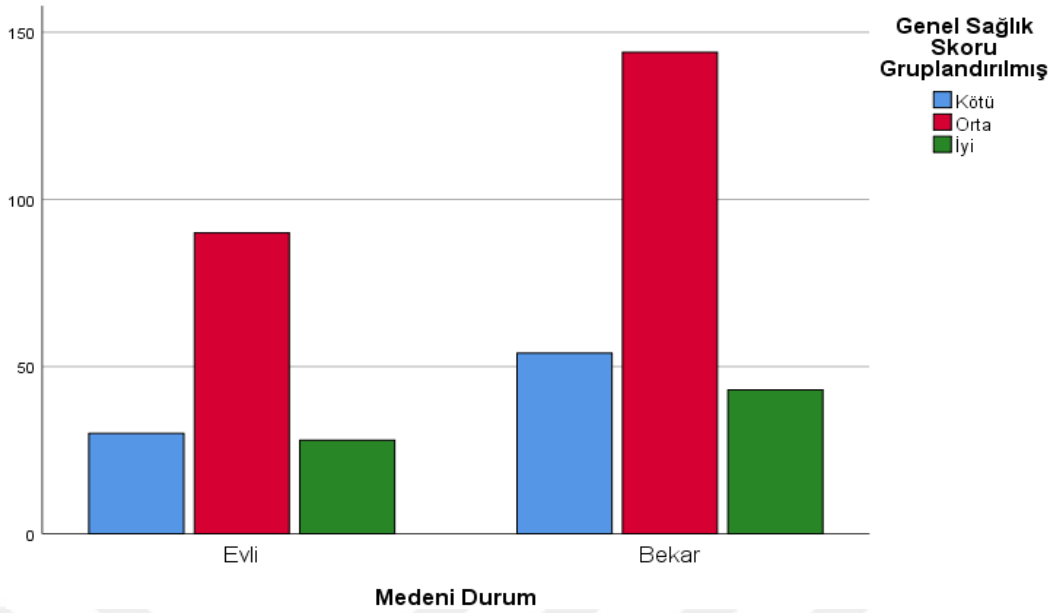
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) medeni hali ile genel sağlık durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 75 ve 76). χ^2 (df = 2, n=389) = 0.27, r = 0.87, rhi = 0.02, H210 = Kabul.

Tablo 75: Medeni hali ile genel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,269 ^a	2	0,874	,893 ^b	0,885	0,901
Likelihood Ratio	0,27	2	0,874	,893 ^b	0,885	0,901
Fisher's Exact Test	0,277			,893 ^b	0,885	0,901
Linear-by-Linear Association	,238 ^c	1	0,626	,683 ^b	0,671	0,694
N of Valid Cases	389					

Tablo 76: Medeni hali ile genel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	99% Confidence Interval	
				Significance	Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,026	0,874	,893 ^c	0,885	0,901
	Cramer's V	0,026	0,874	,893 ^c	0,885	0,901
N of Valid Cases		389				



Şekil 69: Çalışma durumu ile çevre memnuniyet düzeyi

Şekil 69 incelendiğinde de medeni hali ile genel sağlık durumundan memnun olma düzeyine bakıldığında evli ve bekar bireylerin memnuniyet düzeyinin orta seviyede yığılma gösterdiği anlaşılmaktadır.

4.2.3.5.B Medeni haline göre fiziksel sağlık durumu karşılaştırması

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında 148 kişinin evli, 241 kişinin ise bekar olduğu anlaşılmıştır. Medeni durumuna göre fiziksel sağlık durumu karşılaştırmasında memnuniyet düzeyine bakıldığında evli bireylerin beklenenden daha iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 77: Medeni durumuna göre memnuniyet düzeyi

		Kötü	Orta	İyi	Toplam	
Medeni Durum	Evli	Sayı	27	95	26	148
		Beklenen Değer	22,8	103,9	21,3	148
		% Medeni Durum	18,20%	64,20%	17,60%	100,00%
	Bekar	Sayı	33	178	30	241
		Beklenen Değer	37,2	169,1	34,7	241
		% Medeni Durum	13,70%	73,90%	12,40%	100,00%
Toplam	Sayı	60	273	56	389	
	Beklenen Değer	60	273	56	389	
	% Medeni Durum	15,40%	70,20%	14,40%	100,00%	

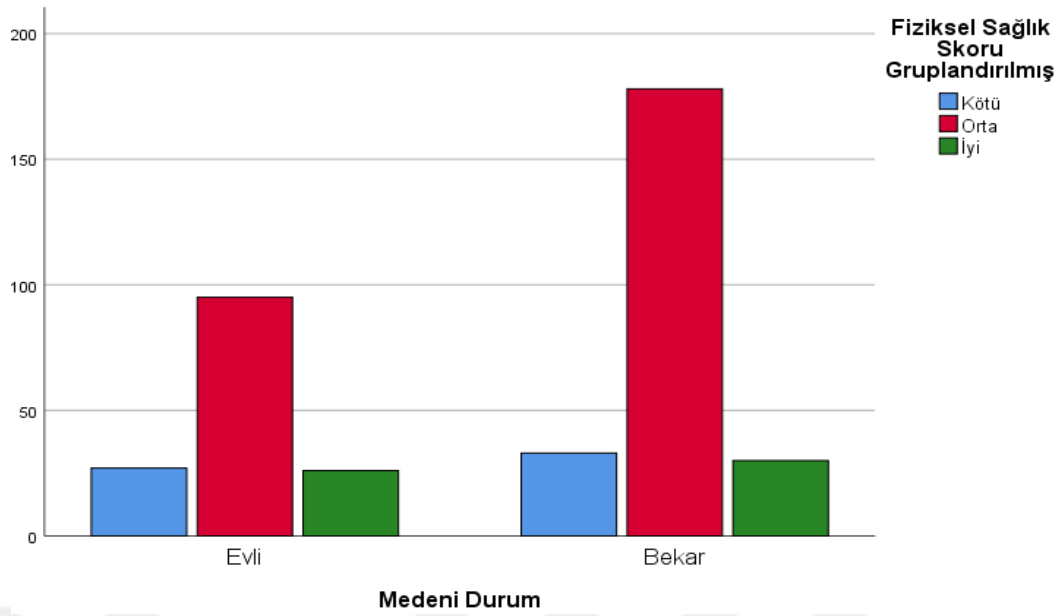
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) medeni hali ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 78 ve 79). χ^2 (df = 2, n=389) = 4.12, r = 0.12, rhi = 0.10, H220 = Kabul.

Tablo 78: Medeni hali ile fiziksel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,122 ^a	2	0,127	,140 ^b	0,131	0,148
Likelihood Ratio	4,075	2	0,13	,150 ^b	0,14	0,159
Fisher's Exact Test	4,157			,136 ^b	0,127	0,144
Linear-by-Linear Association	,010 ^c	1	0,921	,925 ^b	0,918	0,932
N of Valid Cases	389					

Tablo 79: Medeni hali ile fiziksel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by	Phi	0,103	0,127	,140 ^c	0,131	0,148
Nominal	Cramer's V	0,103	0,127	,140 ^c	0,131	0,148
N of Valid Cases		389				



Şekil 70: Medeni hal ile fiziksel sağlık memnuniyet düzeyi

Şekil 70 incelendiğinde de medeni hali ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyine bakıldığında evli ve bekar bireylerin memnuniyet düzeyinin orta seviyede yığılma gösterdiği anlaşılmaktadır.

4.2.3.5.C Medeni haline göre psikolojik durumun karşılaştırması

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında 148 kişinin evli, 241 kişinin ise bekar olduğu anlaşılmıştır. Medeni durumuna göre psikolojik durumunun karşılaştırmasında memnuniyet düzeyine bakıldığında evli bireylerin beklenenden daha iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 80: Medeni durumuna göre memnuniyet düzeyi

		Kötü	Orta	İyi	Toplam	
Medeni Durum	Evli	Sayı	16	75	57	148
		Beklenen Değer	17,5	75,7	54,8	148
		% Medeni Durum	10,80%	50,70%	38,50%	100,00%
	Bekar	Sayı	30	124	87	241
		Beklenen Değer	28,5	123,3	89,2	241
		% Medeni Durum	12,40%	51,50%	36,10%	100,00%
Toplam	Sayı	46	199	144	389	
	Beklenen Değer	46	199	144	389	
	% Medeni Durum	11,80%	51,20%	37,00%	100,00%	

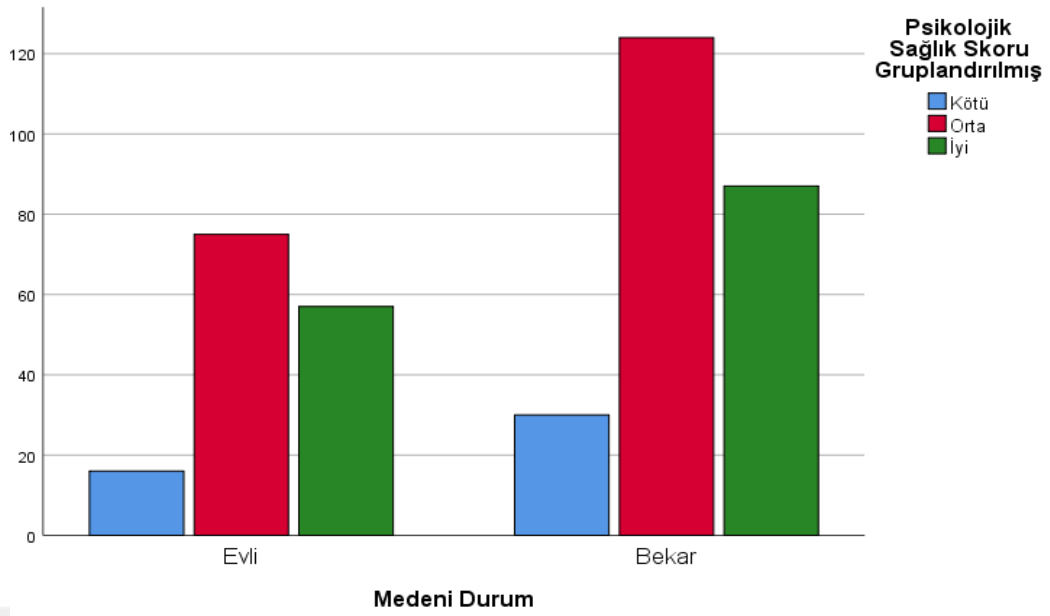
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) medeni hali ile psikolojik durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 81 ve 82). χ^2 (df = 2, n=389) = 3.63, $r = 0.83$, $r_{hi} = 0.03$, $H_{230} = \text{Kabul}$.

Tablo 81: Medeni hali ile psikolojik durumu Ki-Kare test sonuçları

		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval Lower Bound Upper Bound	
Pearson Chi-Square		,363 ^a	2	0,834	,831 ^b	0,821	0,84
Likelihood Ratio		0,365	2	0,833	,822 ^b	0,812	0,831
Fisher's Exact Test		0,355			,831 ^b	0,821	0,84
Linear-by-Linear Association		,353 ^c	1	0,552	,577 ^b	0,565	0,59
N of Valid Cases		389					

Tablo 82: Medeni hali ile psikolojik durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	99% Confidence Interval Lower Bound Upper Bound	
Nominal by Nominal	Phi	0,031	0,834	,831 ^c	0,821	0,84
	Cramer's V	0,031	0,834	,831 ^c	0,821	0,84
N of Valid Cases		389				



Şekil 71: Medeni hal ile psikolojik memnuniyet düzeyi

Şekil 71 incelendiğinde de medeni hali ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyine bakıldığında evli bireylerin memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.5.D Medeni haline göre sosyal ilişki durumun karşılaştırması

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında 148 kişinin evli, 241 kişinin ise bekar olduğu anlaşılmıştır. Medeni durumuna göre sosyal ilişki durumunun karşılaştırmasında memnuniyet düzeyine bakıldığında bekar bireylerin orta düzeyde memnun olduğu gözlenirken, evli bireylerin beklenenden çok daha iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 83: Medeni durumuna göre memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Medeni Durum	Evli	Sayı	43	52	53	148
		Beklenen Değer	39,2	60,5	48,3	148,0
		% Medeni Durum	29,1%	35,1%	35,8%	100,0%
	Bekar	Sayı	60	107	74	241
		Beklenen Değer	63,8	98,5	78,7	241,0
		% Medeni Durum	24,9%	44,4%	30,7%	100,0%
Toplam	Sayı		103	159	127	389
	Beklenen Değer		103,0	159,0	127,0	389,0
	% Medeni Durum		26,5%	40,9%	32,6%	100,0%

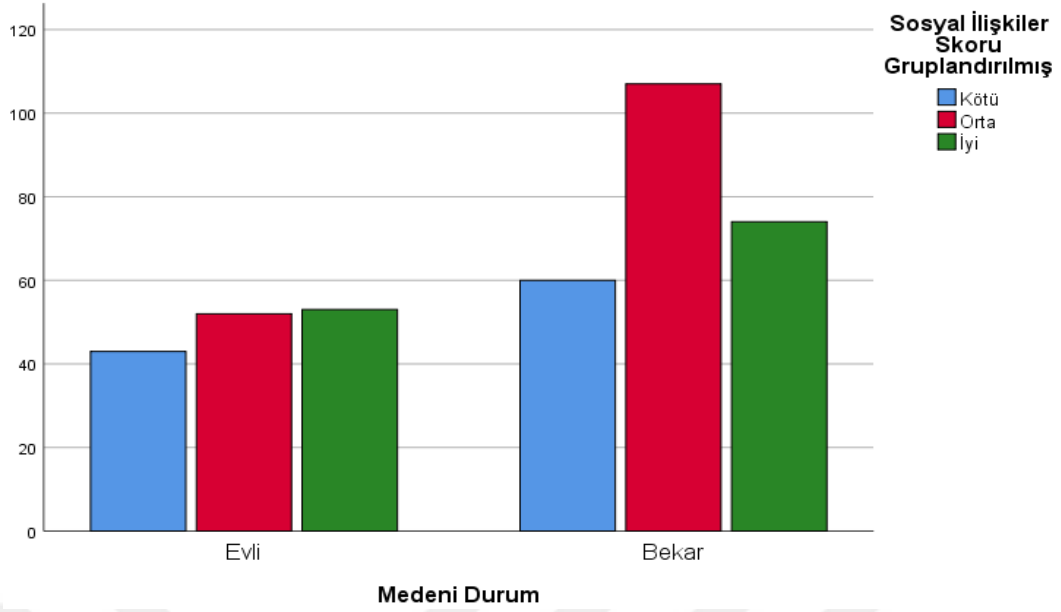
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) medeni hali ile sosyal ilişki durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 84 ve 85). χ^2 (df = 2, n=389) = 3.26, r = 0.19, rhi = 0.09, H240= Kabul.

Tablo 84: Medeni hali ile sosyal ilişki durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,256 ^a	2	0,196	,211 ^b	0,201	0,222
Likelihood Ratio	3,28	2	0,194	,211 ^b	0,2	0,221
Fisher's Exact Test	3,286			,206 ^b	0,195	0,216
Linear-by-Linear Association	,014 ^c	1	0,906	,946 ^b	0,94	0,952
N of Valid Cases	389					

Tablo 85: Medeni hali ile sosyal ilişki durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by	Phi	0,091	0,196	,211 ^c	0,201	0,222
Nominal	Cramer's V	0,091	0,196	,211 ^c	0,201	0,222
N of Valid Cases		389				



Şekil 72: Medeni hal ile sosyal ilişki memnuniyet düzeyi

Şekil 72 incelendiğinde de medeni hali ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyine bakıldığında evli bireylerin memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.5.E Medeni Haline göre Çevre Durumunun Karşılaştırması

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında 148 kişinin evli, 241 kişinin ise bekar olduğu anlaşılmıştır. Medeni durumuna göre çevre durumunun karşılaştırmasında memnuniyet düzeyine bakıldığında bekar bireylerin beklenenden daha memnun olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 86: Medeni durumuna göre memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Medeni Durum	Evli	Sayı	15	98	35	148
		Beklenen Değer	15,2	91,7	41,1	148,0
		% Medeni Durum	10,1%	66,2%	23,6%	100,0%
	Bekar	Sayı	25	143	73	241
		Beklenen Değer	24,8	149,3	66,9	241,0
		% Medeni Durum	10,4%	59,3%	30,3%	100,0%
Toplam		Sayı	40	241	108	389
		Beklenen Değer	40,0	241,0	108,0	389,0
		% Medeni Durum	10,3%	62,0%	27,8%	100,0%

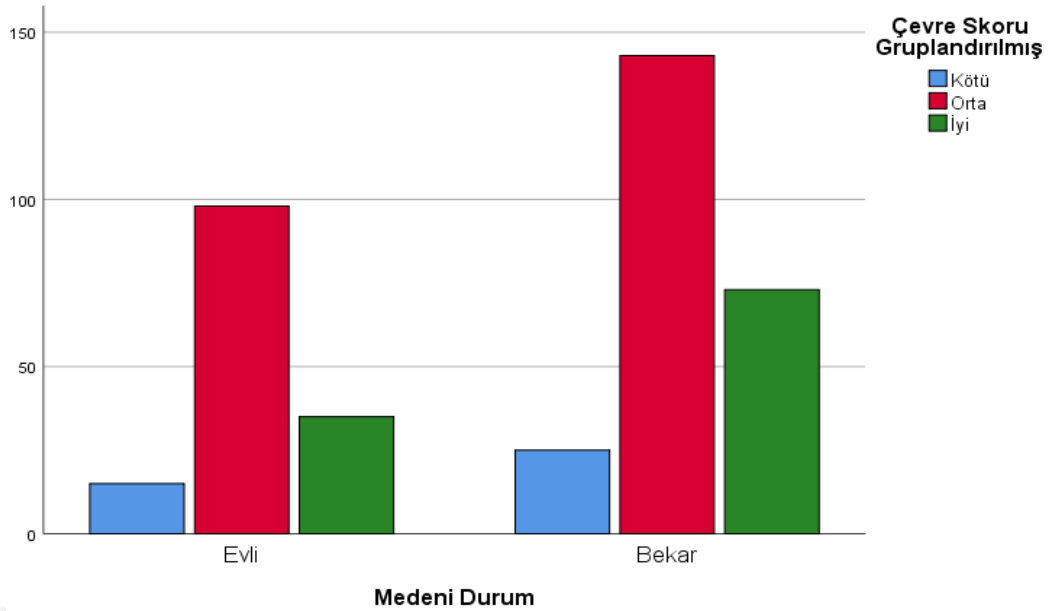
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) medeni hali ile çevre durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 87 ve 88). χ^2 (df = 2, n=389) = 2.16, $r = 0.34$, $r_{hi} = 0.07$. $H_{250} =$ Kabul.

Tablo 87: Medeni hali ile çevre durumu Ki-Kare Test Sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,163 ^a	2	0,339	,348 ^b	0,335	0,36
Likelihood Ratio	2,189	2	0,335	,351 ^b	0,339	0,363
Fisher's Exact Test	2,153			,342 ^b	0,33	0,354
Linear-by-Linear Association	1,072 ^c	1	0,301	,335 ^b	0,323	0,347
N of Valid Cases	389					

Tablo 88: Medeni hali ile çevre durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

Value			Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval	
			Lower Bound		Upper Bound	
Nominal by	Phi	0,075	0,339	,348 ^c	0,335	0,36
Nominal	Cramer's V	0,075	0,339	,348 ^c	0,335	0,36
N of Valid Cases		389				



Şekil 73: Medeni hal ile çevre memnuniyet düzeyi

Şekil 73 incelendiğinde de medeni hali ile çevre durumundan memnun olma düzeyine bakıldığında bekar bireylerin memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.6. Bağımlılık türüne göre faktörlerin karşılaştırılması

4.2.3.6.A Bağımlılık türüne göre genel sağlık durumu karşılaştırması

Bağımlılık türüne bakıldığında katılımcılardan 142 kişinin alkol kullanım bozukluğu, 247 kişinin ise madde kullanım bozukluğu hastalığı bulunmaktadır. Bağımlılık türüne göre genel sağlık durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında yasa dışı madde kullanan bireylerin genel sağlık durumundan memnuniyet düzeyinin beklenenden daha iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 89: Bağımlılık türüne göre memnuniyet düzeyi

		Kötü	Orta	İyi	Toplam	
Bağımlılık Türü	Alkol	Sayı	39	83	20	142
		Beklenen Değer	30,7	85,4	25,9	142
		% Bağımlılık Türü	27,50%	58,50%	14,10%	100,00%
	Yasadışı Madde	Sayı	45	151	51	247
		Beklenen Değer	53,3	148,6	45,1	247
		% Bağımlılık Türü	18,20%	61,10%	20,60%	100,00%
Toplam	Sayı	84	234	71	389	
	Beklenen Değer	84	234	71	389	
	% Bağımlılık Türü	21,60%	60,20%	18,30%	100,00%	

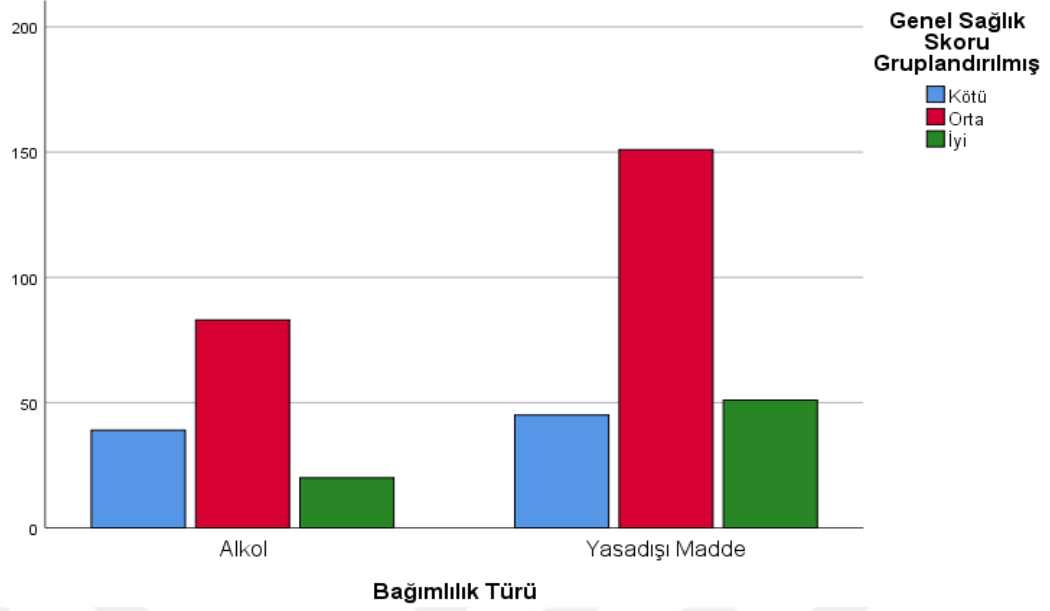
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) bağımlılık türü ile genel sağlık durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 90 ve 91). c^2 (df = 2, n=389) = 5.80, $r = 0.06$, $r_{hi} = 0.12$. $H_{260} =$ Kabul.

Tablo 90: bağımlılık türü ile genel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları

		Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval Lower Bound Upper Bound	
Pearson Chi-Square		5,806 ^a	2	0,055	,055 ^b	0,05	0,061
Likelihood Ratio		5,783	2	0,055	,055 ^b	0,049	0,061
Fisher's Exact Test		5,721			,056 ^b	0,05	0,062
Linear-by-Linear Association		5,657 ^c	1	0,017	,019 ^b	0,015	0,023
N of Valid Cases		389					

Tablo 91: Bağımlılık türü ile genel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	99% Confidence Interval Lower Bound Upper Bound	
Nominal by Nominal	Phi	0,122	0,055	,055 ^c	0,05	0,061
	Cramer's V	0,122	0,055	,055 ^c	0,05	0,061
N of Valid Cases		389				



Şekil 74: Bağımlılık türü ile genel sağlık durumu memnuniyet düzeyi

Şekil 74 incelendiğinde de bağımlılık türü ile genel sağlık durumu memnun olma düzeyine bakıldığında yasa dışı madde kullanan bireylerin memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.6.B Bağımlılık türüne göre fiziksel sağlık durumu karşılaştırması

Bağımlılık türüne bakıldığında katılımcılardan 142 kişinin alkol kullanım bozukluğu, 247 kişinin ise madde kullanım bozukluğu hastalığı bulunmaktadır. Bağımlılık türüne göre fiziksel sağlık durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında alkol kullanım bozukluğu bulunan bireylerin fiziksel sağlığından memnuniyet düzeyi orta seviyede iken, yasa dışı madde kullanan bireylerin fiziksel sağlık durumundan memnuniyet düzeyinin beklenenden daha iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 92: Bağımlılık türüne göre memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Bağımlılık Türü	Alkol	Sayı	28	102	12	142
		Beklenen Değer	21,9	99,7	20,4	142
		% Bağımlılık Türü	19,70%	71,80%	8,50%	100,00%
	Yasadışı Madde	Sayı	32	171	44	247
		Beklenen Değer	38,1	173,3	35,6	247
		% Bağımlılık Türü	13,00%	69,20%	17,80%	100,00%
Toplam	Sayı		60	273	56	389
	Beklenen Değer		60	273	56	389
	% Bağımlılık Türü		15,40%	70,20%	14,40%	100,00%

Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) bağımlılık türü ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 93 ve 94). χ^2 (df = 2, n=389) = 8.25, $r = 0.01$, $r_{hi} = 0.14$. $H_{271} = \text{Kabul}$.

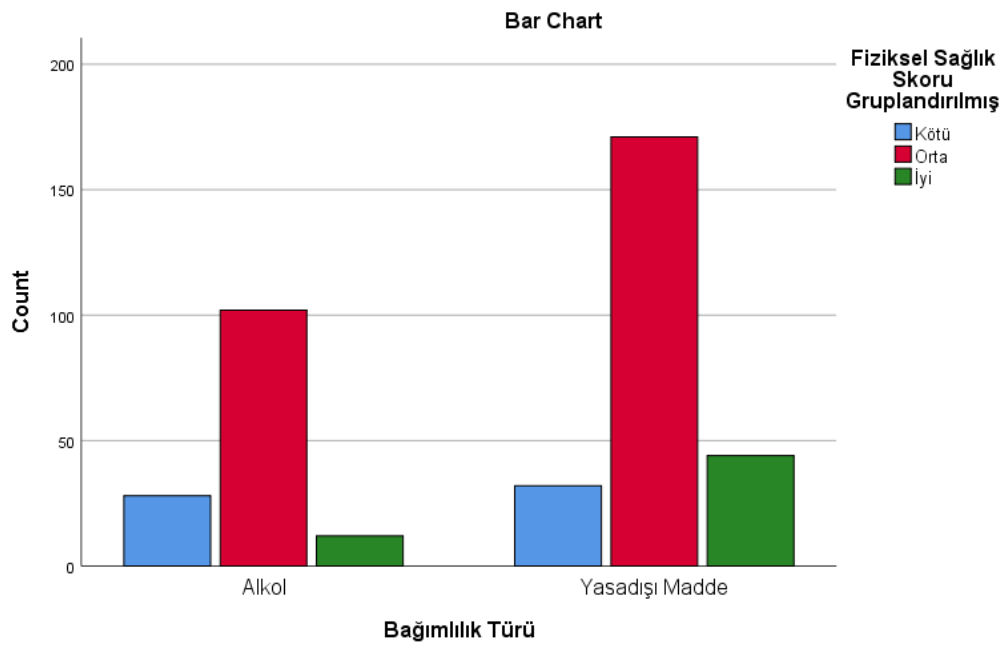
Tablo 93: Bağımlılık türü ile fiziksel sağlık durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,251 ^a	2	0,016	,016 ^b	0,012	0,019
Likelihood Ratio	8,64	2	0,013	,014 ^b	0,011	0,017
Fisher's Exact Test	8,425			,015 ^b	0,011	0,018
Linear-by-Linear Association	7,845 ^c	1	0,005	,004 ^b	0,002	0,006
N of Valid Cases	389					

Ki-kare analizinde hesaplanan $r_{hi} = 0.14$ değerine göre bağımlılık türünün fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyine orta büyüklükte bir etkiye sahiptir.

Tablo 94: Bağımlılık türü ile fiziksel sağlık durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,146	0,016	,016 ^c	0,012	0,019
	Cramer's V	0,146	0,016	,016 ^c	0,012	0,019
N of Valid Cases		389				



Şekil 75: Bağımlılık türü ile fiziksel sağlık durumu memnuniyet düzeyi

Şekil 75 incelendiğinde de bağımlılık türü ile fiziksel sağlık durumu memnun olma düzeyine bakıldığında yasa dışı madde kullanan bireylerin memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.6.C Bağımlılık Türüne göre Psikolojik Durumu Karşılaştırması

Bağımlılık türüne bakıldığında katılımcılardan 142 kişinin alkol kullanım bozukluğu, 247 kişinin ise madde kullanım bozukluğu hastalığı bulunmaktadır. Bağımlılık türüne göre psikolojik durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet

düzeyine bakıldığında yasa dışı madde kullanan bireylerin psikolojik durumundan memnuniyet düzeyinin beklenenden daha iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 95: Bağımlılık türüne göre memnuniyet düzeyi

		Kötü	Orta	İyi	Toplam	
Bağımlılık Türü	Alkol	Sayı	20	74	48	142
		Beklenen Değer	16,8	72,6	52,6	142
		% Bağımlılık Türü	14,10%	52,10%	33,80%	100,00%
	Yasadışı Madde	Sayı	26	125	96	247
		Beklenen Değer	29,2	126,4	91,4	247
		% Bağımlılık Türü	10,50%	50,60%	38,90%	100,00%
Toplam	Sayı	46	199	144	389	
	Beklenen Değer	46	199	144	389	
	% Bağımlılık Türü	11,80%	51,20%	37,00%	100,00%	

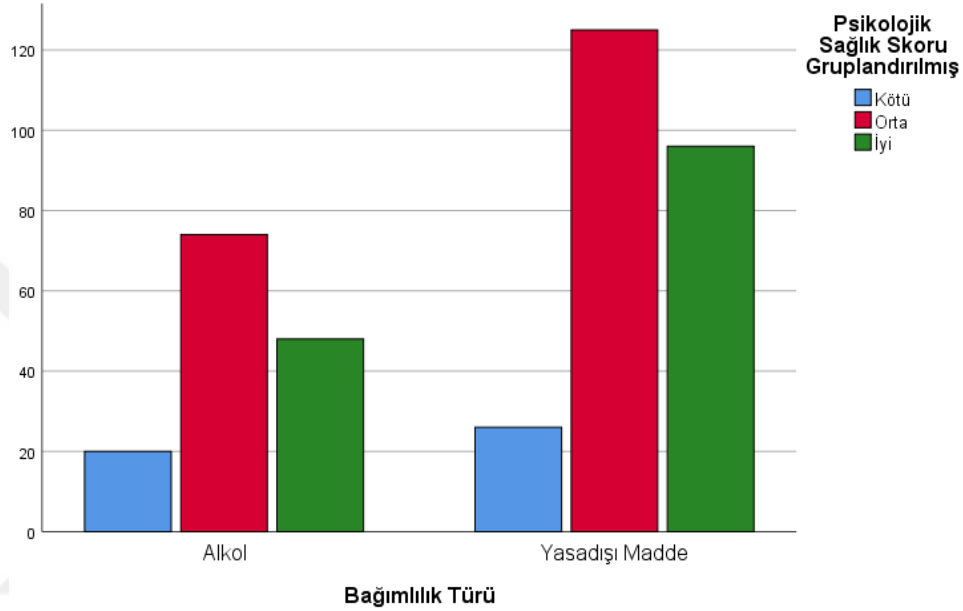
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) bağımlılık türü ile psikolojik durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 96 ve 97). c^2 (df = 2, n=389) = 1.63, $r = 0.44$, $r_{hi} = 0.06$. $H_{280} =$ Kabul.

Tablo 96: Bağımlılık türü ile psikolojik durumu Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,630 ^a	2	0,443	,436 ^b	0,423	0,449
Likelihood Ratio	1,616	2	0,446	,447 ^b	0,434	0,46
Fisher's Exact Test	1,657			,436 ^b	0,423	0,449
Linear-by-Linear Association	1,573 ^c	1	0,21	,224 ^b	0,213	0,234
N of Valid Cases	389					

Tablo 97: Bağımlılık türü ile psikolojik durumu karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,065	0,443	,436 ^e	0,423	0,449
	Cramer's V	0,065	0,443	,436 ^e	0,423	0,449
N of Valid Cases		389				



Şekil 76: Bağımlılık türü ile psikolojik sağlık durumu memnuniyet düzeyi

Şekil 76 incelendiğinde de bağımlılık türü ile psikolojik sağlık durumu memnun olma düzeyine bakıldığında yasa dışı madde kullanan bireylerin alkol kullanan bireylere göre psikolojik memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.6.D Bağımlılık türüne göre sosyal ilişki durumunun karşılaştırması

Bağımlılık türüne bakıldığında katılımcılardan 142 kişinin alkol kullanım bozukluğu, 247 kişinin ise madde kullanım bozukluğu hastalığı bulunmaktadır. Bağımlılık türüne göre sosyal ilişki durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında yasa dışı madde kullanan bireylerin sosyal ilişkilerinden memnuniyet düzeyi beklenenden daha iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 98: Bağımlılık türüne göre memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Bağımlılık Türü	Alkol	Sayı	43	57	42	142
		Beklenen Değer	37,6	58	46,4	142
		% Bağımlılık Türü	30,30%	40,10%	29,60%	100,00%
	Yasadışı Madde	Sayı	60	102	85	247
		Beklenen Değer	65,4	101	80,6	247
		% Bağımlılık Türü	24,30%	41,30%	34,40%	100,00%
Toplam		Sayı	103	159	127	389
		Beklenen Değer	103	159	127	389
		% Bağımlılık Türü	26,50%	40,90%	32,60%	100,00%

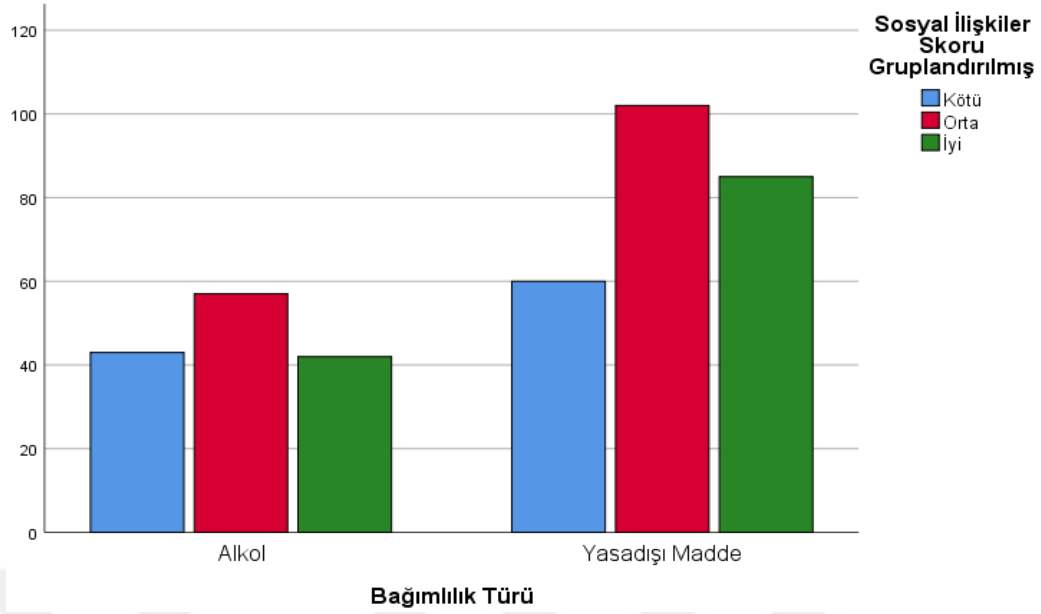
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) bağımlılık türü ile sosyal ilişki durumunun memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 99 ve 100). χ^2 (df = 2, n=389) = 1.90, r = 0.39, rhi = 0.07. H290= Kabul.

Tablo 99: Bağımlılık türü ile sosyal ilişki durumunun Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,897 ^a	2	0,387	,384 ^b	0,371	0,396
Likelihood Ratio	1,885	2	0,39	,392 ^b	0,38	0,405
Fisher's Exact Test	1,89			,384 ^b	0,371	0,396
Linear-by-Linear Association	1,794 ^c	1	0,18	,194 ^b	0,184	0,204
N of Valid Cases	389					

Tablo 100: Bağımlılık türü ile sosyal ilişki durumunun karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance	99% Confidence Interval	
				2	Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,07	0,387	,384 ^c	0,371	0,396
	Cramer's V	0,07	0,387	,384 ^c	0,371	0,396
N of Valid Cases		389				



Şekil 77: Bağımlılık türü ile sosyal ilişki durumunun memnuniyet düzeyi

Şekil 77 incelendiğinde de bağımlılık türü ile sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyine bakıldığında yasa dışı madde kullanan bireylerin alkol kullanan bireylere göre memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.6.E Bağımlılık türüne göre çevre durumunun karşılaştırması

Bağımlılık türüne bakıldığında katılımcılardan 142 kişinin alkol kullanım bozukluğu, 247 kişinin ise madde kullanım bozukluğu hastalığı bulunmaktadır. Bağımlılık türüne göre çevre durumunun karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında alkol ve yasa dışı madde kullanan bireylerin orta seviyede beklentileri aynı olup, yasa dışı madde kullananlarda iyiye doğru kayma olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 101: Bağımlılık türüne göre memnuniyet düzeyi

		Kötü	Orta	İyi	Toplam	
Bağımlılık Türü	Alkol	Sayı	17	88	37	142
		Beklenen Değer	14,6	88	39,4	142
		% Bağımlılık Türü	12,00%	62,00%	26,10%	100,00%
	Yasadışı Madde	Sayı	23	153	71	247
		Beklenen Değer	25,4	153	68,6	247
		% Bağımlılık Türü	9,30%	61,90%	28,70%	100,00%
Total	Sayı	40	241	108	389	
	Beklenen Değer	40	241	108	389	
	% Bağımlılık Türü	10,30%	62,00%	27,80%	100,00%	

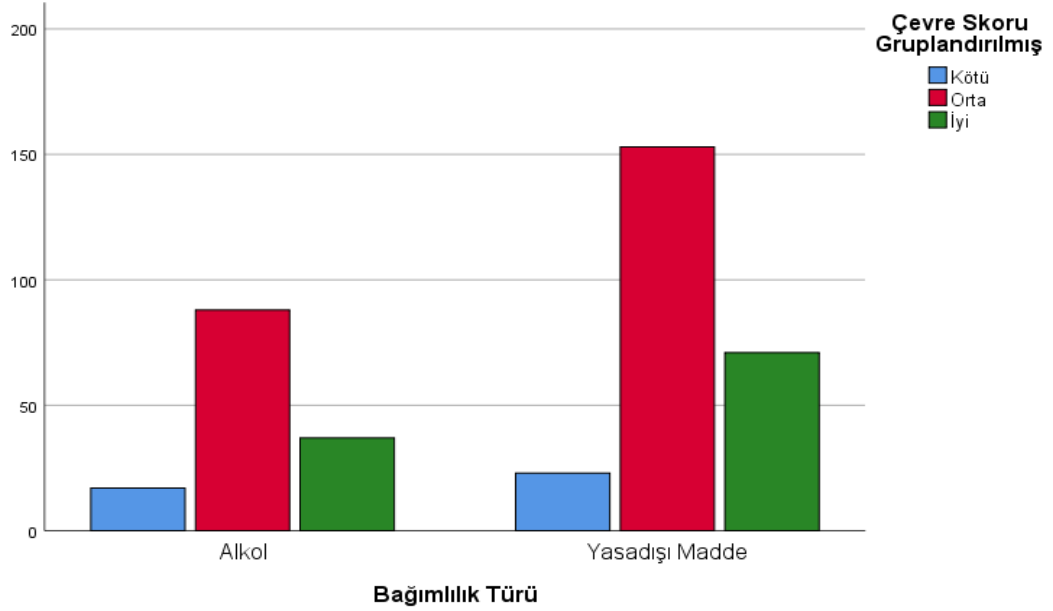
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) bağımlılık türü ile çevre durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 102 ve 103). χ^2 (df = 2, n=389) = 0.85, r = 0.65, rhi = 0.04. $H_{30} =$ Kabul.

Tablo 102: Bağımlılık türü ile sosyal ilişki durumunun Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,855 ^a	2	0,652	,634 ^b	0,622	0,647
Likelihood Ratio	0,845	2	0,655	,643 ^b	0,631	0,656
Fisher's Exact Test	0,888			,618 ^b	0,606	0,631
Linear-by-Linear Association	,735 ^c	1	0,391	,426 ^b	0,413	0,438
N of Valid Cases	389					

Tablo 103: Bağımlılık türü ile sosyal ilişki durumunun karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
Nominal by	Phi	0,047	0,652	,634 ^c	0,622	0,647
Nominal	Cramer's V	0,047	0,652	,634 ^c	0,622	0,647
N of Valid Cases		389				



Şekil 78: Bağımlılık türü ile çevre durumu memnuniyet düzeyi

Şekil 78 incelendiğinde de bağımlılık türü ile çevre durumundan memnun olma düzeyine bakıldığında yasa dışı madde kullanan bireylerin alkol kullanan bireylere göre memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.7. Dikkat eksikliği tanısına göre faktörlerin karşılaştırılması

4.2.3.7.A Dikkat eksikliği tanısına göre genel sağlık durumu karşılaştırması

Katılımcıların dikkat eksikliği tanısına bakıldığında 99 kişide dikkat eksikliği tanısı koyulduğu, 290 kişide ise dikkat eksikliği ile ilgili herhangi bir hastalık öyküsü olmadığı tespit edilmiştir. Genel sağlık durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında dikkat eksikliği tanısı olmayan bireylerin genel sağlık durumundan memnuniyet düzeyinin beklenenden daha iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 104: Dikkat eksikliği tanısına göre memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Dikkat Eksikliği Tanısı	Evet	Sayı	27	55	17	99
		Beklenen Değer	21,4	59,6	18,1	99
		% Dikkat Eksikliği Tanısı	27,30%	55,60%	17,20%	100,00%
	Hayır	Sayı	57	179	54	290
		Beklenen Değer	62,6	174,4	52,9	290
		% Dikkat Eksikliği Tanısı	19,70%	61,70%	18,60%	100,00%
Toplam	Sayı		84	234	71	389
	Beklenen Değer		84	234	71	389
	% Dikkat Eksikliği Tanısı		21,60%	60,20%	18,30%	100,00%

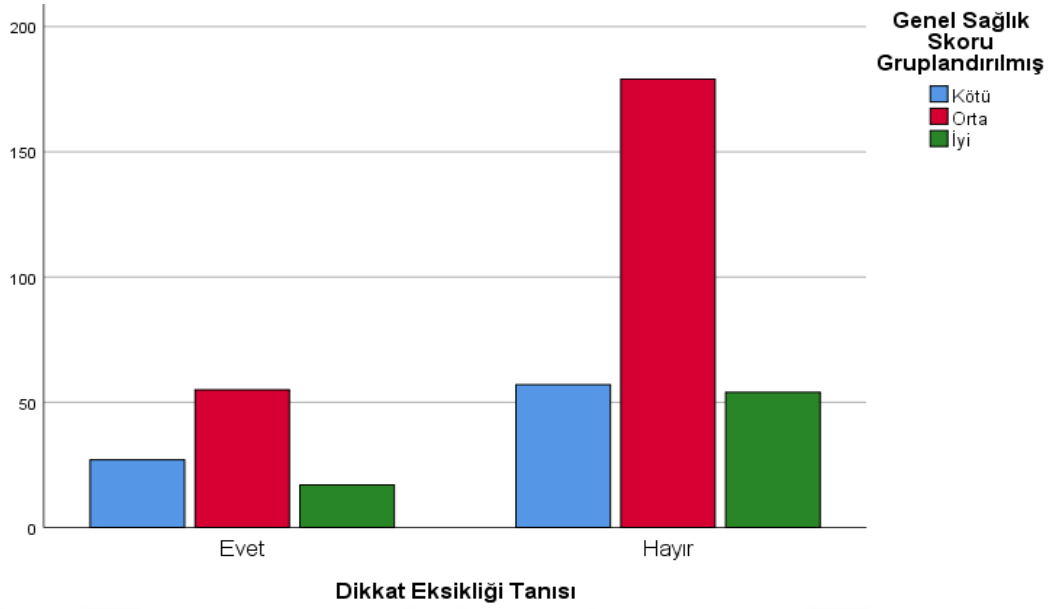
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) dikkat eksikliği tanısı ile genel sağlık durumunun memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 105 ve 106). $c^2 (df = 2, n=389) = 2.53$, $r = 0.28$, $r_{hi} = 0.08$, $H_{310} =$ Kabul.

Tablo 105: Dikkat eksikliği tanısı ile genel sağlık durumunun Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,535 ^a	2	0,282	,292 ^b	0,28	0,303
Likelihood Ratio	2,445	2	0,294	,325 ^b	0,313	0,337
Fisher's Exact Test	2,509			,300 ^b	0,288	0,312
Linear-by-Linear Association	1,523 ^c	1	0,217	,240 ^b	0,229	0,25
N of Valid Cases	389					

Tablo 106: Dikkat eksikliği tanısı ile genel sağlık durumunun karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,081	0,282	,292 ^c	0,28	0,303
	Cramer's V	0,081	0,282	,292 ^c	0,28	0,303
N of Valid Cases		389				



Şekil 79: Dikkat eksikliği tanısına göre genel sağlık durumu memnuniyet düzeyi

Şekil 79 incelendiğinde genel sağlık durumundan memnun olma düzeyine bakıldığında dikkat eksikliği tanısı olmayan bireylerin memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.7.B Dikkat eksikliği tanısına göre fiziksel sağlık durumu karşılaştırması

Katılımcıların dikkat eksikliği tanısına bakıldığında 99 kişide dikkat eksikliği tanısı koyulduğu, 290 kişide ise dikkat eksikliği ile ilgili herhangi bir hastalık öyküsü olmadığı tespit edilmiştir. Fiziksel sağlık durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında dikkat eksikliği tanısı olan bireylerin memnuniyet düzeyi orta seviyede iken, tanı koyulmayan bireylerin fiziksel sağlık durumundan memnuniyet düzeyinin beklenenden daha iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 107: Dikkat eksikliği tanısına göre memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Dikkat Eksikliği Tanısı	Evet	Sayı	15	71	13	99
		Beklenen Değer	15,3	69,5	14,3	99
		% Dikkat Eksikliği Tanısı	15,20%	71,70%	13,10%	100,00%
	Hayır	Sayı	45	202	43	290
		Beklenen Değer	44,7	203,5	41,7	290
		% Dikkat Eksikliği Tanısı	15,50%	69,70%	14,80%	100,00%
Toplam	Sayı	60	273	56	389	
	Beklenen Değer	60	273	56	389	
	% Dikkat Eksikliği Tanısı	15,40%	70,20%	14,40%	100,00%	

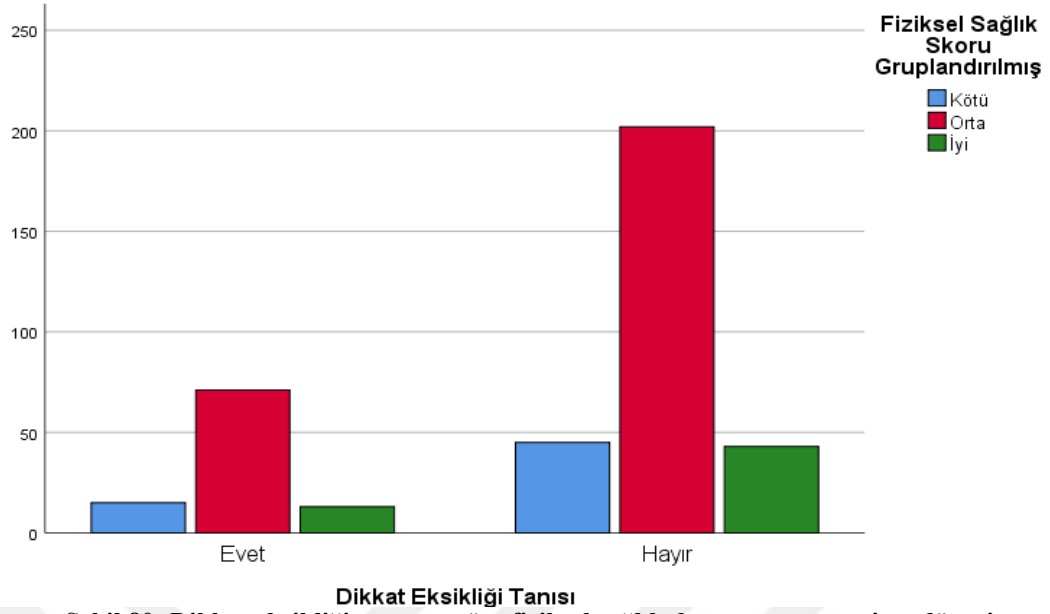
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) dikkat eksikliği tanısı ile fiziksel sağlık durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 108 ve 109). χ^2 (df = 2, n=389) = 0.20, $r = 0.90$, $r_{hi} = 0.02$, $H_{320} = \text{Kabul}$

Tablo 108: Dikkat eksikliği tanısı ile fiziksel durumunun Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,199 ^a	2	0,905	,923 ^b	0,916	0,929
Likelihood Ratio	0,201	2	0,904	,923 ^b	0,916	0,929
Fisher's Exact Test	0,168			,937 ^b	0,931	0,943
Linear-by-Linear Association	,044 ^c	1	0,834	,914 ^b	0,906	0,921
N of Valid Cases	389					

Tablo 109: Dikkat eksikliği tanısı ile genel sağlık durumunun karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,023	0,905	,923 ^c	0,916	0,929
	Cramer's V	0,023	0,905	,923 ^c	0,916	0,929
N of Valid Cases		389				



Şekil 80: Dikkat eksikliği tanısına göre fiziksel sağlık durumu memnuniyet düzeyi

Şekil 80 incelendiğinde fiziksel sağlık durumundan memnun olma düzeyine bakıldığında dikkat eksikliği tanısı olan bireylerin memnuniyet düzeyinin orta seviyede yığılma gösterdiği, tanısı olmayan bireylerin memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.7.C Dikkat eksikliği tanısına göre psikolojik durumunun karşılaştırması

Katılımcıların dikkat eksikliği tanısına bakıldığında 99 kişide dikkat eksikliği tanısı koyulduğu, 290 kişide ise dikkat eksikliği ile ilgili herhangi bir hastalık öyküsü olmadığı tespit edilmiştir. Psikolojik durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında dikkat eksikliği tanısı olmayan bireylerin memnuniyet düzeyinin beklenenden çok daha iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 110: Dikkat eksikliği tanısına göre memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Dikkat Eksikliği Tanısı	Evet	Sayı	13	61	25	99
		Beklenen Değer	11,7	50,6	36,6	99
		% Dikkat Eksikliği Tanısı	13,10%	61,60%	25,30%	100,00%
	Hayır	Sayı	33	138	119	290
		Beklenen Değer	34,3	148,4	107,4	290
		% Dikkat Eksikliği Tanısı	11,40%	47,60%	41,00%	100,00%
Toplam	Sayı	46	199	144	389	
	Beklenen Değer	46	199	144	389	
	% Dikkat Eksikliği Tanısı	11,80%	51,20%	37,00%	100,00%	

Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) dikkat eksikliği tanısı ile psikolojik durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 111 ve 112). χ^2 (df = 2, n=389) = 7.99, $r = 0.01$, $r_{hi} = 0.14$, $H_{331} = \text{Kabul}$.

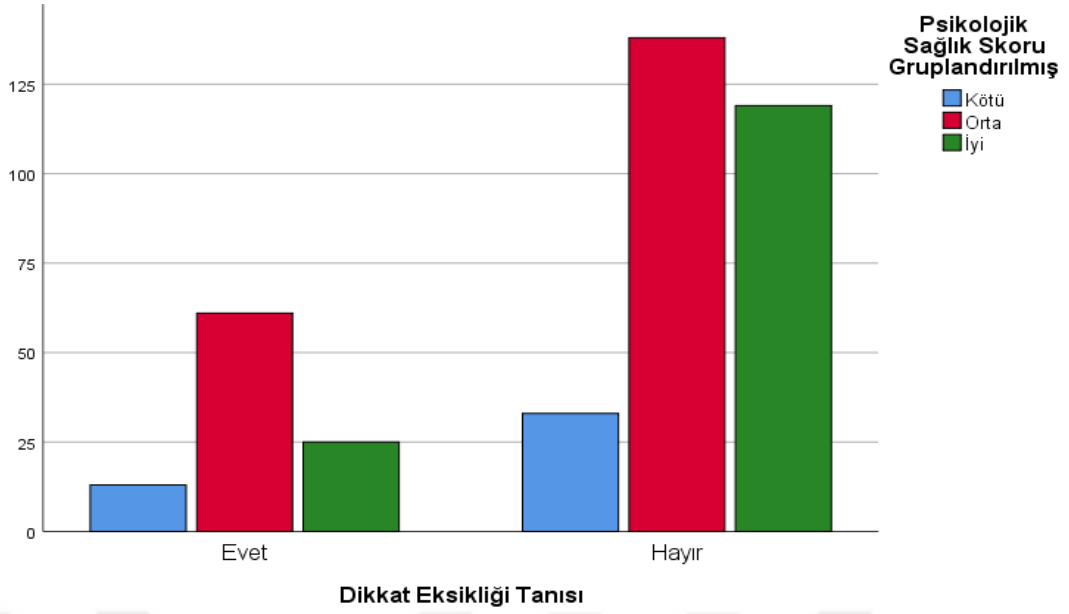
Tablo 111: Dikkat eksikliği tanısı ile psikolojik durumunun Ki-Kare test sonuçları

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) 99% Confidence Interval		
				Significance	Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,997 ^a	2	0,018	,017 ^b	0,013	0,02
Likelihood Ratio	8,305	2	0,016	,016 ^b	0,012	0,019
Fisher's Exact Test	8,228			,015 ^b	0,012	0,018
Linear-by-Linear Association	5,326 ^c	1	0,021	,028 ^b	0,024	0,032
N of Valid Cases	389					

Ki-kare analizinde hesaplanan $r_{hi} = 0.14$ değerine göre eğitim seviyesinin psikolojik durumundan memnun olma düzeyinde orta büyüklükte bir etkiye sahiptir.

Tablo 112: Dikkat eksikliği tanısı ile psikolojik durumunun karşılaştırması phi ve cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance 99% Confidence Interval		
				Significance	Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal	Phi	0,143	0,018	,017 ^c	0,013	0,02
	Cramer's V	0,143	0,018	,017 ^c	0,013	0,02
N of Valid Cases		389				



Şekil 81: Dikkat eksikliği tanısına göre psikolojik durumu memnuniyet düzeyi

Şekil 81 incelendiğinde psikolojik durumundan memnun olma düzeyine bakıldığında dikkat eksikliği tanısı olmayan bireylerin memnuniyet düzeyinin belirgin şekilde daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.7.D Dikkat eksikliği tanısına göre sosyal ilişkisi durumunun karşılaştırması

Katılımcıların dikkat eksikliği tanısına bakıldığında 99 kişide dikkat eksikliği tanısı koyulduğu, 290 kişide ise dikkat eksikliği ile ilgili herhangi bir hastalık öyküsü olmadığı tespit edilmiştir. Sosyal ilişkisi durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında dikkat eksikliği tanısı olmayan bireylerin memnuniyet düzeyinin beklenenden iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 113: Dikkat eksikliği tanısına göre memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Dikkat Eksikliği Tanısı	Evet	Sayı	28	46	25	99
		Beklenen Değer	26,2	40,5	32,3	99
		% Dikkat Eksikliği Tanısı	28,30%	46,50%	25,30%	100,00%
	Hayır	Sayı	75	113	102	290
		Beklenen Değer	76,8	118,5	94,7	290
		% Dikkat Eksikliği Tanısı	25,90%	39,00%	35,20%	100,00%
Toplam	Sayı		103	159	127	389
	Beklenen Değer		103	159	127	389
	% Dikkat Eksikliği Tanısı		26,50%	40,90%	32,60%	100,00%

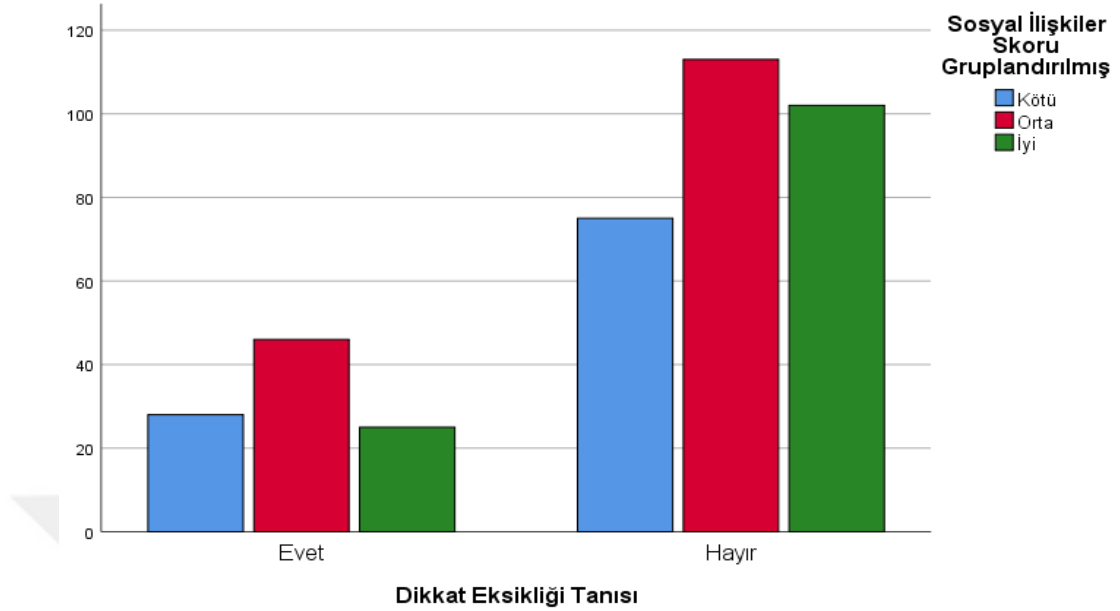
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) dikkat eksikliği tanısı ile sosyal ilişki durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 114 ve 115). χ^2 (df= 2, n=389) = 3.40, $r = 0.18$, $r_{hi} = 0.09$, $H_{340} =$ Kabul.

Tablo 114: Dikkat eksikliği tanısı ile sosyal ilişki durumunun Ki-Kare test sonuçları

Value		df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,403 ^a	2	0,182	,188 ^b	0,178	0,198
Likelihood Ratio	3,5	2	0,174	,183 ^b	0,173	0,193
Fisher's Exact Test	3,457			,183 ^b	0,173	0,193
Linear-by-Linear Association	1,908 ^c	1	0,167	,178 ^b	0,168	0,188
N of Valid Cases	389					

Tablo 115: Dikkat eksikliği tanısı ile sosyal ilişki durumunun karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

Value			Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval	
			Lower Bound		Upper Bound	
Nominal by	Phi	0,094	0,182	,188 ^c	0,178	0,198
Nominal	Cramer's V	0,094	0,182	,188 ^c	0,178	0,198
N of Valid Cases		389				



Şekil 82: Dikkat eksikliği tanısına göre sosyal ilişki durumu memnuniyet düzeyi

Şekil 82 incelendiğinde sosyal ilişki durumundan memnun olma düzeyine bakıldığında dikkat eksikliği tanısı olmayan bireylerin memnuniyet düzeyinin belirgin şekilde daha iyi olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.7.E Dikkat eksikliği tanısına göre çevre durumunun karşılaştırması

Katılımcıların dikkat eksikliği tanısına bakıldığında 99 kişide dikkat eksikliği tanısı koyulduğu, 290 kişide ise dikkat eksikliği ile ilgili herhangi bir hastalık öyküsü olmadığı tespit edilmiştir. Çevre durumu karşılaştırmasında genel memnuniyet düzeyine bakıldığında dikkat eksikliği tanısı olmayan bireylerin memnuniyet düzeyinin beklenenden iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 116: Dikkat eksikliği tanısına göre memnuniyet düzeyi

			Kötü	Orta	İyi	Toplam
Dikkat Eksikliği Tanısı	Evet	Sayı	11	63	25	99
		Beklenen Değer	10,2	61,3	27,5	99
		% Dikkat Eksikliği Tanısı	11,10%	63,60%	25,30%	100,00%
	Hayır	Sayı	29	178	83	290
		Beklenen Değer	29,8	179,7	80,5	290
		% Dikkat Eksikliği Tanısı	10,00%	61,40%	28,60%	100,00%
Toplam	Sayı	40	241	108	389	
	Beklenen Değer	40	241	108	389	
	% Dikkat Eksikliği Tanısı	10,30%	62,00%	27,80%	100,00%	

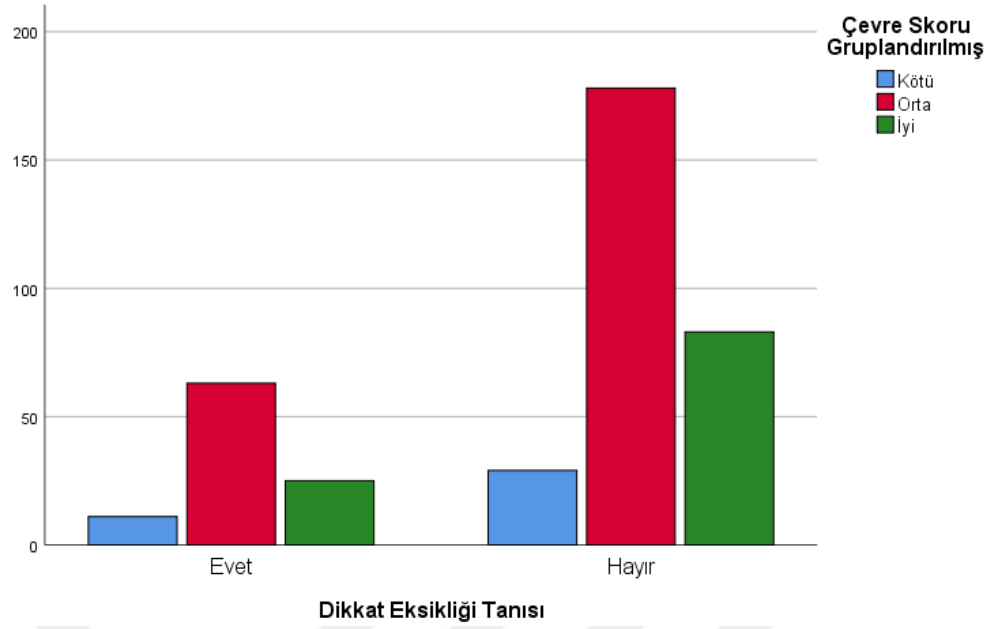
Ki-kare analiz testine göre (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) dikkat eksikliği tanısı ile çevre durumundan memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 117 ve 118). χ^2 (df = 2, n=389) = 0.45, $r=0.80$, $r_{hi}=0.03$, $H_{350}=Kabul$.

Tablo 117: Dikkat eksikliği tanısı ile çevre durumunun Ki-Kare test sonuçları

Value		df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,451 ^a	2	0,798	,810 ^b	0,8	0,82
Likelihood Ratio	0,455	2	0,796	,810 ^b	0,8	0,82
Fisher's Exact Test	0,483			,799 ^b	0,789	0,809
Linear-by-Linear Association	,422 ^c	1	0,516	,561 ^b	0,548	0,574
N of Valid Cases	389					

Tablo 118: Dikkat eksikliği tanısı ile çevre durumunun karşılaştırması Phi ve Cramer değer tablosu

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval	
			Lower Bound		Upper Bound	
Nominal by	Phi	0,034	0,798	,810 ^c	0,8	0,82
Nominal	Cramer's V	0,034	0,798	,810 ^c	0,8	0,82
N of Valid Cases		389				



Şekil 83: Dikkat eksikliği tanısına göre çevre durumu memnuniyet düzeyi

Şekil 83 incelendiğinde çevre durumundan memnun olma düzeyine bakıldığında dikkat eksikliği tanısı olan bireylerin memnuniyet düzeyinin orta seviyede yığıldığı anlaşılmaktadır.

5.TARTIŞMA

Alkol veya MKB tanısı nedeniyle tedavi gören kişilerin ayık kalma süresinin uzamasında literatürde yer alan destekleyici çalışmalara bakıldığında sosyal yaşam, sosyal çevre ve aile ile etkili iletişimin olduğu ortam süreci olumlu etkilemektedir. Bağımlılıkla mücadelede erişilebilir dünya genelinde popüler mobil uygulama örnekleri incelendiğinde;

SMART Recovery, 12 adımlı bağımlılıktan kurtarma modülü içermekte ve uygulama içerisinde grup terapi ve toplantılarına katılma olanağı sağlayarak bağımlı bireyin motivasyon sağlama ve sürdürmesini desteklemektedir (SMART, 2024). Sober Grid, bağımlılıkla mücadele eden kişilerin buluşmasını ve sosyal etkileşim kurarak sürecin sürdürülmesinde teşvik etmektedir (Sober Grid, t.y.). Pelago, uygulama içerisinde işveren kullanıcı ara yüzü ile bağımlılıkla mücadele eden çalışanların sürecinin takip edildiği, özellikle tıbbi destek ve rehberlik hizmeti sağlanmaktadır (Pelago, 2024). Nomo, ayık kalma süresine göre kazanılan ödül rozetler ile sosyal iletişim kurabilme veya uzmanlarla görüşebilme olanağı sağlamaktadır (Nomo, 2018). Recovery Record, sağlık profesyonelleri ile bağımlı bireyleri bir araya getiren uygulamadır (Recovery Record, 2024). Pear ReSET ise 12 haftalık bir takip sistemi ile MKB olan kişilerin hekim gözetiminde tıbbi destek aldığı, ilaçlarını reçetelendirebildiği, ayakta tedaviye mobil bir uygulamayla erişebilme imkânı sağlamaktadır (Pear Reset, 2023). Bu doktora tez araştırma çıktısı olarak alt yapısı hazırlanarak modellenen ‘Bağımlılıкта İzlem’ mobil aplikasyon ile bağımlılıkla mücadelede sosyal yaşama ve süreçteki motivasyona etkisi olan tüm bileşenler bir araya toplanmıştır.

Sosyal çevresi ile duygusal destek gördüğünü hisseden bireyler daha rahat sorunlarını paylaşabilir, taşıdığı duygusal yükü hafifleterek sağlıklı iletişim becerileri geliştirebilecektir. Ayrıca, etkili iletişim içerisinde olduğu sosyal ortam bağımlılığa karşı direncini de arttırarak, yeni yaşam tarzını sürdürmede yardımcı olacaktır. Böylece, relaps ve madde kullanımına geri dönüş riskini azaltacaktır. Ventura ve ark. (2023) tarafından yapılan bir araştırma da uyuşturucu madde kullanan 111 kişi içerisinde seçilen 11 kişiyle yapılandırılmış görüşmeler yapılarak, uyuşturucu madde kullanımını önlemeye yönelik bilgi toplanmıştır. Araştırma sonucuna göre katılımcılar

olumsuz sosyal koşulların ve toplumsal dışlanmanın madde kullanımına ittiğini; önlemek için çocuklar ve gençlere yönelik eğitim programları veya fiziksel/spor faaliyetleri gibi sosyal organizasyonların etkili olacağını belirtmiştir. Mutlu (2013) ise bağımlılıkla mücadelede ailenin etkisi ile ilgili yaptığı bir araştırmada MKB olan gençlerin tedavi sürecinde ebeveynlerinin desteğinin tedavi başarısını etkileyen önemli bir unsur olduğunu vurgulamıştır. Yaman (2014) tarafından bağımlılıkla mücadele eden 10 kişi ile yarı yapılandırılmış görüşme yapılarak, bağımlılık süreci ve aile ilişkileri etkisi araştırılmıştır. Araştırma sonucuna göre, MKB bulunan bireylerin aile ilişkileri sağlıklı olduğunda ve sosyal zaman geçirdiklerinde yasa dışı madde aşermelerinin azaldığını belirtmişlerdir.

Alkol veya MKB tanısı koyulmuş 389 kişiye uygulanan ölçeğin cinsiyete göre faktörlerin karşılaştırmasında H1₀, H2₀, H3₀, H4₀ ve H5₀ hipotezleri cinsiyet ile faktörler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığından kabul edilmiştir. Li, Yan, Wang, Zhang ve Jia tarafından yapılan bir araştırmada tedavi gören 69 bağımlı bireyin cinsiyete göre tedavi sürecindeki duygusal değişiklikleri incelenmiştir. Çalışma sonucunda kadın bireylerin duygusal değişikliğe daha fazla ihtiyaç duyduğu ve sosyal iletişim konusunda daha istekli olduğu saptanmıştır. Bu durum, cinsiyet ve faktörlerin karşılaştırılması sonuçlarında erkek bireylerin kadınlara göre memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu sonucu destekler niteliktedir.

Alkol veya MKB tanısı koyulmuş 389 kişiye uygulanan ölçeğin yaş grubuna göre faktörlerin karşılaştırmasında H6₀, H7₀, H8₀, H9₀ ve H10₀ hipotezleri yaş grubu ile faktörler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığından dolayı kabul edilmiştir. Koçanlı (2020) tarafından yapılan bir araştırmada 15-25 yaş aralığındaki 103 bağımlı bireye uygulanan ölçekler ile bağımlılık hastalığı ile aile ilişkileri arasındaki ilişki saptanmaya çalışılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların %9'unun yasa dışı madde kullanımına itici kuvvetin aile ilişkileri olduğu belirtmiştir. WHOQOL-Bref ölçeğine katılan 18-25 yaş aralığındaki bireylerin verdikleri yanıtlara göre karşılaştırma yapıldığında da sosyal ilişkilerinin beklenenden daha iyi, fiziksel sağlık, psikolojik ve çevre durumundan memnuniyet düzeyinin orta seviyede %10'luk bir dilime denk geldiği söylenebilir. Bu durum daha önce yapılan çalışmalarla tutarlılığını korur nitelikte çıkmıştır. Araştırmamız da 55-64 yaş aralığındaki bağımlılıkla mücadele eden yaşlı bireylerin psikolojik ve sosyal ilişkilerden memnuniyet düzeyi beklenenden daha düşük çıkmıştır. Aslan, Arıcak ve

Karadaşı (2019) tarafından yapılan bir çalışmada madde bağımlılığı bulunan yaşlı bireylerin sosyal destek düzeyi ve depresyon algısının, madde bağımlılığı bulunmayan bireylere göre daha yüksek çıktığı saptamıştır. Literatürde yaş grubu ve bağımlılıkla ilişkili yapılan çalışmalarla kıyaslama yapıldığında araştırma sonuçları paralellik göstermektedir. Kutlu (2023) tarafından “Geriatrik Popülasyonda Yaygınlığı Artan Bir Sorun: Bağımlılık” başlıklı çalışmada yaşlılarda bağımlılığa iten sosyal ve psikolojik nedenler araştırılmış fakat literatürde bağımlılıkla mücadele çalışmalarında özellikle odak grubun çocuk ve gençler olması nedeniyle gelecek çalışmalarda 65 yaş ve üzeri grubun da dâhil edilmesinin önemi vurgulanmıştır. Bu durum, uyguladığımız ölçeklerde 65 yaş ve üzeri katılımcı sayısının 3 kişi olsa dahi değerlendirmeye katılmasının minimal düzeyde olsa dahi farkındalık açısından literatüre katkı sağlayıcı olmuştur.

Eğitim düzeyine göre katılımcı profilleri incelendiğinde, ortaöğretim mezunu 140 kişi, lise mezunu 149 kişi, ön lisans ve üzeri 100 kişiden oluşmaktadır. Eğitim seviyesine göre faktörlerin karşılaştırmasında H11₀, H12₀, H14₀ hipotezleri ret edilmiş, H13₀ ve H15₀ kabul edilmiştir. Eğitim seviyesi ile genel sağlık, fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcı sayılarının eğitim düzeyine karşılaştırılmasında en fazla lise düzeyi veya öncesi eğitim seviyesindeki kişilerden oluşması tehdit altında olan yaş grubu hakkında fikir verici olmaktadır. Bu durum sadece ülkemiz için sınırlı olmamakla birlikte bağımlılığın aynı yaş grubunu dünya genelinde tehdit etmektedir. Özellikle bu yaş grubunu bağımlı birey olmaya iten nedenlerin araştırıldığı örnek çalışmalar ile WHOQOL-Bref ölçek sonuçlarının tutarlılıkları desteklenmektedir. Grunbaum, Tortolero, Weller ve Gingiss (2000) tarafından lise öğrencilerinin kültürel ve sosyal ilişkilerinin bağımlılığa etkisi araştırılmıştır. Araştırma sonucuna göre aile ilişkilerinin ve yalnızlık hissinin kokain bağımlılığı ile önemli ölçüde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Yıldırım, Engin ve Yıldırım (2011) tarafından yapılan bir araştırma da örneklem içerisindeki en fazla katılımcı lise mezunları oluşturmakla birlikte madde kullanımı ile yalnızlık duygusu ve sosyal ilişkilerin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Uzun ve Kelleci (2018) tarafından “Lise Öğrencilerinde Madde Bağımlılığı: Madde Bağımlılığından Korunma Öz Yeterlikleri ve İlişki Faktörleri” başlıklı çalışma yapılmış ve çıktısı olarak; aile ve okuldaki sosyal ilişkilerinden memnun olmama, herhangi bir hastalığının olması, kendini saldırgan bir birey olarak tanımlayarak genel

sağlığından memnun olmama gibi nedenler tespit edilmiştir. Bu durum araştırmamızın eğitim seviyesi ile genel sağlık, fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler arasındaki anlamlı ilişki ile paralellik göstermektedir. Erdamar ve Kurupınar (2014) tarafından Türkiye/Bartın ilinde ortaöğretim öğrenci grubunda alkol ve madde bağımlılığı alışkanlığı ile ilgili araştırma yapılmıştır. Araştırma çıktısı olarak katılımcıların %6.8'inin düzenli olarak alkol kullandığını, %8.7'sinin ise her zaman uçucu özellikli madde kullandığını tespit etmiştir. Yapılan araştırmada ortaöğretim grubundaki öğrencilerin 'bağımlılık' konusunda bilgi düzeylerinde eksiklik olduğu, eğitici ve bilinçlendirici çalışmaların gerekliliği vurgulanmıştır. Yine aynı çalışmada alkol veya uçucu madde kullanımına başlama nedeni olarak aile sorunları, arkadaş etkisi ve sosyal ilişkilerin önemli bir etken olduğu saptanmıştır (Erdamar ve Kurupınar, 2014).

Bağımlılıkla mücadele eden kişilerin eğitim seviyesi ön lisans ve üzeri mezun kişilerin psikolojik durumundan ve çevresinden memnuniyet düzeyinin beklenenden daha kötü olduğu anlaşılmaktadır. Tansel (2006) tarafından 323 önlisans ve üzeri öğrenci ile yapılan araştırmada, yasa dışı madde kullanma nedenleri olarak sosyal çevresinden kabul görme ve ebeveynlerin eğitim seviyesi ve ebeveyn ilişkilerinin etkili olduğu saptanmıştır.

Çalışma durumuna göre katılımcılar arasında çalışan 215 kişi, çalışmayan ise herhangi 174 kişi bulunmaktadır. Çalışma durumuna göre faktörlerin karşılaştırmasında H16₀, H17₀, H18₀, H20₀ hipotezleri kabul edilmiş, H19₀ hipotezi reddedilmiştir. Çalışma durumu ile sosyal ilişkilerinden memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Joe, Simpson ve Broome (1998) tarafından yapılan bir araştırmada bağımlılığı bulunan bireylerin dışlanmak yerine, psikoaktif maddelerden uzak kalabilmek için daha sağlıklı ve sosyal bir hayatın olmasıyla iyileşme sürecine katkı sağlayacağı vurgulanmıştır. Pavelova (2017) tarafından “The Magnitude of Problems In Selected Areas of The Life of Addicts Entering Resocialization in The Context of The Overall Extent of Their Motivation” başlıklı çalışmada yapılan saha araştırmasında çalışanlar arasında bulunan bağımlı kişilerin tedavi sürecinde yeniden sosyalleşmesinin desteklenmesiyle, iyileşmesinde ve yoksunluğunun korunmasında önemli bir etken olduğu saptanmıştır. Çalışanlar arasında MKB tanısı koyulmuş veya tespit edilen kişiler olması durumunda direkt işten

çıkartma fikri bağımlı birey için sürecin olumsuz ilerlemesine katkı sağlayacaktır. Ayrıca, araştırma sonuçlarına göre genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik durumu ve çevreden memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamasa da verilen yanıtların dağılımına bakıldığında çalışan bireylerin memnuniyet düzeyinin beklenenden iyi olması, alışkanlıklardan kurtulma sürecinde sosyal bir statü kaybı yaşamamalarının pozitif etkisi olarak düşünülmektedir.

Medeni haline göre katılımcılar arasında 148 kişi evli, 241 kişinin bekar bireylerden oluşmaktadır. Çalışma durumuna göre faktörlerin karşılaştırmasında H21₀, H22₀, H23₀, H24₀ ve H25₀ hipotezleri kabul edilmiştir. Alkol veya MKB bulunan kişilerin medeni durumunun faktörlerle karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Fakat araştırma sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamasa da verilen yanıtların dağılımına bakıldığında evli bireyler fiziksel sağlıklarından, psikolojik durumlarından, sosyal ilişkilerinden memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu söylenebilmektedir. Yapılan literatür araştırma sonuçlarına göre bağımlılıkla mücadele eden kişilerin tedavi sürecinin ailesi ve sosyal çevresi ile iş birliği içerisinde yürütülmesinin arınma sürecini hızlandırmakta ve olumlu katkı sağlamaktadır. Yücel, Doğan, Pamir, Erkuş, Keşir ve Zengin (2020) tarafından yapılan bir araştırmada alkol ve madde bağımlısı bireylerin sosyal destek algısı araştırılmıştır. Araştırmaya göre ailesi ve sosyal çevresi ile iş birliği içerisinde yürütülen bağımlılıkla mücadele sürecinde bağımlı kişinin arınma sürecini hızlandırdığı ve olumlu katkı sağladığı saptanmıştır. Evli bireylerin tedaviye birlikte uyum göstermesi, motivasyonu ve iyileşme süreci üzerinde direkt etkili olmaktadır. Walter, Gerhard, Duersteler-Macfarland, Weijers, Boening ve Wiesbeck (2006) tarafından yapılan bir çalışmada alkol bağımlılığı ile mücadele sürecindeki sosyal faktörler araştırılmış ve bekar bireylerin evlilere göre tekrar başlama ihtimalinin iki katı olduğu tespit edilmiştir. Çelikel (2023) tarafından yapılan “Madde Bağımlılığı Tedavisinde Aile Katılımı” başlıklı araştırmada, tedavi sürecine ailesi dahil olan 6 kişi ile tedavi sürecine ailesi dahil olmayan 6 kişinin süreci karşılaştırılmıştır. Araştırma çıktısında ise bağımlı bireylerin tedavi sürecinde eşlerinin/ailesinin desteğini istediğini ve eşlerin dahil olduğu süreçte bireyin motivasyonunu olumlu etkileyerek tedavi süresinin uzamasına katkı sağladığı saptanmıştır.

Bağımlılık türüne göre katılımcılardan 142 kişi alkol, 247 kişi yasa dışı madde kullanım bozukluğu ile mücadele eden bireylerden oluşmaktadır. Bağımlılık türüne

göre faktörlerin karşılaştırmasında H26₀, H28₀, H29₀, H30₀ hipotezleri kabul edilmiş, H27₀ rededilmiştir. Bağımlılık türü ile sadece fiziksel sağlıktan memnuniyet düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Fakat genel sağlık, psikolojik durum, sosyal ilişkiler ve çevre durumu karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamasa da verilen yanıtların dağılımına bakıldığında yasa dışı madde bağımlılığı bulunan kişilerin memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu söylenebilmektedir. Bunun nedeni olarak, alkol merkezi sinir sistemini baskılayarak antidepresan etkisi gösterirken, psikoaktif maddelerin doğrudan beyinde dopamin seviyesini arttırarak daha yoğun duygu değişikliklerine yol açması ve bireyde sosyal yakınlık hissi yaratması gibi etkilerinden dolayı kaynaklandığı söylenebilir (ÖZTAŞ, 1990; Yeşilay, 2024). Kısaca, araştırmamız da yasa dışı madde kullanan bireylerin memnuniyet düzeylerinin daha iyi olmasında psikoaktif maddelerin neden olduğu bu etkilerden dolayı desteklenebilmektedir.

Dikkat eksikliği tanısına göre katılımcılar arasında 99 kişi dikkat eksikliği tanısı var iken, 290 kişide dikkat eksikliği tanısı bulunmamaktadır. Dikkat eksikliği tanısına göre oluşturulan H31₀, H32₀, H34₀ve H35₀ hipotezleri kabul edilmiş olup, H33₀ hipotezi reddedilmiştir. Dikkat eksikliği tanısı ile psikolojik durumundan memnun olma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Dikkat eksikliği tanısının kişide yarattığı sosyal uyum sorunları ve duygu bozuklukları; sosyal ilişkilerde ve psikolojik durumdan memnun olma düzeyini etkileyebilmektedir (Özbay ve Kayhan, 2024). Kieling ve Rohde (2011) tarafından dikkat eksikliği tanısı koyulmuş çocuklarda izlem çalışması yapılmış ve araştırma çıktısı olarak bu çocuklarda alkol bağımlılığı riskinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu doktora tez çalışmasında elde edilen araştırma çıktılarının karşılaştırması yapıldığında genel olarak literatürde bulunan benzer çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bağımlılıkla mücadele *önleme, erken teşhis, tedavi takip ve destek* olmak üzere üç evreyi kapsayan geniş ölçekli ve sistemli bir çalışma bütünüdür. Bağımlılıkla mücadele sürecinde önleyici çalışmalar ile toplumsal bilinçlenme, erken teşhis evresinde tedavi sürecinin başlatılması ve takip edilmesi amaçlanmaktadır. Tedavi takip ve destek sürecinin temelinde ise bu hastalıkla mücadele eden kişilerin aileleri veya sosyal çevreleri ile etkili iletişimde kalmaları, eğitim veya iş hayatlarına devam edebilmeleri yer almaktadır. Sosyal çevresi ile duygusal destek gördüğünü hisseden bireyler daha rahat sorunlarını paylaşabilecek ve sağlıklı iletişim becerileri geliştirebilecektir. Bu nedenle alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı koyulan bireylerde herhangi bir tedavi programına katılma ve devam etme bireyin kendi kararı olsa dahi, ailesi veya sosyal çevresi tarafından desteklenmesi bağımlılıkla mücadelede önemli bir yer tutmaktadır. Çünkü, bağımlılık hastalığından kurtulma çabalarını ve yeni yaşam tarzını entegre edebilmelerini destekleyecektir.

Ülkemizde yasa dışı madde kullanmaya başlama yaşı ortalama 20 iken, alkol kullanmaya başlama yaşı ortalama 11 olarak saptanmıştır. Kullanıcı sayısının giderek artan bir ivme göstermesi özellikle genç nesilde kalıcı tehdit unsuru oluşturmaktadır. Özellikle alkol veya yasa dışı madde kullanımında her geçen yıl düşen başlangıç yaşı; üreten ve çalışan bir neslin devamlılığını bıçak gibi kesen bir etkiye neden olmaktadır. Sağlıklı nesillerin varlığı, toplumsal yapının ve düzenin korunması, çalışan ve üreten toplumların yetişmesi için bağımlılıkla mücadele de ülkelerin yasal düzenlemeler ve politikalar geliştirmeleri ile caydırıcılıkla veya sorunla etkili şekilde başa çıkılmasında fayda sağlamaktadır.

Ülkelerin üretebilen ve gelişen bir dengede olabilmesi ve ekonomik kalkınmasında ‘çalışmak’ veya ‘çalışan’ olmak önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle, çalışanların korunması ve güvenli bir çalışma ortamında istihdam edilmeleri ile dolaylı olarak üretimin devamlılığı için ‘İş Sağlığı ve Güvenliği’ kültürü dünya genelinde kabul gören, belirli kural ve talimatlardan oluşan bir sistem olarak tanımlanmaktadır. İSG uygulamaları içerisinde çalışanın sağlık ve güvenliğini riske

sokabilecek her türlü durumun önlenmesi veya ortadan kaldırılması vurgulanmaktadır. Bu amaçla yola çıkılarak ülkemizde düzenlenen kanunda da çalışanlar arasında alkol veya yasa dışı madde kullanım bozukluğu bulunan bireylerin hem kendi sağlığını hem de güvensiz çalışma ortamı yaratma olasılığından dolayı işverenin tespiti durumunda haklı fesih hakkı bulunmaktadır. Özellikle, çalışanlar arasında alkol veya MKB bulunan kişilerin tespit edilmesi durumunda işten çıkartmak yerine, özverili bir yaklaşım ile daha fazla kontrol ve koordinasyon içerisinde işe devamlılığının sağlanması, işyeri hekimlerinin süreci işbirlikçi tutum ile takip ederek sürdürmesi, bireyi yeniden topluma kazandırmaya yardımcı olacaktır.

Bu doktora tezinin araştırma çıktıları ile çalışanlar arasında alkol veya MKB tanısı bulunan bireylerin işten çıkartılmadan veya herhangi bir sosyal dışlanmaya maruz bırakılmadan tedavi sürecine işverenlerin veya işveren vekillerinin veya işyeri hekimlerinin de dahil edildiği, bağımlı bireylerin işten uzaklaştırılmadan da İSG açısından bireye ait gerekli bilgi ve veri akışının sağlanabileceği ve tedavi sürecine devam edebileceği bir uygulama modellenmiştir. Ayrıca, bağımlılıktan kurtulma sürecinde sosyal yaşamın, çevrenin ve desteğin ne kadar etkili olduğu literatür araştırmasıyla ve uygulanan ölçekler ile tespit edilmeye çalışılmış ve bu doktora tez çalışması ile de bu konuda bir farkındalığın kazandırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmada iki farklı araştırma çıktısı elde edilmiştir. *Birinci araştırma çıktısında* çalışanlar arasında alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı konulmuş ve bununla mücadele eden kişilerin, tedavi süreci içerisinde bağımlılıktan kurtulma çabasını destekleyen ve sürdürmesine katkı sağlayacak mobil uygulama modellenmiştir. Literatürde yapılan araştırmalar ve geliştirilen uygulamalar incelendiğinde Alkol ve MKB tanısı koyulmuş kişilerin tedavi sürecinde sosyal çevreye, iletişim kurmaya ve dışardan motivasyon desteği görmeye ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır. Ülkemiz tarafından geliştirilmiş veya bu amaca yönelik herhangi bir mobil, web veya desktop uyumlu uygulama bulunmamaktadır.

Modeli oluşturulan mobil uygulamanın ismi '*Bağımlılıkta İzlem*' olarak, '*katıl-tamamla- sürdür*' sloganı ile belirlenerek, alan adı alınmıştır. Modellenen *Bağımlılıkta İzlem* mobil uygulama ile bağımlı bireylerin işten veya bulunduğu sosyal statüsünden uzaklaşmadan ihtiyaç duyduğunda erişebileceği şekilde tasarlanmış olup, teknik içeriği geliştirilirken uluslararası düzeyde örnek mobil uygulamalar incelenmiştir.

Bağımlılıkta izlem, görsel tasarımı ve logosu tanımlandıktan sonra yazılım alt yapısı ve mobil, desktop, web sayfası gibi her platformda kullanıma uygun çalışma prensibiyle tasarlanmıştır. Proje tasarımında ‘.NET Core – C#, Rest API, Vue.js – Quasar UI – MSSQL’ yazılım dilleri kullanılmıştır. Özellikle mobil uygulamanın ön yüzünde Quasar Framework ve Vue.js; arka yüzünde ise Asp. Net Core 8.0 yazılım dili kullanılmıştır. Gerekli veritabanı dosyaları oluşturulmuş ve veri akış algoritmaları oluşturulmuştur (Şekil 31). Modellenen uygulama içeriği bağımlılıkla mücadelede tedavi takibini sağlayacak, interaktif süreci destekleyecek modüllerin eklenebileceği şekilde oluşturulmuştur. Uygulama içerisinde tanımlanan proje yöneticisi ara yüzü, işveren veya vekili ara yüzü, sağlık temsilcisi ara yüzü (psikolog, psikiyatr, hekim vb.) ile kullanıcı tanımlama, yetkilendirme, uygulamanın kaynaklarını ve modüllerini düzenleyebilecek yazılım alt yapısı da hazır hale getirilmiştir (Şekil 35). Uygulamaya kullanıcı giriş yaptıktan sonra günlük mood’unu, aşırmeye düzeyini ve periyodik ilaç kullanım takibi bilgilerin işveren/işveren vekili veya sağlık temsilcisi tarafından görülebilmesi sağlanmıştır. Çalışanlar arasında alkol veya MKB tanısına sahip kişilerin sosyal dışlanmaya veya statü kaybına maruz kalmadan tedavilerine devam edebilmeleri amacıyla *Bağımlılıkta İzlem* uygulaması işyeri hekimlerine bilgi akışı sağlayabilecek alt yapıda tasarlanmış ve modellenmiştir.

Bağımlılıkta izlem, mobil uygulamayı tüm platformlardan erişilebilir ve kullanılabilir özellikte tasarlanmıştır. Uygulama ile asıl hedeflenen bağımlılıkta mücadele sürecinde minimum 12 haftayı kapsayacak, tedavi destek modülleri ile bireyin aşırmasının engellenmesi ve tedavi sürecinin desteklenmesidir. Buna istinaden geliştirilen teknik alt yapısına proje yöneticisi tarafından erişimin sağlandığı modül yönetimi arayüzü eklenmiştir. Modül yönetimi ara yüzü ile proje yöneticisi modül ekleme-çıkartma, modül ismi ve içeriği tanımlama, modül içeriğini geliştirme, her modülün tamamlanması için minimum baraj notu belirleme ve geçer notların hesaplanması gibi işlemleri gerçekleştirebilecektir (Şekil 39-40-41).

İkinci araştırma çıktısında, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hizmet veren ERAM veya AMATEM merkezleri arasında araştırma onayı alınanlara ayakta veya yatarak tedavi için başvuran 389 bağımlı bireye WHOQOL-Bref anket formları uygulanmıştır. *Genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre* olmak üzere 5 faktöre ayrılan yaşam memnuniyet ölçeğinde (Tablo 12), değişkenler arasında bağımlılık olup

olmadığını saptayabilmek için Ki-Kare testinden faydalanılmıştır. Sosyo-demografik bilgilere göre 35 hipotez geliştirilmiş ve yanıtları aranmıştır.

Cinsiyete göre katılımcı profilleri incelendiğinde, 44'ü kadın 345'i erkek bireylerden oluşmaktadır. Cinsiyete göre faktörlerin karşılaştırmasında H1, H2, H3, H4 ve H5 hipotezleri oluşturulmuştur. H1 hipotezi için H1₀ kabul (Tablo 15), H2 hipotezi için H2₀ kabul (Tablo 18), H3 hipotezi için H3₀ kabul (Tablo 22), H4 hipotezi için H4₀ kabul (Tablo 24), H5 hipotezi için H5₀ kabul (Tablo 27) edilmiştir. Kısaca, cinsiyet ile faktörler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamasa da verilen yanıtların dağılımına bakıldığında erkek bireylerin kadınlara göre memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu söylenebilmektedir.

Yaş grubuna göre katılımcı profilleri incelendiğinde, 64'ü 18-24 yaş, 177'si 25-34 yaş, 85'i 35-44 yaş, 43'ü 45-54 yaş, 17'si 55-64 yaş ve 3 'ü 65 ve üzeri kişilerden oluşmaktadır. Yaş grubuna göre faktörlerin karşılaştırmasında H6, H7, H8, H9 ve H10 hipotezleri oluşturulmuştur. H6 hipotezi için H6₀ kabul (Tablo 30), H7 hipotezi için H7₀ kabul (Tablo 33), H8 hipotezi için H8₀ kabul (Tablo 36), H9 hipotezi için H9₀ kabul (Tablo 39), H10 hipotezi için H10₀ kabul (Tablo 42) edilmiştir. Kısaca, yaş ile faktörler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamasa da verilen yanıtların dağılımına bakıldığında; 18-24 yaş aralığındaki bireyler genel sağlığından, 25-34 yaş aralığındaki bireylerin fiziksel sağlığından, 55-64 yaş aralığındaki bireylerin psikolojik durumundan, 35-44 yaş aralığındaki bireylerin sosyal ilişkilerinden ve çevresinden memnuniyeti beklenenden daha iyi düzeydedir.

Eğitim düzeyine göre katılımcı profilleri incelendiğinde, ortaöğretim mezunu 140 kişi, lise mezunu 149 kişi, ön lisans ve üzeri 100 kişiden oluşmaktadır. Eğitim seviyesine göre faktörlerin karşılaştırmasında H11, H12, H13, H14 ve H15 hipotezleri oluşturulmuştur. H1 hipotezi için H11₀ red (Tablo 45), H12 hipotezi için H12₀ red (Tablo 48), H13 hipotezi için H13₀ kabul (Tablo 51), H14 hipotezi için H14₀ red (Tablo 54), H15 hipotezi için H15₀ kabul (Tablo 57) edilmiştir. Eğitim seviyesi ile genel sağlık, fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bağımlılıkla mücadele eden kişilerin eğitim seviyesi genel sağlık, fiziksel sağlık ve sosyal ilişkilerinden memnun olma düzeylerinde orta büyüklükte bir

etkiye sahiptir. Fakat eğitim seviyesi ile psikolojik durumu ve çevreden memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamasa da verilen yanıtların dağılımına bakıldığında ön lisans ve üzeri mezun kişilerin psikolojik durumundan ve çevresinden memnuniyet düzeyinin beklenenden daha kötü olduğu söylenebilmektedir.

Çalışma durumuna göre katılımcı profilleri incelendiğinde, 215 kişi herhangi bir işte çalışıyor iken, 174 kişi çalışmamaktadır. Çalışma durumuna göre faktörlerin karşılaştırmasında H16, H17, H18, H19 ve H20 hipotezleri oluşturulmuştur. H16 hipotezi için H16₀ kabul (Tablo 60), H17 hipotezi için H17₀ kabul (Tablo 63), H18 hipotezi için H18₀ kabul (Tablo 66), H19 hipotezi için H19₀ red (Tablo 69), H20 hipotezi için H20₀ kabul (Tablo 72) edilmiştir. Kısaca, çalışma durumu ile sadece sosyal ilişkilerinden memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bağımlılıkla mücadele eden kişilerin herhangi bir işte çalışıyor olması sosyal ilişkilerinden memnun olma düzeyinde orta büyüklükte bir etkiye sahiptir. Analiz sonuçlarına göre genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik durumu ve çevreden memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamasa da verilen yanıtların dağılımına bakıldığında çalışan bireylerin memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu söylenebilmektedir.

Medeni haline göre katılımcı profilleri incelendiğinde, 148 kişi evli, 241 kişi bekar bireylerden oluşmaktadır. Medeni haline göre faktörlerin karşılaştırmasında H21, H22, H23, H24 ve H25 hipotezleri oluşturulmuştur. H21 hipotezi için H21₀ kabul (Tablo 76), H22 hipotezi için H22₀ kabul (Tablo 79), H23 hipotezi için H23₀ kabul (Tablo 81), H24 hipotezi için H24₀ kabul (Tablo 84), H25 hipotezi için H25₀ kabul (Tablo 87) edilmiştir. Kısaca, medeni hal ile faktörler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamasa da verilen yanıtların dağılımına bakıldığında evli bireyler fiziksel sağlıklarından, psikolojik durumlarından, sosyal ilişkilerinden memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu söylenebilmektedir.

Bağımlılık türüne göre katılımcı profilleri incelendiğinde, 142 kişi alkol, 247 kişi yasa dışı madde kullanım bozukluğu ile mücadele eden bireylerden oluşmaktadır. Bağımlılık türüne göre faktörlerin karşılaştırmasında H26, H27, H28, H29 ve H30 hipotezleri oluşturulmuştur. H26 hipotezi için H26₀ kabul (Tablo 90), H27 hipotezi

için H27₀ red (Tablo 93), H28 hipotezi için H28₀ kabul (Tablo 96), H29 hipotezi için H29₀ kabul (Tablo 99), H30 hipotezi için H30₀ kabul (Tablo 102) edilmiştir. Kısaca, bağımlılık türü ile sadece fiziksel sağlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamasa da verilen yanıtların dağılımına bakıldığında yasa dışı madde bağımlılığı bulunan kişilerin genel sağlık ve fiziksel sağlıklarından, psikolojik durumlarından, sosyal ilişkilerinden, çevre durumundan memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu söylenebilmektedir.

Dikkat eksikliği tanısına göre katılımcı profilleri incelendiğinde, 99 kişi dikkat eksikliği tanısı var iken, 290 kişide dikkat eksikliği tanısı olmayan bireylerden oluşmaktadır. Dikkat eksikliği tanısına göre faktörlerin karşılaştırmasında H31, H32, H33, H34 ve H35 hipotezleri oluşturulmuştur. H31 hipotezi için H31₀ kabul (Tablo 105), H32 hipotezi için H32₀ kabul (Tablo 108), H33 hipotezi için H33₀ red (Tablo 111), H34 hipotezi için H34₀ kabul (Tablo 114), H35 hipotezi için H35₀ kabul (Tablo 117) edilmiştir. Dikkat eksikliği tanısı ile psikolojik durumundan memnun olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dikkat eksikliği tanısı olmayan bireylerin psikolojik olarak memnuniyet düzeyinde orta büyüklükte bir etkiye sahiptir. Analiz sonuçlarına göre genel sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreden memnun olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamasa da verilen yanıtların dağılımına bakıldığında dikkat eksikliği tanısı olmayan bireylerin memnuniyet düzeyinin daha iyi olduğu söylenebilmektedir.

Bu çalışmada alkol veya yasa dışı madde kullanım bozukluğu nedeniyle toplumsal dışlanmanın sürece olumsuz katkı sağlayacağı vurgulanmak istenmiştir. Analiz sonuçlarına göre çalışanların, evli bireylerin sosyal ilişkilerinden memnuniyetinin iyi olması, hayatlarında sosyal değişikliklere maruz kalmamalarına ve aile ilişkilerinin sağlıklı olduğu durumlarda kendilerini daha güvende hissettiklerini vurgular niteliktedir. Bağımlılıkla mücadele de sürecin başlangıcı her ne kadar bireysel olsa da, sürecin devamlılığında aile ve sosyal çevre (iş ve arkadaş vb.) ile iş birliği içerisinde olmanın önemi yapılan anket sonuçları ile de desteklenmektedir.

Bu doktora tez araştırmasının birinci çıktısı ile mobil uygulama modellenmiş ve ulaşılmak istenen temel hedef alkol veya madde kullanım bozukluğu olan hastaların tekrar kullanım oranlarını azaltmak, ayık kalma sürelerinin kontrollü ve sağlıklı bir

şekilde uzaması ve sürdürülebilirliğini sağlamaktır. İkinci çıktısı ile literatürde de yer aldığı gibi sosyal kazanıma yönelik yaklaşımlar bağımlılıkla mücadele sürecindeki bireylerin motivasyonunu olumlu yönde destekleyecektir.

Öneriler;

- Bağımlılıkta İzlem mobil aplikasyonunun amacına hizmet edebilmesi için modüllerin detaylı ve titiz bir çalışma ile alanında uzman sağlık profesyonelleri ve sosyal hizmet uzmanlarının da yer aldığı bir ekip tarafından hazırlanması,
- Alkol veya madde yoksunluğu durumunda anında tespiti için bunun giyilebilir teknolojiler yardımıyla belirlenecek şekilde geliştirilmesi,
- Modellenen mobil uygulamanın açık erişim olarak ihtiyaç duyan herkesin kullanımı için gerekli alt yapı ve teknik desteğin sağlanması konusunda iş birliği,
- Bağımlılıkla mücadele eden bireylere yalnızlıklarını paylaşabilecekleri sosyal iletişim desteği veren veya tedavi konusunda rehberlik edebilecek çağrı merkezi kurulması, önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- AA Türkiye, (2001). AA Türkiye Homepage. Erişim adresi: <https://www.adsizalkolikler.com>
- AA, (1935). Adsız Alkolikler. Erişim adresi: https://tr.wikipedia.org/wiki/Adsız_Alkolikler
- AA, (2020). Türkiye'nin Uyuşturucuyla Mücadelesi Dünyaya Örnek Oldu. Erişim adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/turkiyenin-uyusturucuyla-mucadelesi-dunyaya-ornek-oldu/1890595>
- AA, (2023a). Avrupa'da Uyuşturucu Kullanımı Artıyor. Erişim adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/dunya/avrupada-uyusturucu-kullanimi-artiyor-yasa-disi-pazar-buyuyor/2885086>
- AA, (2023b). BM, Asya'da uyuşturucu ticaretinin "aşırı seviyelere" yükseldiği konusunda uyardı. Erişim adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/dunya/bm-asyada-uyusturucu-ticaretinin-asiri-seviyelere-yukseldigi-konusunda-uyardi/2912574>
- Açık Kemaloğlu, S., Köksal Babacan, E. (2022). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi- Biyoistatistik-Hafta 10 [Powerpoint slides]. Erişim adresi: <https://acikders.ankara.edu.tr/course/view.php?id=55>.
- AEAH, (2022). Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniği. Erişim adresi: <https://izmirataturkeah.saglik.gov.tr/TR-270689/amatem.html#>
- Akkapulu, F. (2006). *İstanbul Üniversitesi Öğrencilerinin Psikoaktif Madde Kullanma Alışkanlıklarını*
- Aksun, S., Avşar, C. (2019). Madde Bağımlılığı Analizleri ve İdrar Bütünlüğünün Önemi. *Medical Sciences*, 14(1), 22-32.
- Aksun, S., Bağcı, B., Demir, L., Karalar, O., Aksun, M. (2022). Yasadışı Madde Analizlerinde Preanalitik Evre. *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*, 20(3): 138-152.
- Aktan Mutlu, E. (2019). Alkol-Madde Bağımlılığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi Kongre Özel Sayı*, 50-52.
- Altuntaş, M., Öztürk, E., Arıkan, S. (2019). Madde Bağımlılığı Tedavisinde Manevi Desteğin Ekip Çalışması ile Yürütülmesi. *The Journal of Social Science*, 3(5), 195-207.
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V [Fifth Edition]*. American Psychiatric Publishing. London. Erişim adresi: <https://ia601602.us.archive.org/24/items/dsm-5-tr/DSM-5-TR.pdf>.
- Aslan Erdem, S. (2022a). Ankara Üniversitesi-Bitkisel Narkotikler ve Psikotropolar - Hafta 4 [Powerpoint slides]. Erişim adresi: <https://acikders.ankara.edu.tr/course/view.php?id=2298>.
- Aslan Erdem, S. (2022b). Ankara Üniversitesi-Bitkisel Narkotikler ve Psikotropolar - Hafta 8 [Powerpoint slides]. Erişim adresi: <https://acikders.ankara.edu.tr/course/view.php?id=2298>
- Aslan, K. (2018). Madde Bağımlılığı ve Zararlı Alışkanlıklar [Powerpoint slides]. Erişim adresi: <https://www.slideshare.net/slideshow/uyusturucu-madde-bagimlilik/105133914>.
- ASP.NET Core, (2024). ASP.NET Core'a Genel Bakış. Erişim adresi: <https://learn.microsoft.com/tr-tr/aspnet/core/introduction-to-aspnet-core?view=aspnetcore-8.0#why-choose-aspnet-core>
- Atasoy, S. (2022). Birleşmiş Milletler Uluslararası Uyuşturucu Kontrol Kurulu (INCB) 2021 Raporları açıklandı!. Erişim adresi: <https://turkiye.un.org/tr/174566-birlesmis-milletler-uluslararası-uyusturucu-kontrol-kurulu-incb-2021-raporlari-aciklandi>
- Avşar, G., Koç, F., Aslan, G. (2016). Madde Bağımlısı Hastalarda Sosyal Destek ve Benlik Saygısı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 44-49.
- Baria, Ö. (1990). Alkolün Merkez Sinir Sistemine Etki Mekanizmaları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, I(1), 2-9.
- Benbir Şenel, G., Demirkök, S., Ertan, S. (2008). Dopamin agonistlerinin önemli bir yan etkisi: Akciğer fibrozu. *Solunum*, 10(2), 147-152.

- Bir-Lab, (2021). ELISA Testi. Erişim adresi: [https://www.birlab.com.tr/Yazilarimiz/Detay/HIV--\(ELISA-Testi\)/1](https://www.birlab.com.tr/Yazilarimiz/Detay/HIV--(ELISA-Testi)/1)
- Bozkurt, O. (2015). *Madde bağımlısı bireylerin bağımlılık süreçlerinde ailenin etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Ankara.
- Bulut, T., Yeşilkayalı, E. (2020). Çocuk ve Gençlerde Madde Bağımlılığının Önlenmesine Yönelik Programların Sosyal Çalışma Perspektifinden İncelenmesi. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 4(1), 27-32.
- Can, M., Gürpınar, SS., İşler, H., Varol, N., Gürpınarlı, Z., Kocaağa, İ. (2008). Alkol Alan Kişilerin Kan Alkol Düzeyinin Solunum Havasındaki Alkol Düzeyi ile Karşılaştırılması ve Karaciğer Enzimlerine Etkisinin Araştırılması. *Van Tıp Dergisi*, 15(3), 75-80.
- Canada Wide Services, (2024). Get Help with Substance Use. Erişim adresi: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/get-help-with-substance-use.html#a2>
- Cüceler S, Yılmaz M, Türkleş S. (2022). Madde Bağımlısı Bireylerin Yaşadığı Psikososyal Sorunlar, Uygulanan Kanıt Temelli Müdahaleler ve Hemşireliğin Rolü. *Bağımlılık Dergisi*. 23(1):105-110.
- Çelik, MM. (2021). Afrika'da milli kimliğin bir parçası olarak gat çiğnemek. Erişim adresi: <https://www.indyturk.com/node/449166/haber/afrikada-milli-kimligin-bir-parcası-olarak-gat-ciğnemek>
- Çelikel, B. (2023). Madde Bağımlılığı Tedavisinde Aile Katılımı. (Yüksek Lisans Tezi). Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sakarya Üniversitesi.
- Demir, B., Özsoy, F. (2021). Alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastalarda laboratuvar parametrelerinin karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 31(4), 360-364.
- Demirel, N. (2012). Birleşmiş Milletler Çerçevesinde Uyuşturucu Maddelerle Mücadele. Akademik Bakış Dergisi. Erişim adresi: https://openaccess.dogus.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11376/2839/ndemirel_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Duyan, V., Gövebakan, R. (2021). *Madde bağımlılığı ve aile*. İstanbul:Yeni İnsan Yayınevi.
- Düzel, B., Sevinçli Bayram, C. (2024). Bağımlılıkla Mücadele Öyküsü Olan Bireylerde Psikososyal Destek Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 12(23), 19-40.
- Efeoğlu Özşeker, (2018). Kanabinoidlerin Toksikolojik Analizi. Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics. 2018;6(1):74-7.
- EGM, (2024). Emniyet Genel Mdürlüğü Narkotik Suçlar Başvuru Merkezleri. Erişim adresi: [https://www.egm.gov.tr/narkotik-suclar#:~:text=Tedavi%20alanında%20ülkemizde%20alkol%20ve,\(AMATEM\)%20aşağıdaki%20tabloda%20verilmiştir](https://www.egm.gov.tr/narkotik-suclar#:~:text=Tedavi%20alanında%20ülkemizde%20alkol%20ve,(AMATEM)%20aşağıdaki%20tabloda%20verilmiştir)
- Elmas, İ., Yılmaz, A. (t.y.). Türk Tabipler Birliği- Adli Tıp Ders Notları- Zehirlenmeler ve Madde Bağımlılığı. Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/eweb/adli/9.html> Erişim tarihi: 01.05.2024.
- EMCDDA, (1993). International Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Erişim adresi: https://www.emcdda.europa.eu/about/mission_en
- Erdamar, G., Kurupınar, A. (2014). Ortaöğretim Öğrencilerinde Görülen Madde Bağımlılığı Alışkanlığı ve Yaygınlığı: Bartın İli Örneği. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 16 (1), 65-84.
- Erol Karaca, Z., Gökçearsan Çiftçi, E. (2021). Madde Kullanımının ve Bağımlılığının Sosyoekonomik Maliyetinin ve Suç İle İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(1), 42-57.
- Erükçü Akbaş, G., Mutlu, E. (2016). Madde Bağımlılığı Tedavisinde Gören Kişilerin Bağımlılık ve Tedavi Deneyimleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(1),101-122.
- Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Yalçın Eser, S., Elbi, H., Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *3P Dergisi*, 7(2):5-13.
- Etil Alkol Analizi, (2024). Erişim adresi: <https://www.nano-lab.com.tr/tr/blog/detay/etil-alkol-analizi>. Erişim tarihi: 14.05.2024.
- Etkileyen Bireysel ve Psiko-Sosyal Faktörler*. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- FOPH, (2024). Federal Office of Public Health-National Strategy on Addiction. Erişim adresi: <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>
- Grunbaum JA, Tortolero S, Weller N, Gingiss P. (2000). Cultural, social, and inter- personal factors associated with substance use among alternative high school students. *Addictive Behaviors*, 25:145-51.
- Güngör, M., Bulut, Y. (2008). Ki-Kare Testi Üzerine. *Fırat Üniversitesi Doğu Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 84-89.

- Günşen İçli, T (1985). Uyuşturucu madde suçlarında bazı sosyal faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 3(2).
- Hadler, NL., Hairston, IS., Conroy, DA. (2023). I nsomnia due to drug or substance abuse and dependence. *Encyclopedia of Sleep and Circadian Rhythms (Second Edition)*, 87-100.
- Hancı, İH., Kozacı, LD. (2019). Uyuşturucu ile Mücadelede Tükürükte Madde Tespiti: Kolay Uygulanabilir, İmmünokromografik Bir Yöntem. *Uluslararası Fen Araştırmalarında Yenilikçi Yaklaşımlar Dergisi*, 3 (4), 128-143.
- HBSC, (2022). Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Erişim adresi: <https://hbse.org>.
- IARC (2010). Alcohol consumption and ethyl carbamate. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum, 96:1–1428. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21735939/>.
- IHME, (2020). Alcohol Use. Erişim adresi: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-risks-issues/alcohol-use#:~:text=1.34%20billion%20people%20consumed%20harmful,amounts%20of%20alcohol%20were%20male>
- INCB, (1968). International Narcotics Control Board. Erişim adresi: <https://www.incb.org/incb/en/index.html>
- İHH, (2021). Türkiye'de 10 Milyon Madde Bağımlısı. Erişim adresi: <https://ihh.org.tr/haber/turkiyede-10-milyon-madde-bagimli#>
- İPE, (2024). Alkol ve Eroin Bağımlılığında Engelleyici İmplant ve Enjeksiyonlar. Erişim adresi: <https://www.ipe.com.tr/tr/icerik/49/alkol-ve-eroin-bagimlilikinde-engelleyici-implant-ve-enjeksiyonlar#:~:text=Hastanın%20bağımlılığını%20yenebilmesine%20yönelik%20göreceği,nalokson%2C%20bupronorfin%20gibi%20ilaçlar%20bulunur>.
- İSG Kanunu, (2012). 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, T.C. Resmi Gazete, 28339, 20.06.2012. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6331&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- İş Kanunu, (2003). T.C. Resmi Gazete, 25134, 10 Haziran 2003. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4857.pdf>.
- Joe, GW., Simpson, DD., Broome, KM. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*. 93(8), 1177-90.
- Kankaya, H., Karadakovan, A. (2017). Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 21-29.
- Karaaslan, MF., Orhan, FÖ. (2005). Alkolizmde EEG ve ERP. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*. 1(47). 118-27.
- Karadeniz, H., Birincioğlu, İ., Çetin Ketenci, H., Karabacak, V. (2018). Doğu Karadeniz Bölgesinde Uyuşturucu Madde Kullanımının Değerlendirilmesi (2010-2013). *Karadeniz Chemical Science and Technology*, (2), 32-36.
- Karakeçili, F. (2019). Madde Bağımlılarında HCV Enfeksiyonu [Powerpoint slides]. Erişim adresi: https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2019/06/VHÇG-Simpozyum-2019_konuşma_Dr-Faruk-1.pdf.
- Karanfil, R., Ketten, A., Zeren, C., Rifaioğlu, EN., Göktaş, MT. (2014). Saç ve tırnakta etil glukuronid konsantrasyonlarının karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(4), 635-639. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2014.04.0490>.
- Kieling, R., Rohde, LA. (2011). ADHD Children and Adults: Diagnosis and Prognosis. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 9(1).
- Koçanlı, M. (2020). Uyuşturucu Madde Bağımlılığında Ailenin Etkisi Ve Bağımlı Sayısının Azaltılmasında Jandarmanın Etkinliği: İstanbul'da Bir Uygulama. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, (4), 576-619.
- Kutlu Mutluer, M. (2024). İşe Giriş Aşamasında ve İş İlişkisinin Devamı Süresinde İşçiye Alkol Ve Uyuşturucu Testlerinin Uygulanmasının Koşulları ve Sınırları. *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 32(2), 535-578.
- Kutlu, Ö. (2023). *Geriatrik Popülasyonda Yaygınlığı Artan Bir Sorun: Bağımlılık. Yaşlı Hastalıkları*, Ankara: Nobel Yayınları.
- Legal Cannabis, (2023). Reduce your risk: Choose legal cannabis. Erişim adresi: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/personal-use/reduce-risk-choose-legal.html#a1>
- Li, Y., Yan, X., Wang, Z., Zhang, B., Jia, Z. (2021). Clear the fog of negative emotions: A new challenge for intervention towards drug users. *Journal of Affective Disorders*, 294, 305-313.

- Lokman Hekim Üniversitesi, (2023). Alkol Bağımlılığı. Erişim adresi: <https://www.lokmanhekim.edu.tr/ozgur-koy-tedavi-ve-rehabilitasyon-merkezi/alkol-bagimliliği#>
- Madde Bağımlılığı Nedir, (2020). Erişim adresi: <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/madde-bagimliliği#:~:text=Madde%20kullanımı%20beyinde%20ödü%20yolaklarını,tekrarlayan%20kullanımlara%20dönüştüğünde%20bağımlılık%20yapabilmektedir.>
- Mutlu, E. (2013). Madde Bağımlılığında Ailenin Rolü. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 0(2), 13-17.
- Naloxone, (2017). What is Naloxone?. Erişim adresi: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/drug-products/prescription-drug-list/questions-answers-naloxone.html>
- Narkolog, (2023). 2018-2022 Yılları Narkolog Raporu Ulusal Yayınlar. Erişim adresi: <https://www.narkotik.pol.tr/ulusalyayınlar>
- Nomo, (2018). Say no more to bad habits! Erişim adresi: <https://saynomo.com>
- Ögel, K. (2009). Alkolün Fiziksel Etkileri. Erişim adresi: http://www.alkol.info.tr/alkol_etkileri2.asp#:~:text=Hormonal%20etkiler,ve%20östrojen%20hormonu%20düzeyini%20yükseltir. Erişim tarihi: 27.04.2024.
- Öz, O. (2024). Bağımlılık Asla Sadece Bağımlılık Değildir. *Avrasya Sosyal Ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 11(2), 322-325.
- Özbay, A., Kayhan, Z. (2024). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) Nedenleri ve Tedavi Yöntemleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(89), 394-406.
- Özhan Y, Balku J, Sipahi H. (2020). Nefes Alkol Testinde Yalancı Pozitifliğe Sebep Olan İlaç, Gıda ve Alkolsüz İçecekler. *HUJPHARM*, 40(2):103-1.
- Pavelova, L. (2017). The magnitude of problems in selected areas of the life of addicts entering resocialization in the context of the overall extent of their motivation. *Kontakt*, 19(2), e122-e129.
- Pear Reset, (2023). Pear reSET. Erişim adresi: <https://innov.afro.who.int/emerging-technological-innovations/pear-reset-3458>
- Pelago, (2024). Substance use management at your fingertips. Erişim adresi: <https://www.pelagohealth.com/how-it-works/>
- Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Psychemedics, (2016). Saç Telinden Alkol Testi (EtG). Erişim adresi: <https://www.psychedics.com.tr/sac-telinden-alkol-testi/>
- Quasar, (2015). Why Quasar? Erişim adresi: <https://quasar.dev>
- Relatório Anual, (2022). A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Erişim adresi: https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/192/Sumario_Executivo_DROGA_2022.pdf
- RESTful API, (2023). RESTful API Nedir? Erişim adresi: <https://aws.amazon.com/tr/what-is/restful-api/>
- Rezayof, A., Ghasemzadeh, Z., Sahafi Hosseinzadeh, O. (2023). Addictive drugs modify neurogenesis, synaptogenesis and synaptic plasticity to impair memory formation through neurotransmitter imbalances and signaling dysfunction. *Neurochemistry International*, 169.
- Sağlık Bakanlığı, (2023). ALO 191 Uyuşturucu İle Mücadele Danışma ve Destek Hattı Nasıl Hizmetler Sunar?. Erişim adresi: <https://alo191.saglik.gov.tr/TR-50314/alo-191-uyusturucu-ile-mucadele-danisma-ve-destek-hatti-nasil-hizmetler-sunar.html>
- Sarımehtetoğlu, AC., Helvacı, A. (2014). Madde Bağımlılığı ve Kardiyovasküler Sistem. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı 2):99-103.
- Savaş, (2015). HIV/AIDS (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü/ Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu), *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics*, 1(3):29-36.
- Seyrekoğlu, H. (2017). İstanbul İli Anadolu Yakasında Hafriyat ve Katı Atık Taşınması Yapan Ağır Vasıta Şoförlerinin Çalışma Koşulları ve Neden Oldukları Trafik Kazaları Hakkında Bir İnceleme. (Yüksek Lisans Tezi), Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Sharma, R. (2022). Alkol Vücudunuzda Ne Kadar Kalır? Erişim adresi: <https://gq.com.tr/wellness/alkol-vucudunuzda-ne-kadar-kalir#:~:text=İdrar%20testleri%20son%2010%2D12,arasında%20aldığınız%20alkol%20tespit%20edilebilir.>
- SICAD, (2021). Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Erişim adresi: <https://www.sicad.pt/PT/Dissuasao/SitePages/Home%20Page.aspx>
- SMART, (2024). What is SMART Recovery? Erişim adresi: <https://smartrecovery.org/what-is-smart-recovery>

- SNSG, (2024). Sağlıklı Nesil Sağlıklı Gelecek Yetenek Yarışması. Erişim adresi: <https://smsg.yesilay.org.tr>.
- Sober Grid, (t.y.). Sober Grid- Social Network. Erişim adresi: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.sobergrid&hl=tr>
- Sönmez, G. (2020, 4 Eylül). Re: Normal insan beyni ve esrar kullanan insan beyni. Erişim adresi: <https://x.com/DrGunerSonmez/status/1301786245971038210>
- Sözür, E. (2018). Uyuşturucu Maddelerin Organizmalara Etkileri. Erişim adresi: <https://erdogansozuer.com/tr/hastaliklar/saglikli-yasam-ve-spor/uyusturucu-maddelerin-organizmalara-etkileri>
- SQL, (2022). What is SQL Server? Erişim adresi: <https://learn.microsoft.com/en-us/sql/sql-server/what-is-sql-server?view=sql-server-ver16>
- Substance Use, (2024). Canada-wide services. Erişim adresi: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/get-help-with-substance-use.html#a2>
- Şimşek, Ü., Erarslan, F. (2019). 2014-2018 Yılları Arasında Tokat'ta Uyuşturucu Madde Kullanımı ve Uyuşturucu Madde Bağlantılı Suçlar. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 103-120.
- Tansel, B. (2006). Üniversite Öğrencilerinin Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımına Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı, Mersin Üniversitesi.
- Tarhan, İ. (2020). Fetal Alkol Spektrum Bozukluğu; Fetal Alkol Sendromu. Erişim adresi: <https://www.irfantarhan.com/fetal-alkol-spektrum-bozuklugu-fetal-alkol-sendromu/>
- TBM, (2024). Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı. Erişim adresi: <https://tbm.org.tr>
- TCA, (1982). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, T.C. Resmi Gazete, 17863, 18.10.1982. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>
- TCK, (2004). Türk Ceza Kanunu, T.C. Resmi Gazete, 25611, 12.1.2004. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>
- Tekkeşin, N. (2024). Alkol Kullanım Bozukluğunda Biyobelirteçler. *Bağımlılık Dergisi*. Aralık 2024;25(4):478-490.
- Tektaş Soy, İ., Zorlu, S. (2020). Madde Bağımlılığı Tanısı Almış Bireylerde Benlik Saygısı ve Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36 (2), 73-86.
- TGDF, (2021). 2023 Yılına Doğru Alkollü İçecek Sektörü Raporu. Erişim adresi: <https://www.tgdf.org.tr/wp-content/uploads/2022/01/TGDF-2023-yilina-dogru-alkollu-icki-sektoru.pdf>
- Topçuoğlu, V., Bez, Y. (2005). Madde Kullanımına Bağlı Enfeksiyonlar. *Bağımlılık Dergisi*, 6(2), 89-96.
- TÜİK, (2024). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2023. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2023-49684>
- UMMHK, (1933). Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun, T.C. Resmi Gazete, 2435, 12.06.1933. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.2313.pdf>
- Umut, G. (2019). Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi- Psikoaktif Maddeler ve Etkileri. Erişim Adresi: <https://khgmacilveyurtdisisaglikdb.saglik.gov.tr/Eklenti/35849/0/psikoaktif-maddeler-ve-etkileripptx.pptx>.
- UNODC, (1945). United Nations Office on Drugs and Crime About Us. Erişim adresi: <https://www.un.org/en>
- UPMKKB, (1988). Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığına Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi (Viyana Konvansiyonu). T.C. Resmi Gazete, 22551, 11.02.1996. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/22551.pdf>
- UYUMA, (2018). Uyuma Projesi. Erişim adresi: <https://www.narkotik.pol.tr/uyuma-mobil-uygulamasi-guncellendi>
- Uyuşturucu kullananların fiziksel belirtileri nelerdir? (2022). Erişim adresi: <https://irispsikoterapi.com/ruh-sagligi-hizmetleri/maddebagimlili/#:~:text=Uyuşturucu%20kullananların%20fiziksel%20belirtileri%20nelerdir,fiziksel%20belirtiler%20arasında%20yer%20almaktadır>.
- Uzbaş, T. (2004). Anksiyete ve Depresyonun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, Ek 4: 3-11.
- Uzun, S., Kelleci, M. (2018). Lise Öğrencilerinde Madde Bağımlılığı: Madde Bağımlılığından Korunma Konusundaki Öz Yeterlikleri ve İlişkili Faktörler. *Düşünen Adam Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 4(31): 356-363.
- Ünal, M. (1991). Madde Bağımlılığı ve Alkolizmde Aile. *Aile ve Toplum*. 1(2), 80-85.

- Üngüren, E. (2016). Beynin Nöroanatomik ve Nörokimsiyal Yapısının Kişilik ve Davranış Üzerindeki Etkisi. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 7(1).
- Velibeyoğlu Sevilgil, E. (2019). Kocaeli Üniversitesi- Ketaminin Nöroprotektif Etkisi. Erişim Adresi: <http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/cocuksagligihastaliklarianabilimdali/KETAMININNOROPROTEKTIFETKISI.pdf>.
- Ventura, CAA., Carrara, BS., Frazao, IS., Eugenio, SJ., Domingos, SGA., Ferreira, PS. (2023). Prevention of Illicit Drug use from the Users' Perspective. *Revista Colombiana de Psiquiatria (English ed.)*, 52(2), 93-100.
- Vue, (2024). What is Vue? Erişim adresi: <https://vuejs.org/guide/introduction.html>
- Wabel, NT. (2011). Catha edulis (gat)'ın psikofarmakolojik yönleri ve uzun dönem kullanımının sonuçları: Bir gözden geçirme. *Journal of Mood Disorders*, 1(4), 187-94.
- Walter, M., Gerhard, U., Duersteler-Macfarland, K., Weijers, H. G., Boening, J., Wiesbeck, G. (2006). Social Factors but not stress-coping styles predict relapse in detoxified alcoholics. *Neuropsychobiology*, 100-106.
- WHO, (1948). World Health Organization Drugs (Psychoactive). Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_3
- WHO, (2021). The European Health Report. Erişim adresi: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057547>
- Yaman, E. (2009). *Yüksek kan şekerinin endojen etil alkol oluşumuna etkisi.* (Doktora tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne). Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/396909?show=full> Erişim tarihi: 01.05.2024.
- Yaman, ÖM. (2014). Uyuşturucu Madde Bağımlısı Gençlerin Aile İçi İlişkilere Yönelik Görüşleri: Esenler-Bağcılar Örneği. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 1(1), 99-132.
- YEDAM, (2014a). Bağımlılıkla Mücadelede Aile İçi İyileşme: Ortaklaşa Güçlenme ve Destek. Erişim adresi: <https://www.yedam.org.tr/bagimlilikla-mucadelede-aile-ici-iyilesme-ortaklasa-guclenme-ve-destek>
- YEDAM, (2014b). Şüphe duyulduğunda başvurulabilecek testler nelerdir? Erişim adresi: <https://www.yedam.org.tr/suphe-duyuldugunda-basvurulabilecek-testler-nelerdir>
- Yeşilay, (2020). Alkolün zararı konusunda karşımıza tek çıkan sorun bağımlılık mıdır?. Erişim adresi: <https://www.yesilay.org.tr/tr/sikca-sorulan-sorular/alkol-bagimliliği/alkolun-zarari-konusunda-karsimiza-tek-cikan-sorun-bagimlilik> Erişim Tarihi: 27.04.2024.
- Yeşilay, (2024). Madde Bağımlıları Nasıl Tedavi Olur? Erişim adresi: <https://www.yesilay.org.tr/tr/sikca-sorulan-sorular/madde-bagimliliği/madde-bagimlilari-nasil-tedavi-olur>
- Yıldırım, B., Engin, E., Yıldırım, S. (2011). Alkol ve Madde Bağımlılarında Yalnızlık ve Etki Eden Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1):25-30.
- Yıldız, M. S., Urak, F., Bilgic, A. (2024). Alkol Tüketme Olasılığının Altında Yatan Gizli Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Tarım Ve Doğa Bilimleri Dergisi*, 11(1), 156-167.
- Yücel, F. N., Doğan, K., Pamir, R. N., Erkuş, S., Keşir, Ü., Zengin, O. (2020). Alkol Bağımlısı Bireylerde Benlik Saygısı, Algılanan Sosyal Destek ve Başetme Stratejileri: Adsız Alkolikler Örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 0 (15), 50-64.
- Yücel, FN., Doğan, K., Pamir, RN., Erkuş, S. (2020). Alkol Bağımlısı Bireylerde Benlik Saygısı, Algılanan Sosyal Destek ve Başetme Stratejileri: Adsız Alkolikler Örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (15), 50-64.
- YYBEP, (2021). Yeşilay Yaşam Becerileri Eğitim Programı Nedir? Erişim adresi: <https://www.yesilay.org.tr/tr/yybe>
- Zakirov, F., Göğcegöz, I. (2018). Psikoaktif Madde Kullanım Bozukluğu Ve Psikoz Birlikteliğinde Birincilikincil Ayrımı: Olgu Sunumu. *Current Addiction Research*, 2(1), 27-30.
- Zhailobekova, Z., Amman, M. T. (2018). Kırgızistan Gençliğinde Alkolizm Sorunu. *Muhakeme Dergisi*, 1(2), 94-104.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayları ve Anket Formları

