



T. C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BATI MARMARA BÖLGESİ'NDE ALKOL KULLANAN BİREYLERİN
PSİKOLOJİK SEMPTOMLARI İLE KİŞİSEL İYİ OLUŞLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

EKİN ALAN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL

İstanbul, 2019

T. C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BATI MARMARA BÖLGESİ'NDE ALKOL KULLANAN BİREYLERİN
PSİKOLOJİK SEMPTOMLARI İLE KİŞİSEL İYİ OLUŞLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

EKİN ALAN

174102100

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL

İstanbul, 2019



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 174102100
Öğrenci Adı Soyadı	: Ekin Alan
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Ünübol
Tezin Başlığı	: Batı Marmara Bölgesi'nde Alkol kullanan bireylerin psikolojik semptomları ile kişisel iyi oluşları arasındaki ilişkinin incelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 01/08/2019	Saati	: 12:00
Öğrenci Savunmaya	: ☒ GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUĞU ☒ Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay) ☐ Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: ☒ Değişmedi. ☐ Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: ☐ GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☐ OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Ünübol	
Üye	Doç.Dr. Gökben Hızlı Sayar	
Üye	Doç.Dr. Rabia Bilici	

YEMİN METNİ

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

Ekin Alan

TEŞEKKÜR

Bana olan tüm katkı ve destekleri için Annem Sibel Alan'a, Babam Adil Alan'a ve Canım Kardeşim Ali Alan'a teşekkür ederim.

Ve hayatımda olan tüm sevdiklerime teşekkür ederim.



(ALAN, Ekin, Yüksek Lisans, İstanbul, 2019)

Batı Marmara Bölgesi'nde Alkol Kullanan Bireylerin Psikolojik Semptomları İle Kişisel İyi Oluşları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

ÖZET

Bu çalışmada Batı Marmara Bölgesi'ndeki bireylerin alkol kullanımı, psikolojik semptomları ve kişisel iyi oluşları ve arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, Batı Marmara Bölgesinde ikamet eden 2900 kişi (1503 erkek, 1397 kadın) katılımcı olarak çalışmaya dâhil edilmiş, veri toplama araçları olarak Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri ve Kişisel İyi oluş İndeksi Yetişkin Formu kullanılmıştır. Ölçekler aracılığı ile toplanan veriler Regresyon ve Anova Analizleri ile incelenmiştir. Varyans analizlerinden elde edilen sonuçlarda, alkol kullanım miktarına göre katılımcıların psikolojik semptomlarına baktığımızda anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon alt ölçeklerinde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ama hostilite alt ölçeğimize baktığımızda alkol kullanımıyla anlamlı bir fark bulunmuştur. Alkol kullanım sıklığına göre kişisel iyi oluş düzeylerinin arasında negatif yönde bir anlamlı bir ilişki görülmüştür. Alkol kullanımı arttıkça kişisel iyi oluş düşmektedir. Alkol bağımlılığı ile psikolojik semptomlar arasında pozitif yönlü ve kişisel iyi oluş arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda alkol kullanım artışı psikolojik semptomların artmasına ve düşük kişisel iyi oluşa sebep olduğu saptanmıştır. Fakat alkol kullanım sıklığının mı psikolojik semptomların artmasını ve düşük kişisel iyi oluşa neden olduğu yoksa onların mı alkol kullanımını arttırdığı hakkında bir bilgiye ulaşılamamıştır. İlerleyen çalışmalarda, farklı değişkenlerin de çalışmaya dahil edilmesi ve daha kapsamlı araştırmaların yapılması da önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: *Alkol Bağımlılığı, Psikolojik Semptom, Kişisel İyi Oluş, Batı Marmara Bölgesi.*

(ALAN, Ekin, Master's Degree, İstanbul, 2019)

A Research on the Relationship between Psychological Symptoms and Personal Well-Being of Alcohol Consumers in the West Marmara Region

SUMMARY

The aim of this study is to investigate the relationship between alcohol use, psychological symptoms and personal well-being of individuals in the West Marmara Region. For this purpose, 2900 people (1503 males, 1397 females) living in the West Marmara Region were included in the study. Socio-Demographic Information Form, Brief Symptom Inventory and Personal Well-being Index Adult Form are used as data collection tools. The data collected through the scales are analyzed by Regression and Anova Analysis. When we looked at the psychological symptoms of the participants according to the amount of alcohol use, no significant relationship was found in the results obtained from the analysis of variance in the anxiety, depression, negative self, somatization subscales, but when we looked at our hostility subscale, we found a significant difference with alcohol use. There is a negative correlation between the levels of personal well-being according to the frequency of alcohol use. Personal well-being decreases as alcohol use increases. There was a positive correlation between alcohol dependence and psychological symptoms and a negative correlation between alcohol dependence and personal well-being. As a result of the study, it was found that alcohol use increased psychological symptoms and caused low personal well-being. However, there is no information about whether the frequency of alcohol use increases psychological symptoms and cause low personal well-being, or whether they increase the alcohol abuse. It may be suggested that different variables should be included in the study and more comprehensive studies should be conducted in further studies.

Key Words: *Alcohol Addiction, Psychological Symptoms, Personal Well-Being, West Marmara Region*

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	vi
SUMMARY.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR.....	viii
GİRİŞ.....	1
1. KURAMSAL ÇERÇEVE İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR.....	4
1.1. Alkol kullanımı.....	4
1.1.1. Tanımı ve özellikleri.....	4
1.1.2. Alkol Tarihi.....	6
1.1.3. Alkol Bağımlılığı.....	8
1.1.4. Alkol Bağımlılığı Tarihçesi.....	10
1.1.5. Tanı Kriterleri.....	12
1.1.6. Alkol Kullanım Nedenleri.....	15
1.1.7. Alkol Kullanımı ile İlişkili Kavramlar.....	21
1.2. Kişisel İyi Oluş.....	23
1.2.1. Tanımı.....	23
1.2.2. Etki Eden Faktörler.....	25
1.2.3. Bağımlılıkla Olan İlişkisi.....	27
1.2.4. Alkol Bağımlılıkla Olan İlişkisi.....	28
1.3. Psikolojik Semptomlar.....	31

1.3.1. Kısa Semptom Envanteri.....	33
1.3.2. Alkol Bağımlılığıyla İlgili Yapılmış Çalışmalar.....	34
1.4. Batı Marmara Bölgesi Özellikleri.....	38
1.4.1 Batı Marmara Bölgesinde Yapılan Epidemiyolojik Çalışmalar.....	39
1.4.2. Batı Marmara Bölgesinde Alkol Bağımlılığı.....	40
1.4.3. Batı Marmara Bölgesinde Psikopatolojik Çalışmalar.....	42
1.4.4. Batı Marmara Bölgesinde Kişisel İyi Oluş.....	44
2. YÖNTEM.....	46
2.1. Evren ve Örneklem.....	46
2.1.1. Evren.....	46
2.1.2. Örneklem.....	46
2.1.3. Prosedür.....	46
2.1.4. Veri Toplama Araçları.....	47
2.1.5. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	48
2.1.6. Kısa Semptom Envanter.....	48
2.1.7. Kişisel İyi oluş İndeksi Yetişkin Türkçe Formu.....	49
2.2. Analiz.....	49
3. BULGULAR.....	50
4. TARTIŞMA.....	64
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
6. KAYNAKLAR.....	70
7. EKLER.....	76

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Bilgilerden Cinsiyet, Medeni Durum ve Eğitim Düzeylerine Dair Tanımlayıcı Bulgular	50
Tablo 2: Demografik Bilgilerden Yaş Verilerine Dair Tanımlayıcı Bulgular	52
Tablo 3: Demografik Bilgilerden Çocuk Sayısı, Hanede Yaşayan Kişi Sayısı ve Hanede Çalışan Sayılarına Dair Tanımlayıcı Bulgular	53
Tablo 4: Katılımcıların Alkol Kullanım Durumu ve Alkol Kullanım Sıklıklarına Dair Tanımlayıcı Bulgular	55
Tablo 5: Alkol Bağımlılığı İle Psikolojik Semptomlar ve Bazı Demografik Değişkenler Arasında ki İlişkinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi	56
Tablo 6: Alkol Kullanım Sıklığı ile Bazı Demografik Özellikler ve Kişisel İyi Oluş Arasında ki İlişkinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi	58
Tablo 7: Psikolojik Semptomlar ve Kişisel İyi Oluş ile Alkol Kullanım Sıklığı Arasındaki İlişkinin Tek Yönlü Varyans Analizi İle İncelenmesi	59

KISALTMALAR

ANOVA: Analysis of Variance (Varyans Analizi)

DSM: Diagnostic and Statistical Manual (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

KİO: Kişisel İyi Oluş

KİOİ-YF: Kişisel İyi oluş İndeksi–Yetişkin Formu

KSE: Kısa Semptom Envanteri

SPSS: Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi/Programı)

TURBAHAR: Türkiye Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Haritası

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

GİRİŞ

Alkol kelimesi kökene bakıldığında, Arapça' da herhangi bir şeyin özü anlamına gelmektedir. Geçmişten beri Türkçe de alkol kelimesinin eşdeğeri olarak ispirto Latince kökenlidir ve kelime; ruh, soluk, yaşamın özü, güçlü, yürekli anlamına gelir. (Öncü, Ögel ve Çakmak, 2001). Alkol eski zamanlarda ilaç olarak kullanılmıştır. Bu eski zamanlardan beri toplumlar ve bireyler alkole karşı geniş bir tutum sergilemiştir. Her yaşta ve toplumda ılımlı alkol kullanımı kabul edilirken, uzun süreli kullanım onaylanmamıştır ve kötü bir davranış olarak kabul edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Ortaçağdaki simyacılar alkolü yaşamın bir iksiri olarak görmüş ve bunu hastalıklar için bir ilaç olarak kullanmıştır (Bayar ve Yavuz, 2008).

Alkol bağımlılığı biyo-psiko-sosyal bir bozukluktur. Alkol bağımlılığında kişiler alkolü sürekli olarak kullandığını gösteren bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtileri vardır (Özden,2015). Bu belirtiler düzeltilebilir ancak alkol tekrar kullanıldığında nüks edebilir. Bağımlılık yapan alkol başka bozukluklara neden olabilir. Entoksikasyon, yoksunluk ve psikolojik rahatsızlıklara neden olabilir (Çöpür, Eryılmaz ve Çakmak,2014). Alkol bağımlılığı olan bireylerin sadece kendileri değil bireyin ailesi ve çevresini de etkiler olumsuz olaylara sebep olan bir bozukluktur (Yılmaz, Can, Bozkurt ve Evren,2014).

Alkol alım davranışı yıllardan beri şekillenerek bugün ki geleneksel ve sosyal ve kültürel anlamın bir parçası olarak kabul görmüştür. Alkol bağımlılığı ve bağımlılık yaratan davranışlar damıtma icadıyla ve yüksek oranlı likörün bulunmasıyla yaygınlaşmıştır. Alkol vücudun tüm bölgelerine etkili bir şekilde yayılır. Böylece çoğu organ etkilenir. Tahminen dünyada 2 milyar insan alkol tüketmektedir. Dünya sağlık örgütüne göre yetişkin alkol tüketimi batı kültürüne sahip sanayileşmiş ülkelerde en yüksektir. Alkol kullanımı ve kötüye kullanım, dünya çapında bir çok hastalıktan ve ekonomik maliyetlerden sorumludur (Spanagel, Zink and Sommer,2013).

Literatürde alkol kullanımı, psikolojik semptomlarıyla ve kişisel iyi oluşlarıyla ile ilgili yapılmış çalışmaların, bu çalışma için bir alt zemin hazırladığını söyleyebiliriz. Literatürdeki çalışmalar da göz önünde alınarak alkol kullanımı, psikolojik semptomlarla

ve kişisel iyi oluş arasındaki ilişkilerin incelenmesini amaçlayan bu çalışmanın yapılması planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın önemi, alkol kullanımını psikolojik semptomlarla ve kişisel iyi oluşla ilişkili olduğunun farkına varılması, bu ilişkilerin araştırılmasında, bu konularda çeşitli çalışmalar yapılmasında ve yapılan çalışma sayısının artmasında etkili olmuştur. Alkol kullananlarının psikolojik semptomlarının ve kişisel iyi oluş düzeylerinin araştırılmasının altında bu faktörlerin birbiri ile ilişkili olması yatmaktadır. Buradan hareketle, bu çalışmanın ortaya çıkmasındaki temelin de bireylerin psikolojik semptomlarını ve kişisel iyi oluşlarını alkol kulanma alışkanlıkları üzerinde etkili olabileceği düşüncesi olduğu söylenebilir. İşte bu sebeple, alkol bağımlılığı ile psikolojik semptomlar ve kişisel iyi oluş arasındaki ilişkilerin ele alması, bu çalışmayı önemli kılmaktadır. Alkol kullanma gibi yaygın bir zararlı alışkanlığa ve bu alışkanlık üzerinde etkisi olabileceği düşünülen çeşitli değişkenlere yönelik veriler sunacak olması da, çalışmayı önemli hale getiren bir başka husustur.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Profili Çalışmasında Batı Marmara bölgesinde taranacak olan bireylerde Sosyodemografik formlarında Alkol kullanan olan bireylerin bağımlılık özellikleriyle Psikolojik Semptomları ve Kişisel İyi Oluşları arasındaki ilişkisinin incelenmesidir. Bu amaçla literatür taraması ve anket uygulaması yöntemlerinden faydalanılarak ilerleme kaydedilmiştir. Böylece çalışmada; alkol bağımlılığı, psikolojik semptom ve kişisel iyi oluş ile ilgili literatürde yer alan bilgilerin verilmesinin yanı sıra ölçeklerden elde edilen verilerle bu değişkenlerin arasındaki ilişkilerin ortaya konması amaçlanmıştır. Çalışmada geçerliliği sınanan hipotezler aşağıda sıralanmıştır:

Hipotez 1. Batı Marmara Bölgesinde kişilerin alkol kullanımlarına göre psikolojik semptomları arasında fark vardır.

Hipotez 2. Batı Marmara Bölgesinde kişilerin alkol kullanımlarına göre kişisel iyi oluşları arasında fark vardır.

Hipotez 3. Batı Marmara Bölgesinde kişilerin alkol kullanımına göre sosyodemografik özelliklerle farklılık göstermektedir.

Bu çalışma dört ana kategori şeklinde planı tasarlanmıştır. Birinci kategoride alkol kullanımı ve bağımlılığının, psikolojik semptomlarının ve kişisel iyi oluşun kuramsal çerçevesi sunulacak, kavramsal açıklamalarda bulunularak bu kavramları konu alan çalışmalardan örnekler verilecektir. Ayrıca bu bölümde, çalışmanın yapıldığı Batı Marmara Bölgesinin özelliklerinden bahsedilecek, Batı Marmara Bölgesinin alkol bağımlılığı, psikolojik semptomları ve kişisel iyi oluş özellikleri üzerine yapılmış çalışmalardan bahsedilecektir.

İkinci kategoride alkol bağımlılığı, psikolojik semptomlar ve kişisel iyi oluş arasındaki ilişkilerin incelenmesinin amaçlandığı bu çalışmanın yöntemi ile ilgili bilgiler verilecektir. Çalışmanın evreni ve örneklemini, uygulanan prosedür ile veri toplama araçları bu bölümde ayrıntılı olarak açıklanacaktır.

Üçüncü kategoride çalışmada toplanan verilerin analizi ve bu analiz sonucunda elde edilen bulgular sunulacaktır. Dördüncü kategoride olan tartışma bölümünde ise çalışmanın bulguları tartışılacak ve bu çalışmada elde edilen sonuçlar ile benzer çalışmalarda ulaşılmış sonuçlar karşılaştırılacaktır. Son olarak, sonuç ve öneriler başlığı ile çalışmanın sonuçları özetlenecek, ileriki çalışmalar için önerilerde bulunulacak ve çalışmanın sunumu sonlandırılacaktır. Bu çalışmayla; alkol bağımlılığı, psikolojik semptomlar ve kişisel iyi oluş ile ilgili literatüre katkıda bulunulacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Çalışmada ölçülmek istenen alkol kullanımı, psikolojik semptom, kişisel iyi oluş gibi değişkenlerin ölçüm ve değerlendirilmesinin çalışmanın form ve ölçeklerinden elde edilen puanlar ile sınırlı kalması, çalışmanın kısıtlarından biridir. Çalışma sadece Batı Marmara Bölgesi ile sınırlıdır. Ayrıca, araştırmanın örneklem grubuyla sınırlı kalması, katılımcıların random örnekleme ile seçilmeyişi, çalışmanın katılımcılarının çalışmada kullanılan ölçek ve formlardaki sorulara verdiği yanıtların gerçek, doğru ve güvenilir olarak kabul edilmesi de çalışmanın diğer sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

1. KURAMSAL ÇERÇEVE İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

1.1. Alkol Kullanımı

Alkol, canlıya hem akut hem de kronik olarak zarar veren bir maddedir ve daha tehlikeli olması ise bağımlılığa sebep olabilir. Alkol, insanlığın başlangıcından beri insanlar tarafından kullanılıyor. Bira çoktan beri Eski Mısır'da üretiliyordu. Şarap bin yılı geçkin bir süredir biliniyor. Bununla birlikte aşırı alkol tüketimi de 1950'li yıllara dayanıyor. Herhangi bir miktardaki herhangi bir alkollü içki, insan sağlığına zarar verebilir (Zima,2018). Alkol kullanımı ve kötüye kullanımı, dünya çapında bir çok hastalıktan ve ekonomik maliyetlerden sorumludur (Spanagel, Zink and Sommer,2013).

1.1.1. Tanımı ve Özellikleri

Patates, tahıl, pirinç, meyve, mısır ve şekerpancarı gibi besinler alkolün ham maddelerindendir. Şekerin mayalanmasıyla karbondioksit ortaya çıkar ve içine katılan farklı maddelerle özellikleri değişir. Alkolün içerisinde az miktarda B vitamini, demir ve karbonhidrat bulunur. İçki olarak tüketilen alkol, etil alkol olup, kafein ve sigaradan sonra en çok kötüye kullanılan üçüncü maddedir. Alkol kana karıştıktan sonra içilen miktara bağlı davranışsal etkileri vardır ve bu etkiler keyiflik hissiyle başlayıp ölümle bile sonuçlanabilir (Ögel,2014; Uzbay,2015). Alkolün zararlı kullanımı, dünya çapında nüfus sağlığı için önde gelen risk faktörlerinden biridir. yılda 3 milyon insanın ölümüne yol açar. Alkolün önemli bir rol olduğu 230 farklı hastalık türü vardır. Aynı zamanda da içen insanın sağlığına ve iyi oluşuna zarar verir. Dünya çapında kaydedilen toplam alkolün %49,8'i ispiro şeklinde olup en çok tüketilen ikinci içecek türü biradır (%34,3) ardından şarap gelmektedir (%11,7). Avrupa'da kaydedilen en büyük değişiklik, toplam alkol tüketiminin payının %3 oranında azalırken, şarap ve bira tüketiminde artış olmuş. Dünya genelinde içme sıklığı 20-24 yaşlarında zirve yapar. İçme sıklığı erkekler arasında özellikle yüksektir. Günümüz toplumlarının çoğunda, alkollü içecekler, nüfus içinde yaşayan bir çok için sosyal alanın rutin parçasıdır. Alkol kullanımı bir çok kültürel, dini ve sosyal uygulamanın bir parçasıdır ve bir çok kullanıcıya zevk verir. Dünya çapında

2016 yılında, 15 yaş ve üzeri küresel nüfusun yarısından fazlası 12 ay boyunca alkol almaktan uzak durmuş. Yaklaşık 2,3 milyar insan mevcut içicidir. Alkol yalnızca üç WHO bölgesindeki nüfusun yarısından fazlası tarafından tüketilir (Amerika, Avrupa ve Batı Pasifik), (WHO,2018).

Ülkemizde de alkol kullanımı çok büyük bir sorundur. Ülkemiz de büyük şehirlerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda alkole başlama yaşı 12'ye kadar düştüğü ve alkole başlama yaşının en çok 15 ve 22 yaş arasında olduğu gösterilmiştir. (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012) WHO'nun 2009 yılındaki Türkiye'deki araştırmalarına göre alkollü içecek türüne göre alkol tüketimi %65 oranında bira, %35 oranında ispiroto, %3 oranında şarap bulunmuştur. 2004 yılında yaptığı araştırmaya göre de alkolün sebep olduğu 100.000 nüfus başına ölüm oranları erkeklerde 28 (%6), kadınlarda 6 (%2) bulunmuştur (WHO Europe internet sitesi, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/160738/Turkey-alcohol-profile.pdf).

Alkol direk beyne etki eder ve çok fazla tüketildiğinde beyin hücrelerine zarar verebilir ve hücrelerin ölmesine yol açabilir (Ögel & Liman, 2001). Alkolün zarar veren etkileri vardır. Zararları ise içilen alkol miktarına ve içme biçimine göre değişikliklere yol açar. Sadece bunlarla kalmaz içme davranışındaki değişikliklere ve belli bir zaman içinde alınan alkolün belli bir miktardaki tüketimine göre de şekil alır. Alkol mide bağırsak sistemine, sinir sistemine, karaciğere zarar verebilir. Kişide beslenme bozuklukları da oluşabilir. Kişi yemek yemek yerine alkol kullanmayı tercih edebilir. Uzun yıllar ve çok miktarda kullanan bireylerde kansızlık, beriberi gibi rahatsızlıklar ortaya çıkar. Alkol, psikoaktif bir maddedir ve alkol kullanan bireylerin hareketlerinde ve akıl yürütmelerinde hasarlar meydana gelebilir. Alkol bağımlılık yapar ve alkolü uzun yıllar ve çok miktarda kullanan bireylerde alkol bağımlılığına yol açabilir. (Ögel,2017). Bilimsel araştırmalar alkolde belli bir sınırı geçtiğinde akut ve kronik hastalıklarla ilişkisi olduğu saptamışlardır ve bir seferde alınan alkol miktarının fazla olmasıyla birlikte trafik kazalarına, şiddet olaylarına ve sosyal sorunlara neden olabilir (Ülger, Acar ve Torun,2015).

1.1.2. Alkol Tarihi

Alkole ve kullanımına bağılı bazı problemler çok eski zamanlara milattan öncesine dayanır ve bilinen ilk madde alkoldür. Eskiden alkol keyif verici, yatıştırıcı, uyuşturucu ve ilaç olarak kullanılırmış ya da dinsel amaçlarla da kullanılırmış. Tahminen ilk kullanımı alkolün meyler ve balın fermente edilmesiyle olmuştur (Uzby,2009).

M.Ö. 4100-4000 yıllarında Ermenistan'da üzümlerin ezilip sonra fermente edilip sonra bir varile dolmasını sağılayan deliklerin olduğı bir şarap imalathanesi bulunmuştur. Antik çağlarda en çok üretilen alkollü içecekler bira ve şaraptır. Antik Mısır'da da şarap üst yetkililerin kullandığı günlük kullanılan alkollerden ve dini törenlerinden kullanılırmış. Yunanlılar ve Romalılar birayı şaraptan daha değersiz görmüşler. Şarabın üstünlük ve uygarlığı yansıttığını ve biranın ise barbarlara yakıştığını düşünüyörlarmış. Tarihte bilinen ilk destan olan Gılgamış destanında insanlık için gerekli olduğı yazar. Tüm bunlara rağmen antik çağlarda bile alkolün kötü tarafları biliniyordu. Aşırı içki tüketimi Çin'de bir hanedanlığın bu yüzden yıkıldığını söyleniyor (Phillips,2016).

Hristiyan dininde alkol kutsaldır. Bazı kiliselerde şarap mahzenleri vardır ve dini törenlerinde kullanılır. Musevilik dininde içki içilmesi dinsel bir gelenektir sarhoş olmamak kaydıyla. İslam dininde ise alkol içmek günah sayılmıştır. Divan şiirlerinde ise birçok şarap ve sarhoşluk kelimeleri kullanılır fakat bunlar simgesel olarak kullanılmıştır. Eski Türk kültüründe ise kırmız içilir. Kırmız o zamanlar tanrılar içkisi olarak kabul edilmiştir ve hastalıklara iyi geldiğı düşünölmüş (Öncü, Ögel ve Çakmak, 2001).

Ortaçağ'da bira kırsal yerlerde bira üretiliyordu ve şartlara rağmen kısmi ticari üretimler yapılıyordu. Evde bira üretimi kadınlar için yemek yapmak ve evi temizlemek gibi bir ev işiydi. İngiltere'de Kara Ölüm salgını öncesi kadınlar yıllar boyunca bira ürettiler. Kara Ölüm salgınıyla beraber İngiltere'de hem bira yapımında hem de tüketiminde azalma görölmüştür. Kadınlar daha az bira üretmeye başlamış ama salgının etkisi geçmeye başlayınca yeniden bira tüketiminde artışlar meydana gelmiştir. Modern çağlara geldiğimizde alkol Avrupalıların için alkol günlük içecekleri arasında yer alıyordu. Daha yüksek alkol içeren içkiler kullanılmaya başlanmış. Ortaçağların sonuna kadar mayalama yoluyla içkiler üretilirken 12. Yüzyılda damıtılmış alkollü içecekler

görölmeye başlanmış. Alkol kullanımıyla ilgili artış çoğunlukla damıtılmış içkilerle ilgiliydi. 19. yüzyılda doğal içki (bira, şarap) ve sanayi ürünü (damıtılmış içkiler) şeklinde ayrıştırma epey çoğalmıştı.

19. yüzyıl, binlerce yıldır içilen alkolün insan sağlığına zararlarında bahsedilip ve alkol karşıtı örgütlenmelerin çoğalmaya başladığı yıllardı. Çoğu dini bağlantılı örgüt çoğu ülkede destek görüyordu. Örneğin; İngiltere Alkol Karşıtı Derneği Kilisesi. Birinci Dünya Savaşı sırasında alkol konusu daha da şiddetlenmiş ve alkol karşıtı olanlar daha baskı yapabilmışlerdir. Birinci Dünya Savaşı sırasında ve sonrasında bir takım yasaklar çıkmıştır. 20. Yüzyılda yasakların bir kısmı kaldırılıp alkol politikaları yürütölmüştür. Örneğin; Federal Alkol Kontrol İdaresi (FACA). Çoğu ülkede alkole yaş sınırı getirilmiştir. Arabalar kullanılmaya başlamasıyla alkollü araba kullanma endişeleri artmıştır. Buna önlem olarak ölkeler alkollü araba kullanım konusunda kanunlar çıkarmışlardır. (Philips,2016)

1.1.3. Alkol Bağımlılığı

Dünya Sağlık Örgütü, alkol bağımlıları uzun süre bozulan alkol ve alkol, alkol, fiziksel, sosyal sağlık nedeniyle alkol bozulurken durum değerlendiremez; değerlendirmesine rağmen bile, tedaviye ihtiyacı olan bir hasta olan alkol içme arzusunu durduramaz. DSM-IV-TR'ye göre, bağımlılık tanısı için kriterler şöyle belirlenmiştir:

Aşağıdakilerden üçü (veya daha fazlası) olmak üzere, 12 aylık bir süre içerisinde herhangi bir zamanda klinik olarak önemli bir bozulmaya veya sıkıntıya neden olan bir patern kullanır:

A. Aşağıdakilerden biri tarafından belirlenen tolerans varlığı:

a. Açıkçası, entoksikasyon veya istenen etkinin elde edilmesini sağlamak için daha fazla madde miktarına ihtiyaç vardır

b. Aynı miktarda madde kullanılmaya devam etse de, elde edilen etki açıkça daha azdır.

B. Aşağıdakilerden biri tarafından belirlenen yoksunluğun varlığı:

a. İlgili madde için karakteristik olan yoksunluk sendromu (spesifik maddelerin yoksunluk kriterlerinin A ve B kriterlerine bakınız)

b. Geri çekilme semptomlarını önlemek veya önlemek için aynı (veya yakından ilişkili) maddenin çıkarılması

1. Madde genellikle amaçlanandan daha yüksek miktarlarda ve daha uzun sürelerde kullanılır.

2. Madde kullanımını serbest bırakmak veya kontrol etmek için sürekli bir istek veya başarısız bir çaba vardır.

Madde 3'ü elde etmek (örneğin, çok sayıda doktora danışmak, uzun mesafeler boyunca seyahat etmek), maddeyi kullanmak (örneğin, zincir içiciliği) veya etkilerden kaçınmak için gereken faaliyetlere çok zaman harcanması gerekir.

4. Madde kullanımına bağı olarak önemli sosyal, profesyonel veya eğlence etkinliklerinin terk edilmesi veya azaltılması.

5. Maddenin kokainin neden olduğu bir maddenin hala mevcut olduğu bilinmesine rağmen, maddenin mevcut veya tekrarlayan bir rahatsızlık veya psikolojik bir rahatsızlık olup olmadığının bilinmesine rağmen, maddenin kullanımına devam edilmesi. . alkolün yutulması veya alkol alınmasıyla bozulan ülser varlığına rağmen içmeye devam etmek. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000).

DSM-IV-TR'yi takiben 2013'te yayınlanan DSM-V'de (Amerikan Psikiyatri Birliği) madde kullanım problemlerinin sınıflandırılmasında bazı değişiklikler olmuştur. DSM-V'de alkol madde kullanım bozuklukları ile ilgili en önemli değişiklik, yeni oluşturulan bağımlılık DS bozukluğu kategorisidir. DSM-IV-TR'deki madde ile ilişkili bozukluklarla ilişkili bozukluklar, DSM-V'de madde ile ilişkili ve bağımlılık yapan bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. Madde bağımlılığı ve madde bağımlılığı “madde kullanım bozuklukları Madde” başlığı altında birleştirilmiştir. DSM-V'de kötüye kullanım kavramı şimdi hafif bir madde kullanım bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Haşin, ve diğerleri, 2008).

1.1.4. Alkol Bağımlılığı Tarihçesi

Aşırı alkol kullanımının bir çeşit hastalık olduğu fikri 1785'te Thomas Totter ve 1788'de Benjamin Rush tarafından önerildi. Alkolizm terimi ilk olarak 1849'da İsviçreli Doktor Magnus Huss tarafından kullanıldı. Psikanalitik görüşle beraber alkolizm psikopatolojinin bir semptomu olarak kabul edilmiş (Yapıcı, 2006). 1952'de Dünya Sağlık Örgütü Alkolizmi; alkolü, alkol tüketen, bir dereceye kadar alkol bağımlılığı olan, sosyal ve ekonomik işlevlerini engelleyen ekonomik olarak tanımlamıştır (Tarhan & Nurmedow, 2011).

Bir sağlık sorunu olarak bilim fikri ile birlikte meydana gelen gelişmelere ek olarak; toplum alkolizmi uzun zamandır toplumsal bir sorun olarak kullandı. Alkol kullanımı basitçe toplum tarafından yapılır; sosyal bir araç veya bağımlılık olarak ayırır. Alkolik insanlar toplumun ahlakına uymayan fakir ve kötü insanlar olarak kabul edilir. Her topluma göre değişen normal alkol kullanım büyüklüğü eski zamanlardan beri kabul edilmiş ve aşırı uzun vadeli kullanımı kötü olarak kabul edilmiş ve kötüye kullanma endişe ve endişe konusu olarak kabul edilmiştir. Dünyada en çok kullanılan alkol; bilinç düzeyini, ruh halini, bilişsel, algısal süreçleri veya davranışları etkileyen maddedir. Alkolün olumsuz yan etkileri diğer yasadışı maddelere göre daha yaygındır.

Alkol kullanım bozuklukları DSM IV tanı kriterlerinde alkolizm olarak adlandırılmamaktadır. Bir alkolik bir kelimesi uygunsuz bir etiketleme olarak görülmüştür, çünkü toplumda olumsuz bir yargıya neden olur. DSM IV kriterlerinde alkol kullanımından kaynaklanan bozukluklar; alkol kullanım bozuklukları ve alkole bağlı bozukluklar. Alkol kullanım bozuklukları; alkol bağımlılığı ve alkol bağımlılığı. Alkol bağımlılığının temel özelliği, bireyin önemli alkol ile ilgili sorunlara rağmen sürekli alkol kullandığını gösteren bir grup bilişsel, davranışsal ve fizyolojik semptomun varlığıdır. Tolerans, geri çekilme ve zorlayıcı alkol alma davranışı, tekrarlanan alkol alım davranışı ile sonuçlanır. Alkol bağımlılığı, bağımlılığın aksine, hoşgörü, geri çekilme ve zorunlu alkol alımını içermez. Başlıca özelliği, tekrar tekrar alkol kullanımı nedeniyle tekrar tekrar alkol kullanımıdır. Sorumlulukların yerine getirilmesinde zorluklar olabilir, riskli durumlarda alkol kullanımı, fiziksel olarak zararlı olabilecek koşullarda sürdürülebilir.

Aşırı alkol kullanımı, sorunlu içme davranışı, ağır içme, aşırı içme gibi kavramların kesin bir tanımı olmamasına rağmen, araştırmalarda farklı yöntemlerle sınıflandırılırlar. Bununla birlikte, bir kişinin alkol kullanımının bağımlılık ya da suistimal kriterlerine uymaması, dikkate alınması gerektiği anlamına gelmez.

Genel olarak kullanılan standartlara baktığımızda; standart içecek birimlerine göre, bir içecek birimi; yarım bardak rakı, viski ve cin gibi sert içecekler, bir kadeh şarap veya bir kutu bira. Güvenli içme, kadınlar için bir, erkekler için iki olarak tanımlanmaktadır. Düşük risk seviyesinde veya güvenli içme konusunda kişisel, ailevi veya biyolojik risk faktörlerinin bulunmadığı çalışmalarda sağlık yararları gösterilmiştir.

İçme davranışı riski; yani, güvenli içenlerin üzerinde alkol tüketimi olan kişilerin tüketimi; sağlık, iş ve günlük yaşam, aile veya arkadaşlara zarar verebilir. Bazı insanlar her gün aşırı miktarda içiyor, bağımlılık belirtileri göstermiyorlar. Diğerleri haftalarca alkol kullanmasa da, sosyal çevrelerinde yalnızca alkol alma fırsatı bulduğunda görülebilir.

Aşırı içme birçok araştırmacı tarafından birçok şekilde ele alınmaktadır, ancak yaygın olarak kullanılan standart hem erkek hem de kadınlar için bir seferde 4 veya 5'ten fazla içeceğin tüketimi olarak tanımlanmaktadır. Gooder, Lederman, Stewart ve Laitman'a (2003) göre, üniversite öğrencileri aynı anda 4-5 içki olarak tanımlanan aşırı içme standardına katılmamaktadırlar. Öğrenciler bu içme düzenini problemlili alkol kullanımı olarak görmediklerinden, bu konuda önleyici çalışmaları göz ardı etmektedirler. Üniversite öğrencileri, problemlili alkol kullanımını, diğer öğrencilere göre daha fazla içme, pişmanlıkla seks yapma, tutuklama ve bir anda tüketilen alkolden daha fazla alkol tüketimi gibi değişkenlerle tanımlarlar.

Sosyal içici, ara sıra içen ancak bağımlılık veya istismar kriterlerine uymayan insanlar için kullanılan bir sınıflandırmadır. Günlük içme, güvenli seviyenin üzerinde günlük alkol tüketimidir. Bu insanlar zaman içindeki toleransı artırarak tüketimini artırır. Bu süreç kişiyi tanımayan, yavaş ilerleyen ve sağlıksız sonuçları olan bir süreçtir. Bu kriterler bireyler ve kültürler gibi faktörlere göre değişecektir ve kesinliğini tartışmalıdır.

1.1.5. Tanı Kriterleri

Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), madde istismarı için aynı kriterleri kullanır ve tüm maddeler için DS kötüye kullanımı 1. Alkol bağımlılığı zihinsel bir hastalıktır, ancak her içici bağımlı değildir. Bazen alkolizmin normal içeceğin bittiği yerde başladığı sınırı çizmek kolay olmayabilir.

Günümüzde alkol kullanım bozuklukları alkol bağımlılığı ve alkol bağımlılığı (DSM-IV-TR) olarak iki bölümde incelenmektedir. Alkolle zehirlenme belirtileri gösteren ya da çok agresif olan (patolojik zehirlenme) çok az insan vardır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) alkol bağımlısı, alkolün uzun süre ve alkolsüz alkol nedeniyle zihinsel ve fiziksel olarak halk sağlığını bozduğunu; Alkol içme isteğini durduramayan ve değerlendirmesine rağmen tedaviye ihtiyacı olan bir hasta. Nadiren alkolizm, bireyin fiziksel ve zihinsel sağlığını bozabilecek ve aile hayatı, sosyal yaşam ve iş uyumunu bozabilecek sık ve aşırı alkol alımı olarak tanımlanabilir. Ek olarak, alkol içme isteğini durduramamak ve artan miktarda alkol (tolerans) gözlenen başka bir belirtidir .

Alkolizm tanısında zorluk yoktur. Hastalar ve akrabaları alkolizmi kolayca tanır. Ancak, çok sayıda hasta aileye, iş yerine veya başka bir sosyal kuruma baskı yaparak doktora gelir. Bu nedenle, kişi içtiği miktarı tutabilir ve muayene sırasında fazla bir semptom olmayabilir. Çevre bilgisi olmadan bağımlılığın ne kadar ciddi olduğu net değildir. Klinik olarak yeterli işlevselliği sürdürmek için günlük olarak büyük miktarlarda alkol içme ihtiyacı, hafta sonlarında düzenli ağır alkol tüketimi veya uzun vadede ağır alkol alımı gibi davranış kalıpları, alkol kullanım bozukluklarının ciddiyetinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Çalışmalarında ve alkol bağımlılığı olan kişilerin sosyal işleyişinde ciddi bozulmalar var. Şiddetli davranış sergileme, işe gitmeme, iş kaybı, yasal sorunlar, aile üyeleri veya arkadaşlarla aşırı alkol kullanımı hakkında tartışmalar gibi sorunlar ortaya çıkabilir.

Bağımlılık durumunda, aşağıdaki özellikler görülebilir: Bedensel zarar gördükleri halde içmeye devam eden insanlar, kullanılan içecek miktarını arttırırlar çünkü psikolojik bir içecek kendilerini daha iyi hissederler (bu durum ciddi zehirlenme belirtilerine yol açar). doza bağımlı olmayanlar), aşırı arzu ve tutku, bırakma / bırakma semptomlarını

önlemek için içme, içme ve içme dışında herhangi bir ilgi, duygu ve zevke önem vermeme.

ABD ve Batı Avrupa'da yapılan çalışmalarda, yetişkinlerin yaklaşık yarısı düzenli alkol kullanıyor. Bu, alkol alımının yaygın olarak kabul edilen bir davranış olduğunu göstermektedir. Bu ülkelerde kalp hastalığı ve kanserden sonra en önemli sağlık sorunu alkol kullanımıdır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde, alkol tüketimi ve alkolle ilgili sorunlar hızla artmaktadır. Türkiye'de alkol tüketimi, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2003-2005 yılları arasında 15 yaşından büyük olması, nüfus kapsamındaki verilere göre kişi başına yılda ortalama 3,4 litre idi. Buna karşılık, Avrupa'da alkol tüketimi, kişi başına yıllık yaklaşık 12,2 litredir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD), "Avrupa Bir Bakışta Sağlık 2012" 1980 - 2010 yılları arasında Türkiye'de alkol tüketimine göre bir rapora göre yüzde 17 azaldı. Türkiye'de tüketilen yüzde 60 bira birası, içkili içeceklerin yüzde 35'i ve yüzde 5'i şaraptan oluşuyor. OECD raporuna göre Türkiye'de 1,5 litre su iç. Avrupa'daki 30 ülkede en yüksek alkol tüketimi, kişi başına 15,5 litre olan Lüksemburg. 14 litrelik Lüksemburg, ardından 12,6 litre Macaristan ve Fransa geldi. Avrupa Birliği ülkeleri ortalama 10,8 litredir. TÜİK'in 2012 çalışmasına göre 15-24 yaş grubundaki gençlerin yüzde 83,9'u alkol kullanmamıştır. Alkol kullanan genç erkeklerin oranı yüzde 14,7 iken, genç kadınların oranı yüzde 2,8'dir.

12 ay boyunca herhangi bir zamanda ortaya çıkan ve aşağıdakilerden üç (veya daha fazla) tarafından ortaya çıkan klinik olarak önemli bozulma veya rahatsızlığa yol açan, uygunsuz alkol kullanım davranışının bir şeklidir.

1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı gibi bir tolerans;

a) İstenilen etkiyi elde etmek için entoksikasyon veya önemli ölçüde arttırılmış miktarda alkol kullanma ihtiyacı,

(b) sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanılmasıyla önemli ölçüde azaltılmış bir etki;

2. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı şekilde geliştirilen geri çekilme,

a) Alkole özgü yoksunluk sendromu,

b) yoksunluk belirtilerini önlemek veya önlemek için alkol almak,

3. Alkol genellikle tasarlandığından daha yüksek miktarlarda veya daha uzun bir sürede alınır.

4. Alkol kullanımını bırakmak veya kontrol etmek için sürekli bir istek veya çaba var.

5. Alkol sağlamak, alkol kullanmak veya alkolün etkilerinden kurtulmak için çok zaman harcayın.

6. Alkol kullanımı nedeniyle önemli sosyal, profesyonel veya boş zaman etkinlikleri bırakılır veya azalır.

7. Tekrarlayan ya da tekrarlayan bir şekilde meydana gelen ya da var olan fiziksel ya da psikolojik bir sorun olabileceği bilinmesine rağmen, alkol tüketimi korunmaktadır.

.

1.1.6. Alkol Kullanım Nedenleri

Alkol bağımlılığının tek bir nedeni yoktur. Sadece psikolojik nedenle açıklamak doğru değildir. Alkol bağımlılığını sosyal, çevresel, biyolojik sorunları da ele almak gerekir. (Tarhan, 2007).

Alkol bağımlılığı ile ilgili araştırmalara baktığımızda, alkol kullanımının biyolojik, psikososyal ve fiziksel özelliklerden kaynaklanabileceğini söyleyebiliriz. Alkol bağımlılığı genellikle genetik davranış olarak kabul edilir. Bununla birlikte, genel olarak çevresel faktörlerin ve bir maddenin yapısının hem genetik faktörlerin yanı sıra alkol kullanma eğiliminde olduğu kabul edilmektedir (Emeç & Gülay, 2007). Böylece alkol kullanımında 3 faktörün rol oynadığı söylenebilir. Bunlar biyolojik, psikososyal ve maddenin kendisidir (Bayar & Yavuz, 2008).

Alkol kullanımını bir bakış açısıyla açıklamak mümkün değildir; biyolojik, psikolojik ve sosyal sistemler etkileşimlerin bağımlılığını açıklar ve alkol bağımlılığı, alkol bağımlılığı ve bağımlılık için birçok biyolojik, psikolojik ve sosyal risk faktörü araştırılır. Alkol kullanımını açıklamada birçok farklı faktör rol oynar, ancak farklı faktörler farklı alkol kullanım türlerini açıklayabilir. Normal içme, aşırı veya bağımlılık içme; sosyal çevre, genetik yatkınlık ve / veya psikolojik bozukluklar.

Son yıllarda biyolojik farklılıkların alkol tüketimine ve bağımlılığına katkılarını açıklamak için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların çoğu biyolojik farklılıklar ile alkol bağımlılığı arasında bir bağlantı bulsa da, yeni kanıtlar sunsa da, bazıları henüz genel tartışma argümanı olarak kabul edilmedi. Bu nedenle, alkol bağımlılığının ortaya çıkması ile ilgili birkaç faktör vardır. Bunlar kalıtım, cinsiyet ve yaş faktörüdür (Coşkun, Karadağ, Ursava, & Ercüment, 2010).

Kalıtım, anne veya babanın özelliklerinin, bozukluklarının veya hastalıklarının, genleri olan sonraki nesillerin genlerine aktarılmasıdır. Kalıtımın alkol kullanımındaki önemi yıllardır vurgulanmaktadır. Aslında, kalıtımın nedenleri ile alkol kullanımı arasındaki ilişki ilk olarak alkolikler üzerinde incelenmiştir (Bayar & Yavuz, 2008).

Alkolizmi fiziksel nedenlerle tanımlayan ve ilişkilendiren ilk kişi olan Magnus Huss, alkoliklerin sinir sistemindeki konjenital ve kalıtsal yapısal bozukluklara sahip olduklarını önerdi. Bu görüş daha sonra 1900'lerin başlangıcıydı. Krepelin, Banhoff ve

Bleuler gibi psikologlar tarafından desteklendi. Araştırmacılara göre, sinir sisteminin kalıtsal bozukluklarından kaynaklanan kalıtsal kişilik bozuklukları alkolikler; Alkolik kişilik de alkolde kötüleşir, bu yüzden kısır bir alkol döngüsü oluşur (Köknel, 1998).

Aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme de alkol kullanımı üzerinde kalıtsal bir etki göstermiştir. Bu çalışmalarda alkole bağımlı bir babadaki alkol bağımlılığı riskinin normal popülasyona göre 4-5 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yalnızca bir ebeveyn alkole bağlı ise, alkol bağımlılığı riski% 25 iken, her iki ebeveyn de alkole bağlı ise risk% 50'dir. Ergenlerin çalışmaları kalıtsallığı doğrular ve alkol bağımlılığı olan çocuklar alkol bağımlılığı olmayan insanlara ulaştığında, bağımlılık katsayılarının biyolojik ebeveynlerine yakın olduğu tespit edilmiştir (Uluğ, 2007).

Ayrıca, bazı cinslerin (Japonlar, Koreliler, Kızılderililer) alkole dirençli olmadığı bulunmuştur. Bu cinslerde, maddenin insanlarda reaksiyonu (sıcak basmalar, sıcak basmalar, hipotansiyon) içmeden sonra hızla gelişir. Bu rahatsız edici durumu önlemek için, bu ırklardaki alkolizm sıklası düşük olduğu bulunmuştur (Coşkun, Karadağ, Ursava, & Ercüment, 2010).

İçmenin sebeplerinden biri cinsiyet faktörü olarak kabul edildi. Yaşam boyu alkol ve uyuşturucu kullanımı yaygınlığı, erkekler arasında alkol ve uyuşturucu kullanımı etiolojik çalışmalarına göre anlamlı derecede yüksekti (Ünal & Özpoyraz, 1997).

Türkiye'de Arıkan ve ark. kentsel alanlarda alkolizm çalışmalarında insanlar daha yüksekti. Bununla birlikte, kadınlar arasında alkol tüketiminin son yıllarda hızla arttığı ve kadınların sosyal rolünün ve ekonomik özgürlüğün bu artışa neden olduğu bildirilmektedir (Coşkun, Karadağ, Ursava, & Ercüment, 2010).

Cinsiyetler arasındaki farkı vurgulayan bir başka araştırmaya göre 15-54 yaş arası erkeklerin ve kadınların yaklaşık% 90'ının alkol tükettiği, ancak alkol tüketen erkeklerin% 21,4'ünün alkol bağımlılığı yaşadığı tespit edildi (% 9,2). 1998: 1-2)

1997 yılında yapılan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" projesi, 18 yaş üstü insanlardan elde edilen verilere göre, alkol bağımlılığının yaygınlığı% 0,8'dir. Bu rakam erkeklerde% 1,7, kadınlarda% 0,1 idi. 2000-2001 yıllarında yapılan bir başka araştırmaya göre, ICD-10 kriterlerine göre alkol bağımlılığı prevalansı% 1,3 (erkeklerde% 1,7 ve kadınlarda% 0,7) olarak belirlenmiştir (Uluğ, 2007). Cinsiyetler arasındaki farklılıkların alkol

bağımlılığı açısından nedenleri henüz bilinmemektedir. Bununla birlikte, erkeklerin alkol ve daha fazla madde taşıma konusunda daha fazla fırsatı olduğu göz önüne alındığında, cinsiyetin biyolojik etkisi yerine bireylere verilen sosyal rollerin alkol kullanımı ve bağımlılığında daha etkili olduğuna inanılmaktadır (Pektaş, Kalyoncu, Mırsal, & Beyazyürek, 2001).

Her ne kadar kadınlar arasında alkol kullanımı yaygınlığı erkeklere göre daha düşük olsa da, alkol bağımlılığı ve bağımlılık yapan hastalıkların gelişimi daha hızlı olmaktadır. Örneğin, kadınlar erkeklerden daha az alkol tüketse de, kardiyovasküler sistem, merkezi sinir sistemi, üreme sistemi ve kemik hastalıklarının tespit edilmesi daha kolaydır. Ayrıca, kadınlar genellikle erkeklerden daha erken alkol içmeye başlar, çünkü geç bağımlılık geliştirdikleri için tedavisi zordur (İtintoprak, Akgür, Yüncü, Sertöz, & Coşkunol, 2008).

Kadınlarda alkol kullanımı ve bağımlılığı erkeklerden daha az görülür ve kadınlar alkolden daha zayıftır. Ayrıca, alkol tüketimi ve bağımlılığı kadınlar arasında daha az görülmekle birlikte, gelişmiş ülkelerde kadınların sosyal rollerinin gelişiminin erkekler arasındaki orantılı farkı azalttığına inanılmaktadır (Öztürk, 2000).

Genç yaş grubunda alkol kullanımındaki artış, alkol tüketiminin yaş faktörünün önemini ortaya çıkarmış ve yaş ve alkol kullanımı arasındaki ilişkiyi tanımlayan birçok bilimsel çalışmaya yol açmıştır. Bu çalışmalardan birinde, ilk defa birçok insanın ilk kez alkolle tanıştığı ve birçoğunun özel günlerde ailelerinde ilk kez alkolle tanıştığı belirtildi (Emeç & Gülay, 2007).

Bir başka araştırmaya göre, 18-29 yaş grubundaki alkol bağımlılığının prevalansının ve prevalansının 30-44 ve 45 yaş gruplarında en yüksek ve kademeli olarak azaldığı bildirilmiştir (Coşkun, Karadağ, Ursava, & Ercüment, 2010).

Arıkan ve diğerleri. (1996: 99), Türkiye'de yapılan çalışmalarda yaş ve alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Araştırmaya göre, düzenli sigara içenlerin ve alkoliklerin sayısının 15 yıl sonra arttığı ve 45-65 yaşlarında azaldığı bulundu.

Başka bir çalışmaya göre, 11-12 yaş arasındaki alkol tüketimi, 19 yıldan sonra başlayanlara göre (% 15.9 -% 1.0) daha yüksek ve en yüksek risk 11-14 yıldır. Tüm bu

açıklamalardan da anlaşılacağı gibi, içme yaşı her gün azalmaktadır. Yaş, alkol bağımlılığının gelişme oranını yakından etkiler. Alkol tüketiminin başlangıç yaşı azaldıkça, alkol ile ilgili problemler giderek artmaktadır (Gül, 2003: 10).

Alkol kullanımının yaygınlığının azaltılmasının nedeni, alkol kullanıcılarının erken yaşta ölmesi ve yaşlı insanların alkolden daha başarılı şekilde kaçınmalarıdır (Davison, Neale, 2006: 306).

Kişinin psikososyal bir varlık olması nedeniyle, kişinin biyolojik nedenlerine ek olarak, psikososyal nedenlerden dolayı alkol kullanımı neden olabilir. Psikolojik teorilerin çoğunda, stresi azaltmak için alkol almak tercih edilir. Sosyal grup ortamının ve kültürel faktörlerin bir insan üzerindeki etkisi sosyo-kültürel nedenlerden kaynaklanmaktadır. Ancak, alkol tüketimine neden olabilecek tüm bu faktörlerin, insanla çevre ile etkileşimi sonucu ortaya çıkacağı ve kişilik yapısının alkol tüketiminde önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Alkol kullanımının psikososyal nedenleri; kişisel faktörler, sosyokültürel faktörler ve stres faktörleri üç ana başlık altında ele alınmaktadır (Çakmak, Saatçioğlu, 2003: 99; Coşkun, 2008: 16; Kıran ve diğerleri, 2006: 127).

Hastalığın başlamasından önce alkoliklerin kişilik yapıları hakkında birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmaya göre, alkole bağımlı olmak önemli bir kişilik özelliği değildir; Bir başka deyişle, böyle bir yaşamı olan bir aile yapısının diğerlerine göre daha bağımlı olabileceği ve alkol tüketen herkesin bağımlılık riskine eşit olduğu tartışılmaktadır (Öztürk, 2004: 523). Bununla birlikte, alkol bağımlılığı, diğer zihinsel hastalıkları olan diğer eşlik eden hastalıklarda da görülür (sigara içmek veya başka maddeler içmek, kişilik bozukluğu). Bu nedenle ileriye dönük çalışmalar alkoliklerin hiperaktif, tutarsız, hedef ve değerlere duyarlı ve çocukluktan ve alkolizmden önce antisosyal (sosyopati) eğilimli olmadığını göstermiştir (Öztürk, 2004: 523). Bu nedenle, bazı kişilik bozukluğu vakalarının son bir deneme olmasa bile alkol tüketimine ve sonuç olarak alkol bağımlılığına yol açabileceği söylenebilir.

Cocknell, dört kişilik bozukluğunun alkol ve uyuşturucu kullanımına yatkın olduğunu iddia ediyor. Bunlar paranoyak, şizoid, şizotipik ve antisosyal kişilik bozukluklarıdır. Paranoyak kişilik bozukluğu, aşırı gurur, bencillik, duyarlılık, şüphe, suçlama, saldırı ön planda olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, bu tür insanlar

başkalarına nefret ve nefretle yaklaşır ve saldırgan, itici ve saldırgan olurlar (Köknel, 1998).

Şizoid kişilik bozukluğunda bir insan yaşam boyu iletişimsiz yaşar. İç içe geçmiş, ilgisizlik, soğukluk, insan iletişimi, rahatsızlık, duyguların temel özelliklerini göstermeme (Çakmak & Saatçioğlu, 2005).

Şizotipal kişilik bozukluğu olan kişilerin temel özellikleri tuhaf olmak ve bir fikir sahibi olmak, büyüçülük ve ruh dünyasını sevmektir. Bu nedenle sosyal ve kişilerarası ilişkilerde yeterli değildir (Sorias, 1998).

Bir başka kişilik bozukluğu antisosyal kişilik bozukluğudur. Diğer zihinsel bozukluklarla birlikte asosyal kişilik bozukluğu prevalansı incelendiğinde, en yüksek bağımlılık ve bağımlılık belirlenir. Antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerin% 80'i alkole bağımlıydı; Yine, alkolikler arasında, örneklem grubunun yaklaşık% 79'unda antisosyal kişilik bozukluğu vardı. Antisosyal kişilik bozukluğunun ana belirtileri; isyanlara karşı mücadele, kavgalar, yüzleşme, sorumsuz davranış, saldırgan, cezai davranış, alkol ve diğer psikoaktif maddelerin kullanımı, suçluluk, kontrolsüz hareketler ve sahte davranışlar (Öztürk, 2000).

Ayrıca alkol, sigara, vb. Kişilik bozukluklarının maddelere bağımlı olduğuna inanılmasına rağmen, alkol ve psikoaktif maddelerin kullanımı kişilik bozukluğuna yol açacaktır. Dolayısıyla aralarında bir etkileşim olduğu söylenir (Sorias, 1998).

Anksiyete, öfke, çatışma, anlaşmazlık, anksiyete, öfke, çatışma, anlaşmazlık, bu dört kişilik bozukluğunun özelliği olanların zihinsel deneyimlerindeki heyecandan dolayı toplumla sağlıklı bir şekilde iletişim kuramaz. Bunun önceden tespit edilebileceği söylenebilir (Sorias, 1998).

Bir bireyin sosyal ve kültürel ortamı alkol kullanımına ve bağımlılığına neden olabilir. Örneğin, Tayvan'da alkol almanın edepsizlik belirtisi olduğuna ve bu toplumda alkol almanın yaygın olduğuna inanılmaktadır. Bu nedenle, alkol bağımlılığı riski yüksektir (Yang, Yang, Kawachi, 2001: 270). Sosyo-kültürel değişkenler, bir insanın, akran grubunun ve ailesinin medyadan çıkarlarını etkileyen çok çeşitli sosyal yaşamı kapsar (Davison, Neale, 2006: 324). Sosyokültürel faktörlerle ilgili olarak, literatürde

alkol kullanımı ve sosyokültürel faktörler konusunda alkol bulunmadığı vurgulanmaktadır.

Dinlerin ve geleneklerin alkol kullanımını hoş karşılamadığı toplumlarda, alkol kullanımı ve dolayısıyla alkol bağımlılığı diğer toplumlardan daha düşük olabilir. Örneğin, ABD'de Asyalılar ve muhafazakar Protestanlar aşırı içmeyi tolere etmiyor, liberal Protestanlar ve Katolikler'den daha az alkol tüketiyorlar. Ülkemizde, alkolün bir kötülük kaynağı olduğu inancı, alkol tüketiminin Avrupa'daki nedenlerden daha düşük olduğunu göstermektedir (Bayar, Yavuz, 2008: 223).

İnanç ve geleneklerin yanı sıra, artan sosyal refah düzeyi, alkol almanın kolay ve ucuz bir yolunu sağlayabilir. Alkol ve uyuşturucu bağımlılığının kullanımının, refah düzeyi yüksek toplumlarda en önemli sağlık sorunlarından biri olduğu tespit edilmiştir. Artan şehirleşme, gruplar arası çatışmaların sanayileşmesi, işyerinde düzenlenen toplantıların sosyal hayatı, kutlamalar, promosyonlar, göç, alkol tüketimi ve alkol bağımlılığını artıran diğer sosyokültürel faktörler olduğu düşünülmektedir (Öztürk, 2000).

Dünyadaki alkol ve alkollü içeceklerin tüketilmesinden sonra alkol önemli bir sorun haline geldikten sonra, alkol tüketimini etkileyen faktörlerin araştırılması gerekli hale geldi. Diğer faktörlere ek olarak, çevresel faktörlerin neden olduğu stresin, alkol içerken insanların davranışlarını önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur. Çünkü insanlar stresin psikolojik ve fiziksel stresi altında sakinleşmek için alkol ve sigara gibi psikoaktif maddeler kullanırlar (Emeç & Gülay, 2007).

Hem iş hem de günlük yaşamda sıkça bulunan yalnızlık, korku, kaygı, kaygı, kaygı ve uyarılma gibi duygular, bir insanda strese neden olur ve yaşam kalitesini düşürür (Barutçugil, 2004: 143-144). Literatür, olumsuz duygulardan kurtulmak isteyenlerin alkollü mahkum olduklarını ve alkolle ilgili sağlık sorunları olduğunu ve bu duyguları yaşamamış olanlardan daha yüksek olacağını belirtmektedir (Kasatura, 1995: 32; Öztürk, 2004: 524). Çünkü bu maddeler bir kişiyi rahatlatır ve stresten zevk alır. Ancak, bu zevk durumunun geçici olarak sınırlı olduğu unutulmamalıdır. Alkolün etkisi geçtikten sonra, aynı problemler ve problemler hala karşı karşıya. Bu nedenle, stressiz bir kişinin davranışı sorunu çözmede yardımcı olmaz, aynı zamanda madde bağımlılığı nedeniyle yeni sorunlara da neden olur.

1.1.7. Alkol Kullanımı ile İlişkili Kavramlar

Alkol yoksunluğu;

Uzun süredir yüksek miktarda alkol kullanan alkol bağımlılığı olan bir kişi alkolü kestiğinde veya azalttığında, birkaç zaman sonra hafif huzursuzluk ve huzursuzluktan ölüm riski taşıyanlara kadar değişen bırakma semptomları yaşayabilir.

Tıbbi tedavi için önemli olan alkolü bırakma belirtileri şunlardır:

Otonomik Belirtiler; terleme, titreme, bulantı, kafa, ağrı, uykusuzluk

Duygusal Belirtiler; anksiyete, ajitasyon.

Algılama Bozuklukları; işitsel, görsel veya dokunsal duysal bozukluklar ve dikkat bozuklukları.

Epileptik nöbetler; yüksek ateş, taşikardi, aritmi, hipertansiyon.

Bütün bu belirtiler alkol kesilmesi sonrası görülür ve bu belirtiler alkolün bırakılmasıyla birlikte ilk birkaç saat içinde ve 10 gün içinde görülmekte birlikte ama genellikle 4-12 saat içinde ortaya çıkar. Belirtiler ikinci günde en yüksek seviyeye çıkar (Özden,2015).

Tolerans:

Alkol tüketiminin sürekliliğinde alkol sempatisanı olan tedir kötüye gidenler, alkol alımlarını, alkol tüketiminden kaynaklanan sosyal yaşamlarına ve buna bağlı sosyal yaşamlarına karşı tekrarlı ve arttırıcı bir şekilde tutma eğiliminde olabilirler. Bu eğilim, insanların alkol toleransı (alkol dozu) ve yoksunluk kontrolünde kaybına neden olabilir. Bu kontrol kaybı, alkol kötüye kullanımı ile alkol bağımlılarının birbirinden ayrıldığı nokta olarak tanımlanmaktadır. Alkol bağımlısı olan kişi alkol kullanmadan birkaç gün hatta birkaç hafta dayanabilir. Ancak, kendisini tüketebilmesi, yani alkol tüketmeye başladığında kontrol etmesi mümkün değildir. Bu nedenle, içme davranışı üzerindeki kontrol kaybı, alkol bağımlılığı ve alkol bağımlılığı arasındaki kritik sınırdır (Coşkun, Karadağ, Ursava, & Ercüment, 2010).

Yani bir başka deyişle; kişinin, aynı miktarda maddeye rağmen zaman içinde aynı etkiyi gerçekleştirememesi, aynı etkiyi elde etmek için kullandığı madde miktarını arttırır ve çok yüksek miktarda alkol / madde alarak istenen etkiyi elde eder. Veya aynı miktarda madde aldığında geri çekilme semptomlarının ortaya çıkmasıdır.

Remisyon

Alkol bağımlılığı nüks ve remisyonlarla seyreden bir hastalıktır. Belirli bir içmeme dönemidir. Tedavi programlarında ilk amaç hastayı uzun süre ayık tutabilmektir ve depresmeden korumaktır (Yılmaz, 2007).

Depreşme

Depreşme alkol madde bağımlılığının takibi ve tedavisinde çok önemli bir rol oynar. Alkol bağımlısı hastalarda depreşme remisyon döneminden sonra tekrar içmeye başlamak ve kontrolü kaybederek eski içme zamanlarına geri dönmesidir. Depreşmeyle ilgili yapılan bir çalışmada bağımlıların %39 u sadece ayık kalmaya devam etmişler. Depreşmenin büyük bölümü olumsuz duygusal durumları, kişiler arası çatışmalar, ve sosyal baskıyla ilgili olduğu belirtilmiştir. (Yılmaz, 2007).

Belirli bir zaman içinde içmeme döneminden sonra içmeye başlamak ve eski içme durumuna gelmeye depreşme denir. Depreşme süreci bütün bağımlılık yapan maddelerde benzer özellikler taşıdığı belirtilir. Depreşme hemen her bağımlıda da benzer bir süreç izlemektedir. Bu sebepten ötürü önceden olan depreşme süreçlerinin bilinmesi, sonradan olan depreşme süreçlerini de önlemeyi kolaylaştıracaktır. Depreşme süreci genellikle olumsuz düşüncelerle başlamaktadır. Depreşmenin büyük bir bölümü negatif duygular, kişilerarası çatışmalar ve sosyal baskı ile ilgilidir. Depreşme önlemede ilk etap, depreşmeye yol açan bireysel ve çevresel etkenlerin bilinmesidir. İkinci etap ise, depreşme yönünden risk taşıyan durum ve ortamlarda, bireylerin bilişsel ve davranışsal olarak başa çıkmayı öğrenmesidir. Kişiyi depreşmeye götürebilecek durumlarla olabildiğince az karşılaşmasını sağlayacak yaşam biçimi değişiklikleri depreşmeyi önlemek için önemlidir (Savaşan ve ark.,2013).

1.2. Kişisel iyi oluş

1.2.1. Tanımı

Mutluluk, insanların nasıl mutlu oldukları ya da öznel iyi oluşlar eski zamanlardan beri tartışılmış ve tanımlanmıştır. Mutluluk, Antik Yunanistan'dan beri felsefeye ilgi alanı olmuştur ve o zamandan beri filozofların dikkatini çeken bir konudur. Strack, Argyle ve Schvvarz'ın (1991) belirttiği gibi, büyük dinler bile sundukları mutluluğa ulaşmak için verilen reçetelere, ideal topluma odaklanan politik ideolojilere ve toplumun refahı için çalışan ekonominin dallarına dikkat çekmiştir. Mutluluk konuyla iç içe geçmişimdir. Öte yandan, psikoloji, çok ilginç bir şekilde, mutsuzluğun belirleyicileri ile karşılaştırıldığında, insanın iyiliği ile çok daha az çalışmıştır (Diener, 2000).

Psikolojinin refahına olan ilgisizliği önlemeye çalışan bilim adamlarından biri olan Sedirman (1998) mesleğin bir üyesiydi.

Logy Psikoloji yalnızca zayıflık ve zayıflık ile değil, aynı zamanda güç ve erdem ile de çalışır. Tedavi sadece sorunun giderilmesi değil, kişi için en iyisidir. Seligman'ın olumlu psikoloji ve psikolojik iyi oluş üzerine araştırmaları artırma mücadelesi birçok araştırmacı tarafından olumlu olarak karşılanmıştır. Seligman'a (1998) göre, pozitif psikoloji, insanın sağlık yönlerini temel güçler ve kaynaklar ile ilişkili olarak anlama girişimidir. Pozitif fizyoloji ile ilgilenen psikologlar “iyi yaşam” ve onu geliştiren faktörlere odaklanırlar. Görüldüğü gibi psikolojinin ruh sağlığı değişimlerine bakış açısı. Bireyin sorununu gündeme getirmenin, temel güç ve potansiyelleri geliştirmenin yeterli olmadığı belirtiliyor.

Seligman ve Csikszentmihalyi'ye (2000) göre, pozitif psikoloji alanı öznel deneyimin değerleri ile ilgilidir. Bunlar: refah, memnuniyet, geçmiş memnuniyet, gelecek için umutlu, iyimserlik ve mevcut mutluluk. Bireysel düzeyde, pozitif psikoloji, beğenme ve çalışma kapasitesi, cesaret, kişilerarası ilişkiler, estetik duyarlılık, sebat, affetme, affetme, özgünlük, uzak görüşlülük, yönetim, yetenek ve bilgelik gibi olumlu kişisel özelliklerle ilişkilidir. Grup düzeyinde, bireyleri sorumluluk, özgecilik, mutluluk, ılımlılık, hoşgörü ve iş etiği olan daha iyi vatandaşlığa götüren medeni değerler ve özelliklerle ilgilidir.

Diener'e (2000) göre, yaşam kalitesini tanımlamaya çalışan özellikler, başkalarını sevmek, zevk almak veya kendi iç görüş- lüğü gibi içgörü gibi ölçütlere odaklanır. Öte yandan, iyi bir yaşamı neyin oluşturduğunun bir başka görüşü, insanların iyi bir yaşam sürdüklerini düşünmelerinin istenmesidir. Yaşam kalitesinin bu sübjektif tanımı, demokratik olmayan bir tanımdır, çünkü her bireye hayatının çaba göstermeye değer olup olmadığına karar verme hakkı verir. İyi yaşamın “öznel iyi oluş” olarak tanımlanmasına yol açan bu yaklaşımlar; konuşulan dile bazen "mutluluk" denir (Diener, 2000).

Öznel refah, yaşam doyumu ile bireylerin olumlu ve olumsuz etkilerinin genel bir değerlendirmesidir (Diener, 1984). Bu değerlendirme, hastaların olaylara duygusal tepkilerini, duygularını, yaşam doyumu konusundaki bilişsel becerilerini ve evlilik ve iş gibi yaşam alanlarındaki memnuniyetlerini içerir (Diener, Oishi ve Lucas, 2003). Yaşam doyumu, insanın yaşamının niteliğini, belirlediği kriterlere göre genel bir değerlendirmesidir. Diener'e (2000) göre, insanlar çok hoş ve çok hoş olmayan hisler yaşadıklarında, ilgi çekici etkinliklere girdiklerinde, pek çok eğlence ve çok az acı hissederler ve yaşamlarından memnun kaldıklarında, sübjektif bir refahları vardır. İyi bir yaşam ve zihinsel sağlıkla ilgili başka özellikler de var, ancak öznel iyi oluş alanı kişinin hayatının değerlendirilmesine odaklanıyor.

Sübjektif iyilik halindeki bilişsel unsur, gerçekçi ya da entelektüel yönü temsil eder ve duygusal unsur, olumlu ve olumsuz etki olarak iki bölümde tartışılır (Andrews ve Robinson, 1991). Olumlu etki, neşe, dikkat, heyecan, güven, uyanıklık gibi duyguları yansıtır. Olumsuz etkiler, corpuscle, öfke, üzüntü, suçluluk, nefret gibi olumsuz duyguları içeren memnuniyetsizlik ve sübjektif stres olarak tanımlanır. Duygular ve duygular denilen duygular, bireyin yaşamındaki olaylara ilişkin değerlendirmelerini ortaya koyar. Öznel refah, öncelikle araştırmacıların anlık duygularıyla karşılaştırıldığında uzun vadeli "duygu-statü" ile ilgilenmektedir (Diener, 2000).

Özetle, kişisel iyi oluş, hoş etki, hoş olmayan etki ve yaşam doyumu unsurlarıdır. Bir insanın kişisel iyi oluşu, duygusal duygularından ve insanın yaşam kalitesinin bilişsel yargısından daha yüksektir. Olumlu duygular ve tatmin hakkındaki bilişsel yargılamalar, evlilik ve iş gibi çeşitli yaşam alanlarıyla ilgili olabilir ve bunların toplamı genel yaşam memnuniyetini yansıtır.

1.2.2. Etki Eden Faktörler

Etki eden bir çok faktör vardır. Bu faktörlerin bazıları maddi, bazıları çevresel, bazıları ise manevi.

Genetik eğilim

Mutluluğun doğup doğmadığına dair araştırma sonucunda refahın genetik bir kaynak olduğu dikkat çekicidir. Tabii ki, sadece genetik faktörler etkili değildir. Çevresel şartların öznel iyi oluş üzerinde önemli etkileri vardır.

Kişilik özellikleri

Kişiliğin önemli bir etkisi vardır. Dışa dönük kişilik ve içe dönük kişilik özellikleri, öznel iyi oluş ile yakından ilişkilidir. Dışlanmış bir kişilik yapısına sahip olmak, olumlu duyguları arttırırken, içe dönük yapı, düşük öznel iyi oluş ve depresyona neden olur. İç içe geçmiş bir kişilik yapısına sahip bireylerin öznel iyi oluşlarının düşük, dışa dönüklerin, sorumlu olanların ve hafif ve deneyimli deneyime sahip bireylerin öznel iyi oluşlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Sağlık

Sağlık, önemli belirleyicilerinden biridir. Sağlık durumu doğrudan kişinin mutluluğunu arttırır. Bir kişi hasta olduğunda olumsuz bir bakış açısı geliştirir ve olumsuz duyguları daha fazla yaşar. Öte yandan, yüksek düzeyde öznel iyi oluşa sahip olanlar olumlu bir etkiye sahiptir, bu nedenle hastalıklara yakalanma olasılığı düşüktür. Mutluluk seviyesi, kişinin biyolojik yapısını etkiler, stres seviyesini azaltır, bağışıklığı güçlendirir ve böylece bir kalkan gibi hastalıklara karşı durur.

Evlilik

Birçok çalışmada, evli bireylerin bekarlardan daha mutlu olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durum kendi içinde bir yakınlık ve sosyal destek kaynağıdır. Evlilikleri kötü olan insanlara baktığımızda, iyi oluşlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Din

İnsanların din ile olan ve dini deneyimleri olan ilişkileri, mutluluk seviyesini artıran önemli bir değişken olarak görülmektedir. İnsanların dine yakın olmasının daha az suça yol açtığı, daha az alkol ve madde kullandığı, daha uzun yaşadığı, evliliklerin daha mutlu olduğu ve yaşam doyumunun genellikle daha yüksek olduğu belirtiliyor. Dindarlık üzerine yapılan araştırmalar, dindar insanların daha yüksek yaşam memnuniyeti, daha yüksek iyi oluş düzeyleri, daha az depresyon ve daha mutlu ve sağlıklı bir evliliğe sahip olduğunu göstermektedir.

İklim

Mutluluk koşulları ile mutluluk arasında doğrudan bir ilişki olmadığı görülmektedir. Soğuk veya sıcak ülkelerdeki insanların mutluluk seviyelerinin iklim koşullarından ziyade karşılama ihtiyaçları ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bu durum, insanların mutlu olmaya adapte olduklarını belirten adaptasyon teorisi ile açıklanmaktadır. Bu durumda, insanlar sıcak veya soğuk iklim koşullarına adapte olmaktan mutluluk duyarlar. İnsanların öznel refah düzeylerinin çok soğuk veya çok sıcak ülkelerde olumsuz olarak etkilendiği söylenebilir. Mevsim açısından mutluluk düzeyleri değerlendirildiğinde, insanların soğuk günlerde soğuk günlere göre daha mutlu olduğu görülmektedir.

1.2.3. Bağımlılıkla olan ilişkisi

Sübjektif refahın hem sağlık hem de yaşam beklentisini arttırdığına dair kanıtlar sağlayan birçok çalışma vardır. Genel olarak, daha yüksek öznel iyi oluş bildiren bireyler ayrıca daha iyi sağlık ve daha az nahos fiziksel semptomlar da bildirmektedir. Araştırmacıların soğuk algınlığı ile katılımcıları enfekte ettiği yakın zamanda yapılan bir çalışmada, daha yüksek düzeyde refah bildiren kişiler virüse karşı daha dirençlidir. Ayrıca, Danner, Snowdon ve Friesen (2001), altta yatan öznel iyi oluşun, aynı çevresel koşullarda yaşayan rahibelerin yaşam beklentilerini öngördüğünü ve Pressman ve Cohen'in (2007) psikologların otobiyografilerinde benzer bir sonuç elde ettiğini bulmuşlardır. Dahası, sübjektif iyiliği yüksek olan bireyler daha güçlü bir bağışıklık sistemine sahiptir ve daha iyi kardiyovasküler sağlık (daha az kalp krizi ve daha az arteriyel tıkanma), emniyet kemeri ve güneş kremi, alkol veya uyuşturucu bağımlılığı gibi daha sağlıklı davranışlar sergilerler. yaşam tarzı hastalıkları. (Diener, 2000).

1.2.4. Alkol Bağımlılığıyla olan ilişkisi

Alkol kullanımı ve genellikle alkol bağımlılığı bir çok yazıda yaşam kalitesinin bozulmasıyla ilişkilendirilmiştir. Uzun relapslarda belirgin olarak kötüleşmesi sebebiyle, yaşam kalitesi alkol bağımlılığı tedavisinin sonuçlarını değerlendirmede önemlidir. Alkol bağımlılığını ve yaşam kalitesini üç alanda tanımlaya biliriz. Birincisi içilen alkol miktarı ve bağımlılık derecesinin etken olduğu klinik durum, ikincisi alkol bağımlısı bireylerin yaşadığı özellikli sorunlar ve üçüncüsü de sosyal, çevresel ilişkiler. Alkol kullanım bozukluğu olanların genel nüfusa oranla yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, alkol kullanım sıklığı fazla olanların daha az alkol kullananlara göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, tedavi gören alkol bağımlılarının kısa ve uzun dönem ayıklıkla orantılı olarak yaşam kalitelerinin arttığı, alkolikleri tükettiği alkol miktarını azalttıklarında yaşam kalitelerinin arttığı, alkol bağımlılığı ve yaşam kalitesinin kısmen sosyodemografik özellikler ve eşlik eden hastalıkla ilişkili olduğu saptanmıştır (Ertek,2015).

Alkolle ilişkili hastalıklar iş kaybı ve kötü iş ile ilişkili olarak azalan sosyoekonomik durum ile ilişkili ruhsal bozukluklarla ilişkili kötü duygusal durumlar, alkol bağımlılığı olan hastalarda yaşam kalitesi için risk faktörüdür. Alkolün serbest bırakılmasından sonra nikotin veya diğer maddelere bağımlılık, artık alkol tüketmeyenlerin yaşam kalitesinde bozulmaya neden olur. Sigara içmek, alkol bağımlılığı ile çok yaygındır. Sigara içmek, hem fiziksel aktiviteyi sınırlayan, hem de alkol kullanım riskini artıran ve alkollerde kronik akciğer hastalıkları riskini artıran alkoliklerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyecektir. Alkol bağımlıları üzerine yapılan bir çalışmada, SF-36'nın yaşam kalitesi bağımlılıklarının alt bağımlılıklarının tahminleri, birçok alanda kontrol grubuna göre daha düşüktü. SF-36 kullanılarak uyuşturucu bağımlıları üzerinde yapılan çalışmalarda uyuşturucu kullanıcılarının kontrol grubundan ve genel popülasyondan daha düşük puan aldığı görülmüştür. Yaşam kalitesinin düşük olduğu ve sağlık hizmetlerinin uyuşturucu bağımlıları tarafından daha sık kullanıldığı bildirildi (Yapıcı,2006).

Bağımlılarının yaşam kalitesini belirleyen ana faktörler; bağımlılığın ciddiyeti, iş durumu, psikiyatrik öykü, tüketilen alkol sıklığı ve miktarı, alkol tüketimi, genel sağlık, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu olduğu belirtildi (Dişsiz,2015).

Alkolün yaşamı nasıl etkilediği, cinsiyetler açısından bazı farklılıklar vardır. Alkol bağımlılığı olan erkek hastalar ağır içici olmaya daha çok eğilimli mi vardır ve alkol kullanmaya daha erken zamanlarda başlarlar. Erkeklerde ayrıca alkollün sebep olduğu hastalıklar ve alkolün neden olduğu kazalara daha fazla görülür. Erkek hastaların alkolle ilişkili sorunlarda kadınlara oranla daha fazla tedavi gördükleri de bilinmektedir (Ertek,2015).

Sivil ve sosyal desteğin alkol bağımlılığı olan hastaların yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkisi gösterilmiştir. İsimsiz alkolikler gibi destek gruplarına katılım remisyon süresini uzatır.

Depresif belirtiler uyuşturucu bağımlılarında daha belirgindir ve öznel yaşam kalitesinde daha düşüktür. Çalışma, depresif ve depresif alkol bağımlılığı olan kadın hastaları incelemektedir; Depresif kadın uyuşturucu kullanıcılarının aile ilişkileri de dahil olmak üzere tüm alanlarda daha fazla desteğe ihtiyacı vardır ve hastanede yatma sık görülür.

Bağımlılarının yaşam kalitesini belirleyen ana faktörler; bağımlılığın ciddiyeti, iş durumu, psikiyatrik öykü, tüketilen alkol sıklığı ve miktarı, alkol tüketimi, genel sağlık, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu olduğu belirtildi (Dişsiz,2015).

Alkolün yaşamı nasıl etkilediği, cinsiyetler açısından bazı farklılıklar vardır. Alkol bağımlılığı olan erkek hastalar ağır içici olmaya daha çok eğilimli mi vardır ve alkol kullanmaya daha erken zamanlarda başlarlar. Erkeklerde ayrıca alkollün sebep olduğu hastalıklar ve alkolün neden olduğu kazalara daha fazla görülür. Erkek hastaların alkolle ilişkili sorunlarda kadınlara oranla daha fazla tedavi gördükleri de bilinmektedir (Ertek,2015).

Uyku bozuklukları alkoliklerde yaygındır. Bu, alkoliklerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum nüks için önemli bir risk faktörüdür (Yapıcı,2006).

Bağımlılık, sadece kullanan kişiyi değil, ailesini ve sosyal çevresini de bir bütün olarak etkileyen toplumsal bir hastalıktır. Yakın çevresinden uzaklaşma, sosyal aktivitelerde azalma ve buna bağlı olarak yaşam kalitesindeki bozulma hem bağımlı birey hem de ailesi tarafından karşılaşılan bir durumdur. Ailede genellikle, bağımlı ile doğrudan ya da duygusal olarak bağlantılı bir kişi bakım veren rolünü üstlenir. Bu kişi hem yaşam kalitesindeki bozulma hem de depresyona yatkınlık açısından risk taşır. Ayrıca bu risk bazen bağımlı bireyden bile fazla olabilir. Alkol bağımlısı ebeveynin olduğu bir aile ortamında büyüyen çocukların yetişkinlik döneminde bir takım ortak davranış ve kişilik özellikleri geliştirdikleri söylenir. Sağlıklı yetişkin ilişkisi kurmakta sorunlar ve buna bağlı depresif dönemler yaşadıklarını eklemiştir. Alkol bağımlısı ebeveynin aile etkileşimini bozduğu ve sonuçta ailede yaşayan çocuğun psikolojik uyum sağlamasına gölge düşürdüğü söylenebilir (Ertek,2015).

1.3. Psikolojik Semptomlar

Alkol veya madde kullanan kişilerde sıklıkla başka zihinsel bozukluklar vardır. Alkol kullanımı ile zihinsel bozukluklar arasındaki ilişki şu şekilde özetlenebilir:

- Kişi mevcut zihinsel bozukluğu gidermek için alkol veya madde kullanır.
- Alkol veya madde kullanımından sonra ek bir zihinsel bozukluk gelişebilir.

Eşlik eden zihinsel bozukluklar alkol kullanımının prognozunu olumsuz yönde etkileyebilir.

Depresyon

Alkol bağımlılarının% 50'sine depresyon eşlik ettiği görülmüştür. Depresyon özellikle detoksifikasyon döneminde daha belirgindir. Uzun süreli alkol kullanımı sonucunda depresif bir sendromun geliştiği de ileri sürülmektedir. Ailede bir depresyon öyküsü varsa, bu durumlarda yüksek bir depresyon olasılığı vardır.

Opioid bağımlıları arasında depresyon insidansı% 48 idi. Uzun süreli opioid kullanımının organik duygusal bir sendrom oluşturduğu öne sürülmüştür.

Ayrıca, depresyonu olan kişilerin, depresyonu gidermek için sıklıkla uyarıcıları (kokain, amfetaminler vb.) Kullandıkları da bildirilmiştir.

Antidepresan tedavisi, özellikle alkolle etkileşime girmeyen antidepresanlar seçilmelidir. Bunlar arasında fluoksetin (Prozak, Depresyon), sertralin (Lustral), fluvoksamin (Faverin), paroksetin (Seroxat), venlafaksin (Efexor), moklobemid (Aurorix), mianserin (Tolvon), tianeptin (Stablon) bulunur.

Antidepresan ilaçların gelecekte alkol bırakan insanlarda alkol aramayı azalttığı bildirildi.

Depresif ya da üzgün ruh hali ve ilginin azalması ya da hazzın olmaması depresyonun ana belirtileridir.

Ana semptomlara, enerji eksikliği veya yorgunluk, uyku bozukluğu, iştah bozukluğu, intihar düşünceleri ve dikkat çekmek zorluğu gibi semptomlar eşlik edebilir.

İntihar

İntihar, alkol ve madde kullanan hastalarda sık görülür. Depresyon, intihara teşebbüs eden alkol bağımlılarının% 75'inde bulundu.

Alkol veya madde kullananlarda intihar oranını artıran faktörler şunlardır: yalnız kalmak, kişilerarası çatışmaların artması, tıbbi hastalıkların varlığı, çoklu madde kullanımı ve ekonomik problemler.

Alkol bağımlıları daha yaşlı yaşlarda intihar girişiminde bulunurken, diğer maddeleri kullananlar daha erken yaşlarda intihar girişiminde bulunur.

Anksiyete bozuklukları

Anksiyete bozukluğu özellikle alkol kullanan hastalarda sık görülen bir durumdur. Kişinin kaygı yüzünden mi yoksa alkol kullanımının neden olduğu sorunlar nedeniyle alkol içmeye mi başladığını ayırt etmek gerekir.

Kişilik bozuklukları

Kişilik bozuklukları alkol veya madde kullanımına eşlik edebilir. Bunlar arasında en yaygın antisosyal kişilik bozukluğu ve sınırdaki kişilik bozukluğu ile karşılaşılmalıdır.

Psikotik bozukluklar

Alkol veya madde kullanımına bağlı psikotik bozukluklar görülebilir. Bunlar daha fazla halüsinasyon ve sanrılar. Hastalık kısa sürelidir. Antipsikotik ilaçlar tedavide kullanılmalıdır.

1.3.1. Kısa Semptom Envanteri

Alkol bağımlılığı ve kısa semptom envanterinin kullanıldığı araştırmada geç ve erken başlangıçlı alkoliklerin epidemiyolojik verilerin, kişilik özelliklerini, ek ruhsal rahatsızlıklarının ve çeşitli psikolojik belirtilerin saptanarak karşılaştırmasını araştırmışlar. Erken başlangıçlarda, geç başlangıçlara göre KSE alt boyutlarında somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, paranoid düşünceler, ek maddeler ve global indekslerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek, hostile ve fobik anksiyetenin ortalama değer olarak daha yüksek bulunması genel olarak erken başlangıçlı grupta psikopatolojinin daha fazla olduğunu gösterdiği saptanmış (İnce, Doğruer & Türkçapar, 2002).

1.3.2. Alkol Bağımlılığı ile Yapılmış Çalışmalar

Alkol bağımlılığı ile istismarı, intihar, intihar girişimi ve intihar düşüncesi arasında güçlü bir ilişki vardır. Alkol ve intihar arasındaki ilişki, alkol kullanımının intihar düşüncesi üzerindeki etkisi, intihar düşüncesinin alkol kullanımı üzerindeki etkisi veya birbiri üzerindeki etkileri veya alkol kullanımının intihar fikrine neden olan diğer faktörlerle etkileşimi gibi olabilir.

1989-2002 döneminde, hastaneye başvuran, yaralanmadan dolayı alkol kullanma davranışları araştırıldı. Kendine zarar veren hastaların% 8,6'sının alkol bağımlılığı ve% 23,4'ünün aşırı alkol tükettiği bulunmuştur. Tamamlanmış intihar vakaları arasında en yaygın psikiyatrik bozukluk alkol bağımlılığıdır. 1995 ve 2001 yılları arasında izlenen 41824 kişiyle yapılan bir çalışmada, tamamlanmış intiharların ölümü ile intihar girişimleri ve alkol bağımlılığı arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Birçok ülkede yapılan çalışmalarda, alkolikler arasında intihar oranının% 6 ila% 20'ye ulaştığı bulunmuştur.

Türkiye'de alkol bağımlılığı ile ilgili bir çalışmada en az bir kez intihar girişimi oranı% 26 Başka bir çalışmada% 20 gözlemlendi. Çelik, Demirbaş, İlhan ve Doğan (2002) çalışmasında 70 erkek alkol bağımlısının% 12'sinin intihar ettiği,% 50'sinin birden fazla intihar girişimi ve% 15'inin intihar düşüncesi olduğu tespit edilmiştir. Bakırköy Akıl ve Nörolojik Hastalıklar Hastanesi; Alkol bağımlılığı ve bağımlılığı, intihar grubu intihar grubu ve intihar öyküsü olmayan grup arasında anlamlı bir fark bulundu. Alkol kullanımı incelendiğinde intihar vakalarında daha yüksek oranda rastlanmıştır.

Roy (2003), hastaların% 42.9'unun intihar girişimi olduğunu buldu. Alkol bağımlılığında intihar girişimi intihar girişimi öyküsü olan kadınlar, gençler ve aileler arasında daha yaygındı. İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda aşırı alkol kullanımının başlangıcı çok daha erken yaşlarda gerçekleşir. İntihar girişimi olan hastalarda, alkol bağımlılığı, intihar girişimi olmayanlardan çok daha ciddi düzeyde görülmektedir. Alkol kullanımı intihar sürecinde önemli bir yere sahiptir. İntiharın tamamlanması genellikle yüksek miktarda alkol alındıktan sonra yapılır. Alkol kullanımı ve aşırı içme davranışı üzerine yapılan bir çalışmada, intihar düşüncesi ve artan alkol kullanımının, gelecekteki

intihar dönüşümü ile eyleme geçirildiği ortaya çıkmıştır. Bu çalışma alkol kullanımı ile intihar düşüncesi ve davranış arasındaki ilişkiyi kanıtlamaktadır.

Kişinin stres ve tepki algısı yönteminin çok önemli olması, stresin özellikle psikiyatrik komorbidite nedenlerinde stresle baş etmede büyük rol oynadığını göstermektedir.

İnsanlarla ve hayvanlarla yapılan araştırmalar, fiziksel, sosyal stresin arttığını ve stres kronik, kaçınılmaz ve kontrol edilemez olduğunda artan alkol kullanımının olduğunu göstermiştir. Vurgulanması gereken üç konu var; stresin psikopatolojik veya fizyopatolojik etkisi, bazı insanlarda diğerlerinden önemli ölçüde daha fazladır; stresin etkisi dinamik ve çok yönlüdür, aynı kişi farklı durumlarda strese karşı farklı seviyelerde tepki verebilir; normal insanlar ile alkolikler arasındaki stresin farklı sonuçları olabilir. Sonuç olarak; Strese maruz kalan insanların, belli başlı yaşam olaylarından günlük zorluklara kadar farklı seviyelerde tepkileri, birbirlerinden büyük ölçüde değişebilir. Alkol, genel inanç yönünde fiziksel ya da psikolojik stresi azaltmanın bir aracı olarak görülmektedir. Her ne kadar bu bulgular bu teoriyi tam olarak desteklemese de, alkol stresle başa çıkmak için sıklıkla kullanılmaktadır.

Verheul (2001), alkol kullanımının gelişmesinde üç süreçten bahsetmektedir; davranışsal disinhibisyon süreci, stres azaltma süreci ve ödül hassasiyeti süreci. Bağımlılık ve stres azaltma sürecinde bireylerin stresli yaşam olaylarına duyarlı olduğunu belirler. Bireyler strese anksiyete ve mizaç düzensizliği ile yanıt verir ve bu kendi kendine ilaç almada alkol veya madde kullanımı için isteklendirme yaratır.

Bir kişi bir stres etkisiyle karşılaşır, bu deneyim stres olarak algılanır ve bir başa çıkma mekanizması seçerek tepki verir. Başarılı stresle başa çıkmak alkol kullanımı gibi olumsuz belirtileri ortadan kaldıracaktır. Demirbaş, İlhan ve Doğan (2004) alkol bağımlılığı ile problem çözme yöntemleri arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Alkole bağımlı hastaların daha az fonksiyonel önleyici yaklaşım kullanmasının yanı sıra uyumluluk için yaklaşımları değerlendirme ve düşünme yaklaşımlarını kullandıkları görülmüştür. Alkol kullanımında örneklemin çoğunluğunun düşük riskli olduğu bir çalışmada, alkol kullanımı problem odaklı başa çıkma davranışları ile negatif, Kaçış yöntemi ile pozitif bir ilişki içindedir. Duygusal odaklı başa çıkma, beklendiği gibi, olumsuz yaşam olaylarından sonra alkol kullanımını artırmaktadır.

İç ve çevresel olaylar, zorluklar çok zorlandığında olumsuz beklentiler ve duygular yaratır, depresyon ve umutsuzluk gibi intihar amaçlı önemli risk faktörleri ortaya çıkar ve çözümler yetersiz ise intihar düşünceleri görülebilir. Stresle baş etmek, sağlıklı ve iyi olmanın önemli bir bileşenidir, çünkü stresle başa çıkmamanın duygusal ve sosyal maliyetleri ve alkol kullanımı gibi intihar davranışı da bu durumdan etkilenir.

Eskin, Akaoğlu ve Uygur (2006), travmatik deneyimler intihar girişiminin yordayıcıları olmasına rağmen, problem çözme becerilerindeki yetersizliğin intihar düşüncesi ve intihar girişimlerinin yordayıcıları olduğunu bulmuştur. Türkiye ayrıca hayırlı ve Onan (2009) ile çalışma düzeyindeki stresin azalmasıyla başa çıkma intihar olasılığını artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda intihar gruplarının stresli olayları kontrol gruplarından daha fazla arttırdığı, olayla ilgili daha az planlama yaptıkları, olayı çözmek için yeterli bilgi toplayabilecekleri bilgi birikimi yaşadıkları, stresin kaynağına yoğunlaştığı görülmüştür. Bir çalışmada intihardan kaçınma, yani tehditkar ve rahatsız edici ortamlar ile pozitif ve anlamlı bir ilişki bulmuştur.

Partlak'ın (2003) çalışmasında, özgüven ve iyimser yaklaşımın seviyesi arttıkça intihar olasılığının azaldığı, intihar olasılığının çaresiz ve itaatkâr bir yaklaşımla arttığı görülmüştür. Tel ve Uzun (2003) çalışmasında ayrıca; İntihar girişiminde bulunanlara duygusal yönelimli başa çıkma olan çaresiz yaklaşım gittikçe daha fazla kullanılmaktadır.

Williams ve Hasking (2010) duygu odaklı ve önleyici başa çıkma stratejilerinin doğrudan kendine zarar verme davranışlarıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir; Aynı zamanda, riskli alkol kullanımı, kendine zarar verme davranışı ve psikolojik depresyon arasında karmaşık bir ilişki buldu. Probleme yönelik stres ile başa çıkma, düşük risk seviyelerinde alkol kullanımında koruyucu bir faktör olmasına rağmen, riskli alkol kullanımı olan kişilerde probleme dayalı başa çıkma yöntemleri kullanılmasına rağmen, kendine zarar verme modeli alkol kullanımıyla ilişkilidir. Duygu odaklı başa çıkma eksikliği, alkol kullanım riski taşıyan kendine zarar verme davranışlarıyla da ilişkilendirilmiştir. Özetle, uyumlu başa çıkma stratejilerinin kullanılması, alkol kullanımı ve kendine zarar verme davranışında göz önünde bulundurulması gereken bir konudur.

Kültür, Ünal ve Özusta'nın 2006 yılında yapmış oldukları bir çalışmada alkol bağımlısı babalarının çocuklarının psikopatolojileri incelemişler ve alkol bağımlısı

olmayan babalarının çocuklarıyla karşılaştırmışlar. Sonuç olarak; alkol bağımlısı babalarının çocuklarının, alkol bağımlısı olmayan babalarının çocuklarına göre daha fazla psikiyatrik tanı aldığı ortaya çıkmış. Ek olarak, alkol bağımlısı babaların eşlerinin de incelendiğinde kontrol grubundaki eşlere göre daha fazla psikiyatrik belirtiler saptanmış (Kültür, Ünal & Özusta, 2006).



1.4.Batı Marmara Bölgesi Özellikleri

Türkiye Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Haritası (TBRSH) kapsamında bu çalışma yapılmıştır. Türkiye Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Haritası'na göre Türkiye Geneli 9 Demografik Bölge'ye ayrılmıştır. Bu bölgeler Akdeniz, Ege, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Doğu Anadolu, İç Anadolu, Batı Marmara, Doğu Marmara, İstanbul'dur. Batı Marmara da bu bölgelerden bir tanesidir. Batı Marmara Bölgesi, Tekirdağ alt bölgesi ve Balıkesir alt bölgesi olarak isimlendirilen iki alt bölgeden oluşmaktadır. Tekirdağ bölgesinde Tekirdağ, Edirne, Kırklareli illeri; Balıkesir bölgesi sınırları içinde ise Balıkesir ve Çanakkale illeri olmak üzere Batı Marmara Bölgesi 5 ili kapsamaktadır.

Batı Marmara Bölgesinin yüzölçümü 43.196 km² ile Türkiye yüzölçümü ise 780.043 km²'dir. Batı Marmara Bölgesi 2018 yılı itibariyle toplam 3.569.552 nüfusa sahiptir. Bölge nüfusunun 1.808.376'sı erkeklerden, 1.761.176'sı kadınlardan oluşmaktadır. 2018 yılı içinde Batı Marmara Bölgesinin yıllık nüfus artış hızı %0,017 olarak hesaplanmış olup, nüfus yoğunluğu ortalama 85.6 kişi/km²'dir. Tekirdağ'da nüfus yoğunluğu 163 kişi/km² ile Türkiye ortalamasının üzerinde kalmaktadır. 2018 verilerine göre net göz hızları ortalama % 9.38 olarak hesaplanmıştır.

Batı Marmara Bölgesi'nde toplam okuryazarlık durumu, 6 yaş ve üzeri toplam kişi 2017 yılı itibariyle 3.233.642 kişidir. 15 yaş ve üzeri nüfusun % 24,09'u lise mezunu olup, %14,59'u yükseköğretim veya fakülte mezunudur. Batı Marmara bölgesindeki her ilde bir üniversite olmasıyla beraber toplam 5 üniversite vardır ve hepsi devlet üniversitesidir. 2013 yılında yapılan araştırmada Batı Marmara Bölgesindeki işsizlik oranı %6,69 olduğu saptanmıştır. Batı Marmara Bölgesi yüz ölçümü verileri Harita Genel Müdürlüğü'nün Türkiye Mülki İdare Bölümleri Haritasından (2014) verileri baz alınarak, internet sitesi (https://www.harita.gov.tr/images/urun/il_ilce_alanlari.pdf) üzerinden hesaplanarak verilmiştir. Diğer tüm veriler ise Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verileri baz alınarak ve TÜİK internet sitesi bölgesel istatistikler (<https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/>) üzerinden hesaplanarak verilmiştir.

1.4.1 Batı Marmara Bölgesinde Yapılan Epidemiyolojik Çalışmalar

Batı Marmara Bölgesi içerisinde epidemiyolojik olarak çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan bir tanesi Erol'un (2014) yaptığı yüksek lisans tezinde sağlık çalışanlarının obezite düzeylerini değerlendirmiştir. Çalışma Kırklareli Babaeski Devlet hastanesi ve Kırklareli Lüleburgaz Özel Medikal Hastanesi sağlık personellerine uygulanmıştır. Bu çalışmada sağlık personellerinin beslenme alışkanlıklarına ve fiziksel aktivite zamanlarına, obezite görülme sıklığına ve tedavi amacıyla uyguladıkları metotları değerlendirmiştir. Çalışmaya %62,5 oranında kadın, %37,5 oranında erkek katılmıştır. Yaş aralığı 26-30 arasındadır. Kadın çalışanların %21,6'sı, erkek çalışanların %46,5'i fazla kilolu çıkmıştır. Kadın çalışanların %5,6'sı, erkek çalışanların %13,4'ü obez olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada sağlık personellerinin kilo durumları; hemşire-ebeler normal, doktorlar fazla kilolu sağlık memurları da obez olduğu saptanmıştır. Katılımcıların genç olması nedeni ile doğum yapan sağlık personeli fazla ve doğum sayısı arttıkça obezite riski arttığı saptanmış. Fazla kilolu kategorisine girenlerin sürekli oturarak çalışması ve normal kiloda olanların ise sürekli ayakta çalıştığı bulunmuştur. Özel ve devlet hastanesi arasında beden kitle indeksi açısından bir fark söz konusu olmadığı araştırmada bulunmuştur (Erol,2014).

Batı Marmara'da yapılan başka bir epidemiyolojik çalışma ise Çanakkale il merkezinde Tanrıverdi ve Şıpkı'nın (2008) yaptığı araştırmada sağlık ocaklarına başvuran kadınların eğitim seviyelerinin şiddet görme düzeyinin etkisini araştırmışlar. Sağlık ocağına başvuran 366 kadının yaş ortalaması $38,89 \pm 11,67$ 'dir. Yaş aralığı ise 18-76 arasındadır. Aylık gelirleri 100 (y)tl ile 5000 (y)tl arasında değişmektedir. Kadınların %51,6'sı ilkokul mezunu çıkmıştır ve %36,9'unun eşleri ilkokul mezunudur. %84,7'si çekirdek ailede yaşıyor. %89,1'in çocuğu var. %44,5'i sigortaya sahip. %54,6'sı ekonomik açıdan orta halliler. %35,2'si yaşamını şehirde geçiriyor. Çalışmanın sonucunda çalışmaya katılan kadınların %80,9'u eşinden herhangi ir şiddet görmüştür. Kadınlarda eğitim düzeyi ile fiziksel ve ekonomik skorlarında farklılık olduğu, duygusal ve cinsel şiddette farklılık teşkil etmediği çıkmıştır. Şiddete en çok ilkokul mezunu

kadınlar, en az ise okur-yazar olmayan kadınlar maruz kalmıştır ve kadınlar en çok duygusal şiddete maruz kalmışlardır (Tanrıverdi ve Şıpkı, 2008).

1.4.2. Batı Marmara Bölgesinde Alkol Bağımlılığı

Batı Marmara bölgesinde daha önce ki zamanlarda alkol kullanımıyla ilgili çalışmalar yapılmış. Bunlardan biri Dökmeci ve diğerleri tarafından 1989'da yaptıkları bir epidemiyolojik çalışmada Edirne halkının sigara ve alkol kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve davranışları incelemişler. Alkol içimi haftada birden fazla olanlarda oran % 56,1 çıkmıştır. Erkeklerin alkol kullanım oranı kadınların alkol kullanım oranlarına göre daha fazladır. (K= % 26,1 , E=%72,1) Yapılan bu çalışmaya göre katılımcıların % 89,2 si alkole 25 yaşından önce başlamış. Düzenli alkol tüketen gruplarda çalışmanın %18.4 nü oluşturmuştur (Dökmeci ve diğerleri,1990).

Batı Marmara Bölgesinde yapılan başka bir çalışmada, Çöl, Sönmez ve Vardar (2014) alkol bağımlısı olan hastalarda içsel farkındalığın değerlendirme çalışması yapmışlar ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı servisinde yatarak tedavi gören ve ayaktan polikliniğe gelen hastalara DSM-IV-TR çerçevesine göre alkol bağımlılığı tanısı alan ve iki haftadır ayık olan 55 hastaya ve alkol bağımlısı olmayan 52 sağlıklı kişi çalışmaya alınmış ve çalışmanın sonunda alkol bağımlılığı tanısı alan grupta yaş ortalamaları $43,38 \pm 10,83$ diğer sağlıklı grubun yaş ortalaması $41,34 \pm 11,50$ çıkmıştır. Tanı alan grubun ortalama eğitim süresi 8,38 yıl, diğer sağlıklı grupta 9,17 yıl bulunmuştur. Alkol bağımlılığı tanısı alan 55 hastanın hepsinde diğer gruptaki 52 kişiden 23'ünde alkol kullanım öyküsü vardır. Her iki grubun içsel farkındalık puanları karıştırıldığında, hasta olan grupta ortalama $0,58 \pm 0,18$ diğer grupta ise $0,17 \pm 0,16$ olarak saptanmış. İki grup arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur. Alkol bağımlısı hastaları içsel farkındalığın etkilenmiş olabileceği saptanmıştır (Çöl, Sönmez ve Vardar,2014).

Alkol kullanımıyla ilgili Batı Marmara bölgesinde yapılan diğer çalışmada; Ulukoca ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan, Kırklareli Üniversitesi öğrencileri arasında yapılan bir araştırmaya göre öğrencilerin sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı

araştırılmış ve öğrencilerin % 36.1'i alkol kullanmazken, ayda en az bir kere kullananların oranı % 18, %17.1'i haftada en az bir kez veya daha sık alkol kullanmaktadır. Alkolü deneme yaşı 16.7 ± 2.70 olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin % 60.6'sının alkolü kullanımı, en çok eğlenmek amaçlı çıkmıştır. Çalışmada öğrencilerin alkol içme sıklığı ailesiyle iletişimi kötü olanlar alkol kullanımı daha fazla çıkmış ve gelir düzeyi yüksek olanlar (%68.3), gelir düzeyi düşük olanlara (%58.1) göre alkol alımı daha fazla saptanmıştır. Alkol alan erkek öğrenciler (%74.8), alkol alan kız öğrencilere (%54.8) göre daha fazladır. Yapılan çalışmada, öğrencilerin annelerininin eğitim düzeyi arttıkça, öğrencilerin alkol kullanma olasılığı daha fazla çıkmıştır (Ulukoca, Gökgez ve Karakoç,2013).

Edirne şehir merkezinde Eneçcan ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada lise öğrencilerinde riskli sağlık davranışlarını değerlendirmişler. Çalışmaya %50,4'ü kız %49,6 erkek öğrenci katılmıştır. Araştırmanın %95,2'ini devlet okuluna giden öğrencileri, %4,8'ini özel okula giden öğrenciler oluşturmuştur. Çıkan sonuçlarda en çok %94,7 oranında kasksız bisiklet kullanımı birinci sırada çıkarken yaşam boyu alkol kullanımı %52,1 ve sigara satın alma %45,1 olarak saptanmış. Özel okullarda okuyan çocuklar riskli davranışlara daha yatkın olduğu saptanmış ve bunlar çoğunlukla ehliyetsiz araba kullanma, kavgaya karışma, alkollü içki satın alma ve kullanma ve cinsel ilişkide bulunma gibi riskli davranışlardır. Sene tekrarı olan öğrencilerde riskli davranışlar sene tekrarı olmayanlara göre daha fazla saptanmıştır. Trafikte alkollü araç kullanım oranı öğrencilerin yaşlarının artmasıyla artış göstermiştir (Eneçcan ve ark. ,2011).

1.4.3. Batı Marmara Bölgesinde Psikopatolojik Çalışmalar

Batı Marmara Bölgesi'nde epidemiyolojik olarak psikopatolojik çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan biri Tekir ve diğerleri (2018) tarafından yapılan araştırmada Balıkesir Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin depresyon ve benlik düzeylerini incelemişler. Öğrencilerin % 84,4'ü kız olup ortalama yaşları $20,11 \pm 1,86$ çıkmıştır. Katılımcıları, hemşirelik bölümü öğrencileri (%68,7) ve ebelik bölümü öğrencileri (%31,3) oluşturuyor. Öğrencilerin %13,7'si sigara kullanmakta , %10,1'i alkol kullandığını belirtmiş. Katılımcıların ailelerinde %11 oranında depresyon olduğu belirtilmiş. Sonuçlarda kızların erkeklere göre ve hemşirelik öğrencilerinin ebelik öğrencilerine göre depresyona girme olasılığı daha yüksek saptanmıştır. Sigara ve alkol kullanan öğrenciler, sigara ve alkol kullanmayanlara göre depresyona görülme sıklığı daha yüksek çıkmıştır. Ailesinde depresyonda olanlarla depresyon olmayanlara göre daha fazla depresyona girme ihtimali bulunmuştur (Tekir ve diğerleri,2018). Balıkesir'de Erden (2005) tarafından yapılan bir çalışmada farklı yetiştirme koşullarına sahip gençlerin aleksitimi, depresyon ve psikiyatrik belirtilerle olan ilişkisi araştırılmış. Çalışmada aile yanında büyüyen gençlerle (n=30), Balıkesir yetiştirme yurdunda büyüyen gençlerle (n=30) beraber çalışılmış. Toplam 60 lise son sınıf öğrencisiyle çalışılmış. Gençler 17-18 yaş aralığındadır. Çalışmanın sonucunda yetiştirme yurdunda büyüyen gençler, aile yanında büyüyen gençlere göre daha fazla aleksitimik ve depresif özelliklere saptanmış. Yetiştirme yurdunda büyüyen gençlerde aleksitimi ve depresyon skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ama iki grupta da aleksitimi ve psikiyatrik belirtisellik arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Erden,2005).

Baksi'nin (2014) yüksek lisans tezinde suça yönelen çocuklarda ebeveyn ve arkadaşlarına bağlanmalarını, davranış problemlerinin ve çocukluk çağı travmalarının belirlenmesi ve sosyal hizmet bakış açısıyla değerlendirmiş. Araştırma Tekirdağ Çocuk Mahkemesinde kavuşması devam eden çocuklarda uygulanmış. Katılımcılar 75 erkek

çocuktan oluşmuş ve çocukların yaş ortalamaları 15,61, çocukların yaş aralığı 12-18 arasındadır. Araştırmanın sonucunda çocuklar ve babaları arasında sağlıklı ilişki bulunamamış ve ebeveynlerle yaşayan çocukların, kurum altında yaşayan çocuklara oranla daha fazla annelerine bağlı olduğu bulunmuştur. Suça sürüklenen çocuklarda saldırgan davranışlar, kurallara bağlı kalmama, dikkat, düşünce ve sosyal sorunlar gibi davranıl problemlerine saptanmıştır. Çocukların, çocukluk çağı travmatik yaşantılarına bakıldığında fiziksel ve duygusal ihmal ve istismara maruz kalındığı tespit edilmiştir (Baski,2014)



1.4.4. Batı Marmara Bölgesinde Kişisel İyi Oluş

Batı Marmara Bölgesinde kişisel oluşu incelemek sebebiyle TÜİK'in Yaşam Memnuniyeti araştırmasına bakabiliriz. Bu araştırmada illere göre mutluluk kaynağı araştırılmıştır. İki ayrı alt kategoride incelenmiştir. Bunlar mutluluk kaynağı olan kişiler ve mutluluk kaynağı olan değerlerdir. Batı Marmara Bölgesinde yer alan illerin mutluluk kaynağı olan kişilerde ilk sırada % 76,38 oranla tüm aile gelmektedir. İkinci sırada da % 10,7 le çocuklar olarak devam etmektedir ve diğer büyüklük sıralamasına göre eş, anne/baba, kendisi ve torunlar gelmektedir. Mutluluk kaynağı olan değerlere baktığımızda ilk sırada % 70,12 ile sağlık gelmektedir. % 9,9 oranla sevgi, mutluluk kaynağı olan değerler arasında takip etmektedir. Büyüklük oranına göre başarı, para, işte mutluluk kaynağı olan değerler arasındadır. (TÜİK,2013)

Yaşam memnuniyeti araştırmasına göre Batı Marmara Bölgesindeki illerin mutlu kişi oranlarının ortalaması %59,62 çıkmıştır. Cinsiyete göre değerlendirdiğimizde erkeklerde %55,6 oran kadınlar için ise % 63,62 çıkmıştır. Orta düzeydeki mutlu kişi oranlarının ortalaması %30,84 (erkekler için %33,64 ve kadınlar için %28,1), mutsuz kişi oranlarının ortalaması ise %9,52dir. (erkekler için %10,8 ve kadınlar için %8,3) Türkiye geneline baktığımızda mutlu kişi oranı ortalaması %59 (erkekler için %56,1 ve kadınlar için % 62), orta düzeydeki mutlu kişi ortalaması %30,2 (erkekler için %32 ve kadınlar için %28,5) ve mutsuz kişilerin ortalaması %10,8 (erkekler için %12 ve kadınlar için % 9,6) bulunmuştur.

Bu araştırmada illere göre umut düzeyi de araştırılmıştır ve Batı Marmara Bölgesindeki illerin umut düzeyi ortalama %79,94 (erkekler için %78,72 ve kadınlar için %81,14) sonucuna ulaşılmıştır. Umutlu olmayan kişilerin ortalaması ise % 20,28 (erkekler için %21,28 ve kadınlar için %14,5) çıkmıştır. Türkiye geneline baktığımızda umut düzeyi ortalaması umutlu olanlar %77 (erkekler için %76,5 ve kadınlar için %77,4) ve umutlu olmayan ortalama %23 (erkekler için %23,5 ve kadınlar için %22,5) çıkmıştır.

Batı Marmara Bölgesi içerisinde bulunan Çanakkale’de kişisel iyi oluş üzerine yapılmış bir çalışmadan söz etmek gerekirse, Gökulu ve diğerlerinin (2014) yaptığı araştırmada Çanakkale’de yaşayan 65 yaş ve üstü olan kişilerin yaşam kalitelerini etkileyen etmenler araştırılmıştır. (sosyodemografik ve sosyo ekonomik parametrelerin yanında kişilerin sağlıkla ilgili durumları) Çalışmanın verilerine göre kişilerin % 56’sı, 65-74 ya aralığındadır. Bu oranı sırasıyla %35 ile 75-84 ya aralığında , %8 ile 85-94 ya aralığında ve son olarak, %1 ile 95 ya ve üzerindeki izlemektedir. Cinsiyet dağılımına baktığımızda %45’ini erkekler , %55’ini kadınlar oluşturmaktadır. ve araştırmanın neticesinde ev halkının geliri yüksek olanlar ve devletten yardım alanlar yaş almaktan memnun olan kişiler ve gelecekte umutlu olanlar, yaşam kalitesi skorları diğerlerine göre daha fazla çıkmıştır. Yaşam kalitesi skorları düşük olanlar ise, son 6 ay içinde evinde düşmüş ve yardıma muhtaç olan insanlardır. (Gökulu ve diğerleri, 2014)

Bu çalışmanın amacı, Türkiye Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Profili Çalışmasında Batı Marmara bölgesinde taranacak olan bireylerde sosyodemografik formlarında alkol kullanan kişilerin bağımlılık özellikleriyle psikolojik semptomlarıyla ve kişisel iyi oluşları arasındaki ilişkisinin incelenmesidir.

2. YÖNTEM

2.1. Evren ve Örneklem

2.1.1. Evren

Türkiye Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Haritası (TURBAHAR) örnek tasarımı ve büyüklüğü, Türkiye Geneline ve 9 demografik Bölge (Akdeniz, Ege, Karadeniz, Doğu Karadeniz, Doğu Anadolu, İç Anadolu, Batı Marmara, Doğu Marmara, İstanbul) analizleri için yapmak için izin verir. Tabakalı küme örnekleme yaklaşımı ağırlıklı olarak TURBAHAR'ın örnek seçiminde kullanılmıştır. Örnekleme 26 NUTS3 bölgesinde yaşayan kişilerin katılımı temel alınarak planlandı. Her bölgeden en az 200 kişi çalışmaya dahil edildi. Dahil edilen kriterler, 18 yaşın üzerinde olmak, gönüllü olmak, bu anketleri doldurmak için herhangi bir engel olmaması sorunudur. Yüksek nüfus yoğunluğuna sahip bölgelerden daha fazla örnek seçildi.

2.1.2. Örneklem

Çalışmanın örneklemini Batı Marmara Bölgesi'nde yaşayan ve TBRSH Çalışmasına dahil olan 9 bölge arasında bulunan toplam 2900 kişi oluşturmaktadır. Toplam örneklemin % 48'i kadın (n = 1397), % 52'si erkek (n = 1503) ve yaş ortalaması 34 idi. Eğitim düzeyi bakımından, örneklemin % 5,7'si yüksek lisans, % 49,6'sı üniversite, % 27,1'i lise, %7,8'i ortaokul, %8,1'i ilkokul, %1,3'ü okur-yazar ve %0,4'ü okur-yazar değildir. Ayrıca, çalışmaya katılanların %47,3'ü evli, %46,9'u bekâr ve %5,8'i ise eşinden ayrılmış kişilerdir.

2.1.3. Prosedür

TURBAHAR saha araştırmasında, 125 Tezli Öğrenci istihdam edilmiştir. Her öğrenci yaşayan veya ulaşabilecek kişilere ulaşmıştır. Öğrenciler 9 alt bölge temsilcisi ile koordine edildi. 9 alt bölge temsilcisi 4 ana bölge temsilcisi ile koordine etti. Çalışmanın

başında iki öğretim üyesi görev aldı. Tüm çalışanlar en üst bölgesel temsilciye karşı sorumluydu. Tüm çalışanlar fakülte üyelerine karşı sorumludur.

Çalışmaya katılanlar, okullar, belediye binaları, özel şirketler ve muhtarlar, ortak kullanım alanları, kurslar ve yardım kuruluşları gibi halka açık yerler gibi çeşitli çalışma alanlarından seçilmiştir. Araştırmanın başlamasından sonra, potansiyel katılımcılara araştırmanın amacını açıklayarak araştırmaya katılmak isteyip istemedikleri soruldu. Çalışmaya 18 yaş ve üstü bireyler dahil edildi. Bilgilendirilen gönüllü formunu imzaladıktan sonra, veri toplama araçlarında yer alan anketler katılımcılara iletildi. Gönüllüler anketleri bireysel olarak doldurmuş ve araştırmacıya geri vermiştir. Ölçek yönergeleri hem sözlü hem de yazılı olarak verilmektedir. Başvuru sırasında yardım isteyen gönüllülerin soruları yanıtlandı. Anketleri doldurmak ortalama 45 dakika sürdü. Uygulamanın uzun süresine ve katılımcıların yoğun çalışma ortamlarında cevap vermeleri için geçen süreye dayanarak, katılımcılara ölçekleri doldurmaları için herhangi bir süre tanınmamıştır. Katılımcılar başvuru hakkında bilgilendirilmiş ve araştırmanın adı ve e-posta adresi gibi bilgiler, araştırma ile ilgili gelecek sorulara ulaşmalarını sağlayacak şekilde paylaşılmıştır. Çalışmanın Etik Kurulunun onayı Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan alınmıştır.

Ekipler saha görevlerine Eylül 2018'de başladılar. Veri toplama ve veri girişi Ekim 2018'de tamamlandı. Tüm verilerin girdileri daha önce hazırlanan ve dağıtılan Excel şablonlarına yapıldı. Tüm veriler sorumlu eğitime gönderildi. Tüm verilerden tek bir veri havuzu oluşturuldu ve SPSS 21 Programına yüklendi.

2.1.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada, araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu ve Kısa Semptom Envanteri ve Kişisel İyi oluş İndeksi Yetişkin Türkçe Formu kullanılmıştır. Tüm katılımcılar, gönüllülük esasına göre çalışmaya katıldığını beyan ettikleri kitapçığın ilk sayfasında bilgilendirilmiş bir onay formu imzaladılar. Katılımcılar tarafından imzalanan onay formu kısaca açıklanmış ve katılımcılardan ölçek ve anketleri cevaplamaları istenmiştir.

2.1.5. Sosyodemografik Bilgi Formu:

Katılımcıların yaş, eğitim, medeni durum, cinsiyet, çocuk sayısı, çalışan sayısı, hanedeki kişi sayısı gibi demografik bilgilerle beraber sigara, alkol, madde kullanım durumları, psikiyatrik tedavi uygulama öyküsü, silah bulundurma, kronik hastalıklarla ilgili 17 soruluk bir bilgi formudur.

Bu sosyodemografik formda medeni durum evli, bekâr ve ayrılmış; eğitim seviyesi ise okuryazar olmama, okuryazar olma, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite, yüksek lisans opsiyonlarıyla sorgulanmıştır. Hanede yaşayan kişi sayısı, hanede çalışan kişi sayısı, sahip olunan çocuk sayısı gibi sayısal değerli veriler 0–8 aralığındaki sayılar ile 8 ve üstü olarak takdim edilmiştir.

Alkol ve sigara kullanma durumları ayrı ayrı sorulmuş, cevap olarak evet, hayır, bıraktım seçenekleri sunulmuştur. Alkol kullanım sıklığı, ayda 1–2 defa, haftada 1–2 defa, hemen hemen hergün opsiyonları ile; sigara tüketim miktarı ise günde 0–10, 11–20, 21–40, 41’den fazla adet alternatifleriyle sorgulanmıştır. Ayrıca sigara kullanıcılarından sigara kullanım süreleri için 0–5, 6–10, 11–15, 16–20, 21’den fazla seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Ek olarak, katılımcıların esrar, bali, tiner, morfin, kokain, meta-amfetamin, bonzai, eroin, ekstazi maddelerinden herhangi birini deneme veya kullanma durumları sorulmuştur.

2.1.6. Kısa Semptom Envanteri:

Kısa semptom envanteri (KSE), 1992 yılında Derogatis tarafından geliştirilmiştir. Kendine değerlendirme türü bir ölçektir. Çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalarda da ortaya çıkabilecek bazı psikolojik semptomları yakalamak amacıyla geliştirilmiştir. Batı’daki adıyla Brief Symptom Inventory (BSI) 90 maddelik semptom belirleme listesi üzerine kurulmuştur. KSE de SCL-90 gibi 9 alt ölçekten oluşmaktadır. SCL-90 ölçeğindeki 90 maddeden 53 ü kullanılmıştır. 5-10 dakika gibi bir sürede bitirilebilen kısa bir ölçek elde edilmiştir. Maddelerde “hiç” ve “çok fazla” ifadelerinden 0-4 değerleri arasında derecelendirilmiştir.

Şahin ve Durak (1994) tarafından KSE'nin Türkiye uyarlaması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar sonucunda ölçeğin “anksiyete”, “depresyon”, “olumsuz benlik”, “somatizasyon” ve “hostilite” adı verilen beş faktörden oluştuğu bildirilmekte ve geçerlik güvenirlik bilgilerine ayrıntılı bir biçimde yer verilmektedir. (Şahin & Durak,1994)

2.1.7. Kişisel İyi oluş İndeksi Yetişkin Türkçe Formu

Kişisel iyi oluş uzun dönemli yaşam memnuniyetidir. Yaşam kalitesini genel ve kapsamlı bir bakış açısıyla yaşam memnuniyeti sorularıyla ölçülebilir. Uluslararası İyi Oluş Grubu (International Wellbeing Group) (2006) tarafından geliştirilen ve pozitif psikoloji alanında en yaygın kullanılan ölçeklerden bir olan Kişisel İyi Oluş İndeksi Yetişkin (KİOİY) kişinin yaşamında ki mutluluğu ve iyi olma halini ölçen bir ölçektir. Kişisel iyi oluş, bireyin kendisi hakkında hissettiklerine ilişkin memnuniyeti düzeyi ile ölçülmektedir. Kişisel iyi oluş indeksi 8 maddeden oluşan memnuniyet derecesine göre, 0'dan 10'a kadar seçeneklerden birini cevapladığımız ölçektir .(Meral, 2014)

2.2. Analiz

Çalışmanın verileri SPSS - 21 kullanılarak analize tabii tutulmuştur.

Alkol kullanımında, “alkol kullanımının olmaması”, “ayda bir kez kullanımı”, “haftada bir kez alkol kullanımı ve “hemen hemen her gün alkol kullanımı” olarak dört gruba ayrılmaktadır. 3 veya daha fazla grup arasındaki farkı analiz etmek için Tukey Tek Yönlü ANOVA Analizi kullanılmıştır.

Alkol bağımlılığı üzerine etki edilebileceği tahmin edinilen eğitim, cinsiyet, medeni hal, çocuk sayısı ve yaş ile Kısa Semptom Envanteri ve Kişisel İyi Oluş ölçeği arasındaki ilişkiyi tahmin etmek için Doğrusal Regresyon kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerden ve ölçeklerden alınan toplam ve alt puanlar modele dâhil edilmiştir. 0.05'ten düşük değerler bağımsız risk faktörü olarak kabul edilmiştir.

3.BULGULAR

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

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

Bireysel Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	1397	48.2
Erkek	1503	51.8
Toplam	2900	100
Medeni Durum		
Evli	1372	47.3
Bekâr	1359	46.9
Diğer	169	5.8
Toplam	2900	100
Eğitim Düzeyi		

Okur Yazar Değil	4	0.4
Okur Yazar	38	1.3
İlkokul	235	8.1
Ortaokul	230	7.8
Lise	785	27.1
Üniversite	1442	49.6
Yüksek Lisans	166	5.7
Toplam	2900	100

Tablo 1’de katılımcılara ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir. 2900 katılımcının %48,2’sinin (n=1397) kadınlardan ve %51,8’sinin (n=1503) erkeklerden oluştuğu görülmüştür. Katılımcıların %47,3’ünün (n=1372) evli olduğu, %46,9’unun (n=1359) bekâr olduğu ve %5,8’inin (n=169) ise eşinden ayrılmış olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcılar eğitim düzeylerine göre incelendiğinde %0,4’ünün (n=4) okuryazar olmadığı, %1,3’ünün (n=38) sadece okuryazar olduğu, %8,1’inin (n=235) ilkokul mezunu, %7,8’sinin (n=230) ortaokul mezunu, %27,1’inin (n=785) Lise mezunu, %49,6’sının (n=1442) Üniversite mezunu ve %5,7’sinin (n=176) ise Yüksek Lisans mezunu olduğu görülmüştür.

Tablo 2: Demografik Bilgilerden Yaş Verilerine Dair Tanımlayıcı Bulgular

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

Tablo 2’de katılımcıların yaş verilerine ait tanımlayıcı bulgularının yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir. Katılımcıların yaş grupları verilerine göre %21.4’ünün (n=619) 18-23 yaş arası olduğu, %23.5’inin (n=683) 24-29 yaş arası olduğu, %21.3’ünün (n=618) 30-38 yaş arası olduğu ve %33.8’inin (n=980) ise 39 yaşından büyük olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaş ortalaması 33.6 (SS=11.6), erkeklerin yaş ortalaması ise 34.7 (SS=12.2) olarak saptanmıştır.

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

Bireysel Özellikler	N	%
Çocuk Sayısı		
0	1573	54.3
1	540	18.6
2 ve 3	739	25.5
4>	48	1.6
Toplam	2900	100
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı		
0	35	1.3
1	232	8
2	558	19.3
3	810	27.9
4	843	29.0
5>	422	14.5
Toplam	2900	100
Hanede Çalışan Kişi Sayısı		
0	170	5.8
1	1039	35.8
2	1301	44.8
3	297	10.4
4	72	2.5
5>	21	0.7

Toplam	2900	100
---------------	------	-----

Tablo 3’de katılımcılara ait demografik bilgilerin çocuk sayısı, hanede yaşayan kişi sayısı ve hanede çalışan kişi sayısı değişkenlerine göre dağılımı görülmektedir. Katılımcıların çocuk sayısı değişkenlerine bakıldığında, %54.3’ünün (n=1573) çocuk sahibi olmadığı, %18.6’sının (n=540) tek çocuk sahibi olduğu, %25.5’inin (n=739) iki ve üç çocuklu olduğu ve %1.6’sının (n=48) ise dörtten fazla çocuğa sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların bulundukları bölgede hanede yaşayan kişi sayılarına ait veriler incelendiğinde, %1.3’ünün (n=35) bulunduğu hanede kendisinden başka yaşayanın olmadığı, %8.0’inin (n=232) hanesinde kendisiyle birlikte bir kişinin daha yaşadığı, %19.3’ünün (n=558) hanesinde kendisiyle birlikte iki kişinin yaşadığı, %27.9’unun (n=810) hanesinde kendisiyle birlikte üç kişinin yaşadığı, %29.0’inin (n=843) hanesinde kendisiyle birlikte dört kişinin yaşadığı ve %14.5’inin (n=422) hanesinde ise kendisiyle birlikte beşten fazla kişinin yaşadığı görülmüştür.

Çalışmaya alınan katılımcıların hanelerindeki çalışan kişi sayıları incelendiğinde, %5.8’inin (n=170) hanesinde çalışan kişi sayısının bulunmadığı, %35.8’inin (n=1039) hanesinde çalışan kişi sayısının bir olduğu, %44.8’inin (n=1301) hanesinde iki çalışanın bulunduğu, %10.4’ünün (n=297) hanesinde çalışan kişi sayısının üç olduğu, %2.5’inin (n=72) hanesinde çalışan sayısının dört olduğu ve %0.7’sinin (n=21) ise hanesinde beşten fazla çalışan kişi sayısı olduğu belirlenmiştir.

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

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

Tablo 4’de katılımcıların alkol kullanım durumu ve alkol kullanım sıklıklarına dair tanımlayıcı bulgular yer almaktadır. Katılımcıların alkol kullanım durumlarına ait veriler incelendiğinde, %42.7’si (n=1238) alkol aldığını, %52.8’i (n=1531) alkol almadığını ve %4.5’i (n=131) ise alkölü bıraktığını bildirmiştir.

Katılımcılardan alkol kullananların alkol kullanım sıklığına dair veriler incelendiğinde, %24.5’inin (n=711) ayda 1-2 defa alkol kullandığı, %13.5’inin (n=392) haftada 1-2 defa alkol kullandığı, %4.8’inin (n=142) ise hemen hemen her gün alkol kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların 57.1’i (n=1655) alkol kullanım sıklığını belirtmemiştir.

Tablo 5: Alkol Bağımlılığı İle Psikolojik Semptomlar ve Bazı Demografik Değişkenler Arasında ki İlişkinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Demografik Özellikler		Alkol Kullanım Sıklığı
Cinsiyet	t p	-11.030 <0.001
Eğitim Düzeyi	t p	6.542 <0.001
Medeni Durum	t p	2.831 0.005
Çocuk Sayısı	t p	-5.265 <0.001
Yaş	t p	2.235 0.025
Psikolojik Semptomlar		Alkol Kullanım Sıklığı
Anksiyete	t p	0.325 0.745
Depresyon	t p	0.897 0.370
Olumsuz Benlik	t p	-0.241 0.810
Somatizasyon	t p	-0.997 0.319
Hostilite	t p	3.281 0.001

Tablo 5’te katılımcıların alkol bağımlılığı ile bazı demografik özellikler ve psikolojik semptomları arasında ki ilişki regresyon analizi sonuçları ile gösterilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre erkek cinsiyetten olma ile izlenen alkol kullanım sıklığındaki artış istatistiki olarak anlamlı düzeydedir ($t=-11.030$, $p<0.001$).

Eğitim düzeyi ile alkol bağımlılığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($B=0.105$). Eğitim düzeyinin artması ile izlenen alkol kullanım sıklığında ki artış istatistikçe anlamlı düzeydedir ($t=6.542$, $p<0.001$).

Medeni durumda bekâr bireylerin sayısının artması ile izlenen alkol kullanım sıklığında ki artış istatistikçe anlamlı düzeydedir ($t=2.831$, $p=0.005$).

Bireylerin sahip olduğu çocuk sayısı ile alkol bağımlılığı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($B=-0.113$). Çocuk sayısının azalması ile izlenen alkol kullanım sıklığında ki artış istatistiki olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($t=-5.265$, $p<0.001$).

Çalışmaya katılan bireylerin yaşları ile alkol bağımlılığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($B=0.004$). Artan yaşla beraber alkol kullanım sıklığında istatistikçe anlamlı bir artış görülmektedir ($t=2.235$, $p=0.025$).

Katılımcıların anksiyete alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile alkol kullanım sıklıkları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=0.325$, $p=0.745$).

Aynı şekilde katılımcıların depresyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile alkol kullanım sıklıkları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=0.897$, $p=0.370$).

Olumsuz benlik alt ölçeğinden alınan toplam puan ile alkol kullanım sıklığı arasında da istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=-0.241$, $p=0.810$).

Katılımcıların Somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile alkol kullanım sıklıkları arasında da istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=-0.997$, $p=0.319$).

Ancak katılımcıların hostile alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile alkol kullanım sıklıkları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($t=3.281$, $p=0.001$).

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

Demografik Özellikler		Alkol Kullanım Sıklığı
Cinsiyet	t	-11.263
	p	<0.001
Eğitim Düzeyi	t	6.727
	p	<0.001
Medeni Durum	t	2.751
	p	<0.001
Çocuk Sayısı	t	-5.287
	p	<0.001
Yaş	t	1.469
	p	0.142
Kişisel İyi Oluş Ölçeği		Alkol Kullanım Sıklığı
Kişisel İyi Oluş (Total)	t	-3.925
	p	<0.001

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

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

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

Medeni durumda bekâr bireylerin sayısının artması ile izlenen alkol kullanım sıklığındaki artış istatistiki olarak anlamlı düzeydedir. ($t=2.751$, $p<0.001$).

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

Çalışmaya katılan bireylerin yaşları ile alkol bağımlılığı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($t=1.469$, $p=0.142$).

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

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

Aksiyete Alt Ölçeği						
Alkol Kullanım Sıklığı	N	X	S	F	p	Anlamlı Fark
Kullanmıyorum*	1655	2,44	7,44	7.425	<0.001	1-4 2-4 3-4
Ayda 1-2**	711	2,79	7,28			
Haftada 1-2***	392	2,86	6,94			
Hemen Hemen Her Gün****	142	2,543	8,30			
Depresyon Alt Ölçeği						
Alkol Kullanım Sıklığı	N	X	S	F	p	Anlamlı Fark
Kullanmıyorum*	1655	2,313	7,90	7.153	<0.001	1-4 2-4 3-4
Ayda 1-2**	711	2,347	8,08			
Haftada 1-2***	392	2,327	7,09			
Hemen Hemen Her Gün****	142	2,632	9,20			

Hemen Hemen Her Gün****						
Olumsuz Benlik Alt Ölçeği						
Alkol Kullanım Sıklığı	N	X	S S	F	p	An lamlı Fark
Kullanm ıyorum*	1 655	2 1,02	7 ,03	8. 346	< 0.001	1-4 2-4 3-4
Ayda 1- 2**	7 11	2 1,73	7 ,24			
Haftada 1-2****	3 92	2 1,48	6 ,26			
Hemen Hemen Her Gün****	1 42	2 3,95	8 ,00			
Somatizasyon Alt Ölçeği						
Alkol Kullanım Sıklığı	N	X	S S	F	p	An lamlı Fark
Kullanm ıyorum*	1 655	1 5,27	4 ,98	3. 425	0. 021	3-4
Ayda 1- 2**	7 11	1 5,13	4 ,45			
Haftada 1-2****	3 92	1 4,81	4 ,71			
Hemen Hemen Her Gün****	1 42	1 6,26	5 ,56			

Hostilite Alt Ölçeği						
Alkol Kullanım Sıklığı	N	X	S	F	p	An lamlı Fark
Kullanmıyorum*	1 655	1 3,80	4 ,62	1 3.909	< 0.001	1-2 1-4 3-4
Ayda 1-2**	7 11	1 4,45	4 ,62			
Haftada 1-2***	3 92	1 4,33	4 ,22			
Hemen Hemen Her Gün****	1 42	1 6,19	4 ,89			
Kişisel İyi Oluş Ölçeği						
Alkol Kullanım Sıklığı	N	X	S	F	p	An lamlı Fark
Kullanmıyorum*	1 652	5 1,29	1 6,41	5. 507	0. 001	1-4 2-4
Ayda 1-2**	7 11	5 0,73	1 4,71			
Haftada 1-2***	3 92	4 9,59	1 5,48			
Hemen Hemen Her Gün****	1 42	4 6,02	1 6,32			

Katılımcıların anksiyete alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile alkol kullanım sıklıkları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında katılımcıların alkol kullanım sıklığı ile anksiyete alt ölçeğinden

aldıkları toplam puan arasında istatistikçe anlamlı bir fark görülmüştür ($F_{(3,289)}=7.425$ $p<0.001$). Farklılığın kaynağının testi için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre, alkol kullanmayanlar ile hemen hemen her gün alkol kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 7). Ayda 1-2 defa alkol kullananlar ile hemen hemen her gün kullananlar arasında da istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001$) (Tablo 7). Ayrıca haftada 1-2 defa alkol kullananlar ile hemen hemen her gün kullananlar arasında ise yine istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.002$) (Tablo 7).

Katılımcıların depresyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile alkol kullanım sıklıkları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında katılımcıların alkol kullanım sıklığı ile Depresyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puan arasında istatistikçe anlamlı bir fark görülmüştür ($F_{(3,289)}=7.153$ $p<0.001$). Farklılığın kaynağının testi için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre, alkol kullanmayanlar ile hemen hemen her gün alkol kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 7). Ayda 1-2 defa alkol kullananlar ile hemen hemen her gün kullananlar arasında da istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001$) (Tablo 7). Ayrıca haftada 1-2 defa alkol kullananlar ile hemen hemen her gün kullananlar arasında ise yine istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 7).

Katılımcıların olumsuz benlik alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile alkol kullanım sıklıkları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında katılımcıların alkol kullanım sıklığı ile olumsuz benlik alt ölçeğinden aldıkları toplam puan arasında istatistikçe anlamlı bir fark görülmüştür ($F_{(3,289)}=8.346$ $p<0.001$). Farklılığın kaynağının testi için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır.

Tukey testi sonuçlarına göre, alkol kullanmayanlar ile hemen hemen her gün alkol kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 7). Ayda 1-2 defa alkol kullananlar ile hemen hemen her gün kullananlar arasında da istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.003$) (Tablo 7). Ayrıca haftada 1-2 defa alkol kullananlar ile hemen hemen her gün kullananlar arasında ise yine istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.002$) (Tablo 7).

Katılımcıların somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile alkol kullanım sıklıkları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında katılımcıların alkol kullanım sıklığı ile somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puan arasında istatistikçe anlamlı bir fark görülmüştür ($F_{(3,289)}=3.425$ $p=0.021$). Farklılığın kaynağının testi için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre, haftada 1-2 defa alkol kullananlar ile hemen hemen her gün kullananlar arasında ise yine istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.012$) (Tablo 7).

Katılımcıların hostilite alt ölçeğinden aldıkları toplam puan ile alkol kullanım sıklıkları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında katılımcıların alkol kullanım sıklığı ile hostilite alt ölçeğinden aldıkları toplam puan arasında istatistikçe anlamlı bir fark görülmüştür ($F_{(3,289)}=13.909$ $p<0.001$). Farklılığın kaynağının testi için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre, alkol kullanmayanlar ile ayda 1-2 defa ve hemen hemen her gün alkol kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0.007$; $p<0.001$) (Tablo 7). Ayrıca haftada 1-2 defa alkol kullananlar ile hemen hemen her gün kullananlar arasında da istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 7).

Katılımcıların kişisel iyi oluş ölçeğinden aldıkları toplam puan ile alkol kullanım sıklıkları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analiz sonuçlarında katılımcıların alkol kullanım sıklığı ile somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puan arasında istatistikçe anlamlı bir fark görülmüştür ($F_{(3,289)}=5.507$ $p=0.001$). Farklılığın kaynağının testi için ise post-hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre, haftada 1-2 defa alkol kullananlar ile hemen hemen her gün kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001$) (Tablo 7). Ayrıca ayda 1-2 defa alkol kullananlar ile hemen hemen her gün kullananlar arasında da istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.007$) (Tablo 7).

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada; Türkiye Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Profili Çalışmasında Batı Marmara bölgesinde yaşayan bireylerde alkol kullanan bireylerin psikolojik semptomlarıyla, kişisel iyi oluşları arasındaki ilişkisinin incelenmesini hedeflenmiştir. Tartışma bölümünde de çalışmanın sonucunda hesaplanan bulgular tartışılacaktır ve sonuçlar ile benzeri çalışmalar karşılaştırılacaktır.

Çalışma Batı Marmara Bölgesinden 2900 kişi ile yürütülmüş olup, katılımcıların yüzde elli ikisi erkeklerden, yüzde kırk sekizi kadınlardan oluşmuştur. Çalışmaya 18-65 yaş aralığında olup, katılımcıların yaş ortalaması ise 34 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada her eğitim düzeyinden katılımcı bulunmuş olup, katılımcıların %49,6'sı gibi büyük bir çoğunluğu, üniversite mezunlarından oluşmaktadır. Çalışmaya katılan katılımcıların %5,7'si yüksek lisans, %27,1'i ise lise mezunudur. %7,8'i ortaokul mezunudur. Çalışmanın geri kalan katılımcılarını sadece okur-yazar olmayan, okur-yazar olanlar ve ilkokul derecesine sahip olanlar oluşturmaktadır. Çalışmaya katılanların %47,3'ü evli, %46,9'u bekar bireylerdir; %5,8'lik kısım ise eşinden ayrılmış kişilerdir. Katılımcıların %54,3 gibi büyük bir kısmı çocuk sahibi değildir. Katılımcıların %25,5'lik kısmı 2 veya 3 çocuk sahibi, %18,6 gibi kısmı tek çocuk sahibi, %1,6'lık kısmı ise 4 veya daha fazla çocuğa sahiptir.

Çalışmaya katılan 2900 kişiden, 1513'ü (%52,8'i) alkol kullanmazken, 1238'i (%42,7'si) alkol kullanmaktadır. 131 kişi (%45'i) ise önceden alkol kullandığını ancak bıraktığını belirtmiştir. Katılımcılar alkol kullanım sıklıklarını incelenmiş olup, ayda 1-2, haftada 1-2, hemen hemen her gün alkol kullananlar olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Katılımcılardan, ayda 1-2 adet alkol kullananlar 711(%24,5), haftada 1-2 adet alkol kullanan 392 (%13,5), hemen hemen her gün alkol kullanan 142 (%4,8) kişi bulunmaktadır. Çalışmanın katılımcılarının dağılımlarının incelenmesinin sonucunda, alkol kullananların en fazla sayıda yer aldığı grubun ayda 1-2 kere alkol kullanan grup olduğu görülmektedir. Bu veriler gayet normal ve tutarlı bir durumdur.

Araştırmanın genelinde katılımcılar cinsiyet değişkenine göre 1397 kişisi kadın (%51,8), 1503 kişisi (%48,2) erkek olarak dağılım göstermektedir (Tablo 1). Ulukoca ve ark. (2013) yaptıkları çalışma da alkol kullanımı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark olduğunu ve erkek öğrencilerin alkol kullanım puanlarının kadın öğrencilere göre daha yüksek olduğunu saptanmışlardır. Erkeklerin alkol kullanım olasılığı, kadınlara göre 2 kat daha fazla bulunmuştur. Bizim çalışmamızdan çıkan bulgularına göre de cinsiyet ile alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki görülmüş ve erkeklerin alkol kullanımının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Alkol kullanımı ve cinsiyet ilişkisine dair çalışmamızdan çıkan bu veriler Ulukoca ve ark. (2014) çalışmasından çıkan veriler ile örtüşmektedir. Özcan ve Sever (2017) ise çalışmalarında bizim çalışmamızın aksine, alkol kullanımı ve cinsiyet arasında bir ilişki bulamamıştır.

Araştırma genelinde katılımcılar medeni durum değişkenine göre %45'i evli, %51'i bekâr ve %4'ü ise eşinden ayrılmış kişiler olarak dağılmaktadır (Tablo 1). Bizim çalışmamızdan çıkan bulgulara göre, medeni durumu bekâr olan bireylerin alkol kullanımında artış gözlemlenmiştir (Tablo 4). Bu durumu destekler nitelikte Yıldırım ve ark. (2011) yaptığı çalışmada yalnız olan kişilerin alkol bağımlılığına eğilimlerinin daha fazla olduğu bilgisine yer vermiştir. Yıldırım ve ark. (2011)'in araştırmasında elde ettiği verilerin bizim çalışmamızın verileriyle benzerlik görülmektedir. Bekar olan alkol ve madde bağımlısı bireylerin yalnızlık puan ortalaması evli olanlardan, yapılan istatistik analizde gruplar arasındaki puan farkının anlamlı olduğu saptanmışlardır. Emeç ve Gülay (2008) yaptığı çalışmada medeni durum alkol tüketiminde bir ilişki olmadığını tespit etmişlerdir ve yaptığımız çalışmayla örtüşmemektedir.

Eğitim düzeyi bakımından, bulgularımız % 5,7'si yüksek lisans, % 49,6'sı üniversite, % 27,1'i lise, %7,8'i ortaokul, %8,1'i ilkokul, %1,3'ü okur-yazar ve %0,4'ü okur-yazar değildir (Tablo 1). Yaş aralığına bakarsak veriler 18-23 yaş arası 619 kişi (%21,4), 24-29 yaş arası 683 kişi (%23,5), 30-38 yaş arası 618 kişi (%21,5), 39 ve ondan büyük olanlar 980 kişi (%33,8) olarak çıkmıştır (Tablo 2). Yaptığımız araştırmada çıkan verilere göre, eğitim düzeyi ve yaş arttıkça alkol kullanımı da artış gösteriyor (Tablo 4). Emeç ve Gülay (2008)'in yaptığı aynı araştırmada 36-45, 46-55, 56-65 yaş aralığı diğer aralığa göre daha fazla miktarda alkol harcamaları yapmışlar ve eğitim durumları incelendiğinde eğitimin artmasıyla beraber alkol kullanımının artması sonucu bizim çalışmamızla paralellik göstermiştir.

Çalışmamızda psikolojik semptomları incelediğimizde, katılımcıların anksiyete alt ölçeği, depresyon alt ölçeği, olumsuz benlik alt ölçeği ve somatizasyon alt ölçeğinden aldıkları toplam puanla alkol kullanımı ilişkisi bulunamamıştır.

Elkin ve Karadağlı (2016) öğrencilerin alkol kullanma durumları ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ve alkol kullanmayan öğrencilerin ise sürekli öfke ve öfke dışı vurum puan ortalamaları daha düşük bulmuşlardır. Bizim araştırmamız da katılımcıların hostile (düşmanlık, öfke) alt ölçeklerinden aldıkları puanların artması ile alkol kullanımında artış göstermektedir. Aygen ve Açık (2014) yaptıkları araştırmada alkol kullananların sürekli öfke, öfke iç ve öfke dışı puanları kullanamayanlara göre yüksek saptamışlardır. Ayrıca yaptığımız varyans analizinde alkol kullanmayanlar ile ayda 1-2 defa ve hemen hemen her gün alkol kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 7). Ek olarak haftada 1-2 defa alkol kullananlar ile hemen hemen her gün kullananlar arasında da istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 7).

İnce ve ark. (2002) yaptıkları araştırmada KSE'yi alkol bağımlılarında kullandıklarında hostile ve fobik anksiyete dışında tüm alt boyut ve global indeks değerleri gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuşlardır. Bu bulgular bizim çalışmamızla örtüşmemektedir. Çalışmamızda hostile hariç diğer gruplarda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Tabi bu çalışmayla örtüşmemesinin nedeni bizim çalışmamızda alkol bağımlılarına uygulamadığı için olabilir.

Çalışmamızda kişisel iyi oluşları incelendiğinde, alkol kullanım sıklığına göre kişisel iyi oluş toplam puanlarının arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Alkol kullanım sıklığı arttıkça kişisel iyi oluşun düştüğü saptanmıştır. Yapılan varyans sonucuna göre, haftada 1-2 defa alkol kullananlar ile hemen hemen her gün kullananlar arasında istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 7). Ayrıca ayda 1-2 defa alkol kullananlar ile hemen hemen her gün kullananlar arasında da istatistikçe anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 7). Diğer bir ifadeyle, alkol kullanmayanların veya daha az kullananların kişisel iyi oluşları hemen hemen her gün alkol kullananlara göre anlamlı derecede daha yüksektir. Doğan (2006)'ın yaptığı çalışmada alkol kullanma sıklığı değişkenine göre katılımcıların "iyilik hali" puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamıza bakıldığında, alkol kullanımı ile iyilik hali arasındaki

ilişkiyi inceleyen araştırmamızın bulgularıyla bu araştırmanın bulguları birbirini desteklemediği görülmektedir. Literatürde yapılmış olan farklı çalışmalarda da alkol kullanımı ile kişisel iyi oluş arasında negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır (Pitkaned, 1999; İlhan, 2011; Öztürk ve Çetinkaya, 2015; Uçan ve Kıran Esen,2015). Alkol kullanımı ve kişisel iyi oluşla ilgili yapılmış olan çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde, bizim çalışmamızda da benzer bir sonuca ulaşıldığı söylenebilir. Kişisel iyi oluş azaldıkça alkol kullanımı artmaktadır. Kısaca, alkol kullanım sıklığı yaşam memnuniyetini etkiler diyebiliriz.

Alkol kullanımı üzerinde etki edebilecek birçok parametreden sadece belirli birkaç tanesinin çalışmaya dâhil edilebilmesi mümkün olmuştur. Bundan sebep olarak, çalışmadaki parametreler alkol kullanımı üzerinde etkili ancak az oranda açıklayıcı bulunmuş olabilir. Buna rağmen, çalışmada farklı çeşit değişkenler ile alkol kullanımı arasındaki ilişkilerin neticelenmiş olması mühim bir sonuç olarak gösterilebilir.

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırma şehir merkezlerinde yürütülmüştür. Bu nedenle toplum ortalamasından daha yüksek bir eğitim düzeyine sahip örneklem ile çalışılmıştır. Araştırmanın yaş ortalaması da genç bir nüfusu temsil ettiğini göstermektedir. Kırsal kesime de ulaşılması, daha dengeli yaş dağılımı sağlayan örneklem ile çalışılması sonuçlarda farklılık yaratabilir. Ayrıca çalışmada özbildirime dayalı ölçekler kullanılmıştır. Klinik gözlem ve görüşme ile yapılacak değerlendirmeler daha sağlıklı olabilir.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, Batı Marmara Bölgesi'ndeki kişilerin alkol kullanan kişilerin, psikolojik semptomları ile kişisel iyi oluşları arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amacı gerçekleştirmek için öncelikle literatür taraması yapılmış, buradan elde edilen bilgiler ışığında çalışma yürütülmüştür. Çalışmanın katılımcılarını Batı Marmara Bölgesinde yaşayan 2900 kişi (1503 erkek, 1397 kadın) oluşturmuştur. Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Kişisel İyi oluş İndeksi Yetişkin Türkçe Formu (KİÖİ-YF) kullanılarak çalışmanın verileri toplanmıştır. Ölçekler aracılığı ile toplanan veriler Regresyon ve Anova Analizleri ile incelenmiştir. Varyans analizlerinden elde edilen sonuçlarda, alkol kullanım miktarına göre katılımcıların psikolojik semptomlarına baktığımızda anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon alt ölçeklerinde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ama hostilete alt ölçeğimize baktığımızda alkol kullanımıyla anlamlı bir fark bulunmuştur. Alkol kullanım sıklığına göre kişisel iyi oluş düzeylerinin arasında negatif yönde bir anlamlı bir ilişki görülmüştür. Yani alkol kullanımı arttıkça kişisel iyi oluş düşmektedir. Yapılan analizlerinde ise cinsiyet, medeni durum, eğitim, yaş, çocuk sayısı, psikolojik semptom ve kişisel iyi oluş alkol kullanım sıklığına baktığımızda anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. Erkek olma ve evli olmanın alkol kullanımının artmasında etken olduğu, eğitimin artmasıyla alkol kullanımının arttığı, artan yaşla alkol kullanım sıklığının da arttığı, ailedeki çocuk sayısı arttıkça içilen alkolün azaldığı belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda alkol kullanım artışı psikolojik semptomların artmasına ve düşük kişisel iyi oluşa sebep olduğu saptanmıştır. Fakat alkol kullanım sıklığının mı psikolojik semptomların artmasını ve düşük kişisel iyi oluşa neden olduğu yoksa onların mı alkol kullanımını arttırdığı hakkında bir bilgiye ulaşamamıştır. İlerleyen çalışmalarda, farklı değişkenlerin de çalışmaya dahil edilmesi ve daha kapsamlı araştırmaların yapılması da önerilebilir.

Türkiye geneli çalışmamıza baktığımızda en çok, hemen hemen her gün alkol kullanımı olan bölge Batı Marmara bölgesidir. Batı Marmara bölgesine yönelik daha geniş çaplı güvenilir ve geçerli araştırmalar yapılabilir. Bağımlılığın git gide arttığı şu zamanlarda uzmanlar tarafından kişilere yönelik bilgilendirici seminerler ve psikoeğitim verilebilir. Alkol bağımlılığı tanı tedavisinde en önemli sorunlardan biride ek tanılardır.

Çünkü başka problemlerle beraber daha önemli hale gelebilir. Alkol bağımlılığını her yönde ele alınmalıdır. Her yıl 2,5 milyon insan alkole bağlı nedenlerden dolayı ölüyorlar. Ülkemizde de alkolü kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığıla ilgili ciddi çalışmalar yapılmalı ve devlet politikası olarak ele alınmalı.



6.KAYNAKLAR

- Andrews, F. M., & Robinson, J. P. (1991). Measures of subjective well-being. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of social psychological attitudes, Vol. 1. Measures of personality and social psychological attitudes*. Academic Press, 61-114.
- APA (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR).
- Aygen M., & Açık Y. (2014). Elazığ İlinde Gençlerde Şiddete Bařvurma Ya Da Maruz Kalma Sıklığı, Etkileyen Faktörler Ve Öfke İle İlişkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 3 (3), 8-17.
- Baski, Y. (2018). *İstanbul Üniversitesi Suça Sürüklenen Çocuklarda Baėlanma, Davranış Problemleri Ve Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Sosyal Hizmet Disiplini Çerçevesinde Değerlendirilmesi (Tekirdağ Çocuk Mahkemesi Örneği)*. İstanbul: Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Cerrahpařa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Bayar, R., & Yavuz, M. (2008). Alkol Bağımlılığı. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpařa Tıp Fakóltesi*. İstanbul.
- Coşkun, F., Karadağ, M., Ursava, A., & E. E. (2010). Öėretmenlerin Sigara içme Alışkanlıkları ve Yeni Yasaya Bakışları. *Solunum Dergisi*, 12(3), 119-124.
- Çakmak, D., & Saatçioğlu, Ö. (2005). Bağımlılık ve Komorbidite: Giriş. Bağımlılık ve Komorbidite. Özgöl Matbaacılık.
- Çöpür M., Eryılmaz A., & Çakmak D. (2014). Alkol, Madde Kullanımı ve Yasal Sorunlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 30(Ek sayı 2),84-88.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-being: The Science of Happiness and A Proposal for A National Index. *American Psychologist*, 55, 34-43.

- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Dişsiz, M. (2015). Alkol Bağımlılığı ve Yaşam Kalitesi. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 1(2), 91-95.
- Doğan, T. (2006). Üniversite Öğrencilerinin İyilik Halinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30, 120-129.
- Elkin N., & Karadağlı F. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Öfke İfade Tarzı ve İlişkili Faktörler. *Anadolu Kliniği*, 2(1), 64-71.
- Emeç, H., & Gülay, E. (2007). Alkol Tüketimi ve Alkol Tüketiminde Sosyo- Demografik Değişkenlerin Etkisi Üzerine Ekonometrik Model Uygulaması. *Türkiye Ekonometri ve İstatistik Kongre Bildiri Kitabı*. Malatya.
- Eneçcan, F. N., Şahin, E. M., Erdal, M., Aktürk, Z., & Kara, M. (2011). Edirne Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(6), 687-700.
- Erden, D. (2005). Farklı Yetşme Koşullarının Aleksitimi, Depresyon ve Psikiyatrik Belirtilerle İlişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8, 60-66.
- Erol, İ. (2014). *Beykent Üniversitesi Sağlık Çalışanlarında Obezite Düzeyi Değerlendirilmesi (Kırklareli Örneği)*. İstanbul: İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisansı, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ertek, İ. (2015). *Gazi Üniversitesi Alkol Bağımlılarında Ve Yakınlarında Yaşam Kalitesi Ve Ağrı Algısının İncelenmesi*. Ankara; Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi.
- Gökulu G., Uluocak Ş., Aslan C. & Blir O. (2014). Çanakkale Merkezinde 65 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(34), 666-677.

- Haşin, D. S., Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Grant, B. F., Liu, S. M., & Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college- attending peers: Results ffrom the national epidemiologic study on alcohol and related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 65(12), 1429-1437.
- Itıntoprak, E., Akgür, A., Yüncü, Z., Sertöz, Ö., & Coşkunol, H. (2008). Kadınlarda Alkol Kullanımı ve Buna Bağlı Sorunlar. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 197-208.
- İlhan, T. (2011). Üniversite öğrencilerinin yaşam amaçları ve madde kullanımı, XVIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı.
- İnce A., Doğruer Z., & Türkçapar M. H. (2002). Erken ve Geç Başlangıçlı Erkek Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik, Klinik ve Psikopatolojik Özelliklerin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 5, 82-91.
- Köknel, Ö. (1998). Bağımlılık. İstanbul: Altın Yayınevi.
- Kültür, S. E., Ünal, M. F., & Özusta, P. Ş. (2006). Alkol bağımlılığı olan babaların çocuklarında psikopatoloji. *Turk Psikiyatri Derg*, 17(1), 3-11.
- Meral B. F. (2014). Kişisel İyi Oluş İndeksi-Yetişkin Türkçe Formunun psikometrik özellikleri. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 2(2), 119-131.
- Ögel, K., & Liman, O. (2001). *Gençlerde madde kullanım yaygınlığının ve özelliklerinin değerlendirilmesi*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K. (2014). *Bağımlı Aileleri için Rehber Kitap Alkol, Uyuşturucu, Bilgisayar, Sigara ve Diğer Bağımlılıkları Olanların Yakınlarına Bilgiler*. İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları.
- Ögel, K. (2017). *Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Öncü F., Ögel K., & Çakmak D. (2001). Alkol Kültürü-1: Tarihsel Süreç ve Meyhane Kültürü. *Bağımlılık Dergisi*, 2(3),133-13.
- Özcan B. & Sever S. (2017). Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Alkol Kullanımı ve Çeşitli Kriterlere Göre Analizi. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(1),261-276.

- Özden S. Y. (2015). *Alkolizm Sebepleri ve Sonuçları*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Öztürk, F. (2000). *Alkol Bağımlıları ve Opiyat Bağımlılarında Panik Bozukluğu Yaygınlığının Araştırılması ve Karşılaştırılması*. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Öztürk, A., & Çetinkaya, R. S. (2015). Eğitim fakültesi öğrencilerinin öznel iyi oluş düzeyleri ile tinsellik, iyimserlik, kaygı ve olumsuz duygu düzeyleri arasındaki ilişki. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 42, 335-356.
- Pektaş, Ö., Kalyoncu, A., Mırsal, H., & Beyazyürek, M. (2001). Alkol Bağımlılığında sosyodemografik değişkenler, klinik özellikler ve tedavi sonuçlarının cinsiyetler arasındaki farklılıklarının incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 2(1), 25-29.
- Pitkaned, T. (1999). Problem drinking and psychological well-being: a five-year follow-up study from adolescence to young adulthood. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40, 197-207.
- Phillips R. (2016). *Alkol Tarihi*. İstanbul: Maya Kitap.
- Savaşan A., Engin E., & Ayakdaşı D. (2013). Bir Amatem Kliniğinden Taburcu Olan Bağımlı Hastaların Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Nüks Durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 75-79.
- Spanagel R., Zink M., & Sommer W. H. (2013). Neurobiology of Alcohol Addiction. *Neuroscience in the 21st Century*, 2745-2773. DOI 10.1007/978-1-4614-1997-6_107.
- Sorias, S. (1998). *Kişilik Bozuklukları*. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Şahin N H. & Durak A. (1994). Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk Gençleri İçin Uyarlaması. *Türk Psikolojisi Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Tanrıverdi G. & Şıpkın S. (2008). Çanakkale'de Sağlık Ocaklarına Başvuran Kadınların Eğitim Durumunun Şiddet Görme Düzeyine Etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 13(3), 183-187.

- Tarhan, N. (2007). *Mutluluğun Psikolojisi: Stresi Mutluluğa Dönüştürmek*. İstanbul: Timaş.
- Tarhan, N. & Nurmedov S. (2011). *Bağımlılık: Sanal veya Gerçek Bağımlılıkla Başa Çıkma*. İstanbul: Timaş.
- Tekir Ö., Yaşar Ö., Çevik C., Dikoğlu M. & Özsezer Kaymak G. (2018). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Depresyon ve Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1),15-21.
- Türkiye İstatistik Kurumu. <https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/> adresinden Haziran 2019 tarihinde veriler alınmıştır.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2012). *Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*.
- Uçan A., & Kıran Kesen B. (2015). Ergenlerin Öznel İyi Oluşlarının Toplumsal Konum İle İlgili Risk Alma Değişkenine Göre İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(2), 288,299.
- Uluğ, B. (2007). *Alkol Kullanımı ile İlgili Bozukluklar*. İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.
- Ulukoca N., Gökgez Ş., Karakoç A. (2013). Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4), 230-234.
- Uzbay, İ.T. (2009). Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler Ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *Türk Eczacıları Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*,5,5-15.
- Uzbay, İ.T. (2015). *Madde Bağımlılığı Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık Yapan Maddeler*. İstanbul: İstanbul Kitap Evi.
- Ülger Z., Acar C., & Torun P. (2015). Türkiye’de Okullarda Alkol Kullanımı Konusunda Yapılan Araştırmalar Yeterli mi? *The Turkish Journal on Addictions*, 2(1), 85-112.
- Ünal, M., & Özpoyraz, N. (1997). Alkol Kullanımı İle İlişkili Bozukluklar. Psikiyatri Temel Kitabı. *Hekimler Yayın Birliği.*, ss. 265-299.

Word Health Organization regional office for Europe.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/160738/Turkey-alcohol-profile.pdf adresinden Haziran 2019 tarihinde veriler alınmıştır.

WHO (2018). Global Status Report on Alcohol and Health.

Yapıcı, A. (2006). Alkol Bağımlılığında Depresyon Ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi.

Yıldırım B., Engin E. & Yıldırım S. (2011). Alkol ve Madde Bağımlılarında Yalnızlık ve Etki Eden Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1),25-30.

Yılmaz, M. E. (2007). *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Öğrencilerinde Alkol, Sigara Kullanımı ve İlişkili Olduğu Etmenler*. Van: Psikiyatri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yılmaz A., Can Y., Bozkurt M. & Evren C. (2014). Alkol ve Madde Bağımlılığında Remisyon ve Depreşme. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 6(3),243-256.

Zima T. (2018). Alcohol Abuse. *The Journal of the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 29(4), 285-289.

7.EKLER

Ek 1: Sosyodemografik Form

Sosyodemografik Soru Formu

Tarih:

Görüşmeye başladığımız saati Aşağıya Lütfen Yazınız. Teşekkürler (Örn: 12:34 Şeklinde olacaktır)

Görüşmeye Başlanan Saat: _____:

1. Cinsiyetiniz? Kadın () Erkek ()

2. Doğum yılınız:

3. Kaç kilosunuz?Kg

4. Boy uzunluğunuz nedir?cm

5. Eğitim durumunuz nedir?

Okur Yazar değil () Okur Yazar ()

İlkokul Mezunu () Ortaokul Mezunu ()

Lise Mezunu () Üniversite () Yüksek Lisans ()

5. Medeni Durumunuz Nedir?

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

6. Çocuğunuz var mı? Varsa kaç çocuğunuz var?

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

7. Yılın büyük bölümünü geçirdiğiniz hanede kaç kişi yaşıyorsunuz?

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Alkol Kullanıyor musunuz?

Evet () Hayır () Bıraktım ()

13. Ne Sıklıkla Alkol Alıyorsunuz? Eğer Kullanmıyorsanız cevaplamayınız.

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

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

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

15. Hiç psikiyatriste gittiniz mi?

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

15. Ruhsatlı yada Ruhsatsız Silahınız var mı? ()

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

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

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

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

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

- Görme Engelli ()
İşitme Engelli ()
Zihinsel Engelli ()
Ortopedik Engelli ()
Kronik Hastalık ()

Herhangi bir Engelim Yok ()

Ek 2: Kısa Semptom Envanteri

KSE

Aşağıda insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle değerlendiriniz. Değerlendirmenizi uygun cevap önündeki yuvarlak üzerine çarpı (X) koyarak işaretleyiniz.

	Neredeyse hiçbir zaman	Bazen	Yaklaşık Yarı yarıya	Çoğun zaman	Neredeyse Her zaman
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7 Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8. Meydanlık(açık) yerlerden korkma duygusu.					
9. Yaşamınıza son verme düşüncesi.					
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi.					
11. İştahta bozukluklar.					
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular.					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları.					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme.					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme.					
16. Yalnızlık hissetme.					
17. Hüzünlü, kederli hissetme.					
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak.					
19. Kendini ağlamaklı hissetme.					
20. Kolayca incinebilme , kırılma.					
21. İnsanların sizi sevmediğini, size kötü davrandığını inanma.					
22. Kendini diğer insanlardan daha aşağı görmek.					

	Neredeyse hiçbir zaman	Bazen	Yaklaşık Yarı yarıya	Çoğun Zaman	Neredeyse Her zaman
23. Mide bozukluğu, bulantı.					
24. Diğer insanların sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu.					
25. Uykuya dalmada güçlük.					
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek.					
27. Karar vermede güçlükler.					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma.					
29. Nefes darlığı , nefessiz kalma.					
30. Sıcak, soğuk basmaları.					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak.					
32. Kafanızın bomboş kalması.					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar.					
34. Hatalarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi.					
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları.					
36. Dikkati bir şey üzerine toplamada güçlük.					
37. Bedenin bazı bölgelerinde , zayıflık, güçsüzlük hissi.					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme.					
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler.					
40. Birini dövme, ona zarar verme yaralama isteği.					
41. Birşeyleri kırma , dökme isteği.					
42. Diğer insanların yanında iken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak.					
43. Kalabalıklardan rahatsızlık duymak.					
44. Başka insanlara hiç yakınlık duymamak.					
45. Dehşet ve panik nöbetleri.					
46. Sık sık tartışmaya girmek.					
47. Yalnız kalındığında sinirlilik hissetme.					
48. Başarılarınıza rağmen diğer insanlardan yeterince takdir görmemek.					

	Neredeyse hiçbir zaman	Bazen	Yaklaşık Yarı yarıya	Çoğun	Neredeyse Her zaman
49. Kendini yerinde duramayacak kadar tedirginlik hissetmek.					
50. Kendini değersiz görme duygusu.					
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu.					
52. Suçluluk duyguları.					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri.					



Ek 3: Kişisel İyi Oluş İndeksi-Yetişkin Formu

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

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