

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



ALKOL-MADDE BAĞIMLISI BİREYLERDE
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA VE BENLİK
SAYGISI; ELAZIĞ RUH SAĞLIĞI ve
HASTALIKLARI HASTANESİ AMATEM ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Hasan UZUN

HAZIRLAYAN
Kübra ALBAN

ELAZIĞ-2018

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**ALKOL-MADDE BAĞIMLISI BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALAMA VE BENLİK SAYGISI; ELAZIĞ RUH SAĞLIĞI ve
HASTALIKLARI HASTANESİ AMATEM ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Hasan UZUN

HAZIRLAYAN
Kübra ALBAN

Jürimiz,.....tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonunda bu yüksek lisans tezini oy birliği/oy çokluğu ile başarılı saymıştır.

Jüri Üyeleri:

- 1.
- 2.
- 3.

F. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun.....tarih ve..... sayılı kararıyla bu tezin kabulü onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ömer Osman UMAR
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

ÖZET**Yüksek Lisans Tezi****Alkol-Madde Bağımlısı Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı;
Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Amatem Örneği****Kübra ALBAN****Fırat Üniversitesi****Sosyal Bilimler Enstitüsü****Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı****Elazığ-2018, Sayfa: XIV+105**

Stigmatizasyon (Damgalama, Etiketleme), toplum tarafından “farklı” görülen kişilere bilinçli veya bilinçsiz olarak yapılan ötekileştirme ve toplumdan uzaklaştırma eğilimi göstermek olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle ruhsal hastalıklara (madde bağımlılığı da dahil olmak üzere) yönelik yapılan Stigmatizasyon (Damgalama, Etiketleme), hem hastayı hem de hasta yakınlarını olumsuz etkilemektedir. Toplum tarafından Stigmatizasyona (Damgalama, Etiketleme) maruz kalmak istemeyen hasta ve hasta yakınları, var olan hastalığı saklama eğilimi göstermektedir. Bu durum ise hasta bireyin tedaviyi kabul etmesini ve tedavi edilmesini zorlaştırabilmektedir.

Günümüzde Madde bağımlılığı, hem dünyada hem Türkiye’de ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Her ne kadar madde bağımlılığının nedenlerine yönelik kesin etkenler söylenilemezse de madde bağımlılığının olası etkenlerinden bahsedilebilmektedir. Madde bağımlılığının “ömür boyu süren bir beyin hastalığı” tanımı göz önünde bulundurulduğunda durumun ciddiyeti daha net anlaşılabilir. Bu durum madde bağımlılığı konusundaki alınabilecek önlemlerin önemini ve gerekliliğini göstermektedir.

Bu bağlamda stigmatizasyon (damgalama, etiketleme), benlik saygısı ve madde bağımlılığının incelenmesi bu çalışmanın temel konusunu oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Stigmatizasyon (Damgalama, Etiketleme), Madde Bağımlılığı, Benlik Saygısı

ABSTRACT**Master Thesis****Alcohol-and Drug-Addicted Individuals Internalized Stigmatization and Self-Esteem Elazığ Mental Health Hospital, Amatem Example****Kübra ALBAN**

**The University of Firat
The Institute of Social Science
Health Management
Elazığ-2018; Page: XIV+105**

Stigmatizasyon (Stamping, Labeling), by the community “different” and seen as conscious or unconscious removal from the community made to show the trend of othering as we are introduced. Especially mental disorders (including substance abuse) Stigmatizasyon made (Stamping, Labeling), has a negative impact on not only the patient but also the patient's relatives. Stigmatizasyon by the community (Stamping, Labeling) patients and their relatives who do not want exposure to, shows the trend of existing storage disease. If this is the case, make it very difficult to accept and treat the patient's individual treatment.

Today, substance abuse, emerges as a serious problem both in Turkey and in the world. The definitive factors for the cause of drug addiction how to be told, the possible factors of substance abuse also can be mentioned. Substance abuse of “lifelong brain disease” definition, considering we can develop a clearer understanding of the severity of this condition. On the subject of substance abuse this indicates the importance and necessity of measures that can be taken.

In this context stigmatizasyon (stamping, labeling), self-esteem and forms the main subject of this study is the investigation of substance abuse.

Key Words: Stigmatizasyon (Stamping, Labeling), self-esteem, substance abuse

İÇİNDEKİLER

ÖZET	II
ABSTRACT	III
İÇİNDEKİLER	IV
TABLolar LİSTESİ	VII
ÖNSÖZ	XIII
KISALTMALAR	XIV
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. STİGMATİZASYON	3
1.1. Stigmatizasyon (Damgalama, Etiketleme) Nedir?	3
1.2. Damgalanmanın Türleri	6
1.3. Damgalamanın Kaynakları.....	8
1.3.1. Psikojenik	8
1.3.2. Ekonomik	8
1.3.3. Evrimsel.....	8
1.4. Kimler Damgalanıyor?.....	9
1.5. Damgalamada Medyanın Etkisi	10
1.6. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları ve Damgalama.....	11
1.7. Damgalamanın Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Yaşayan Kişiler Üzerindeki Etkileri Ve Sonuçları	11

İKİNCİ BÖLÜM

2. BENLİK KAVRAMI ve BENLİK SAYGISI	13
2.1. Benlik Kavramı	13
2.2. Benlik Saygısının Tanımı.....	13
2.3. Madde Bağımlılığı ve Benlik Saygısı Kavramı	14

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. MADDE BAĞIMLILIĞI ve TANIMI	15
3.1. Bağımlılığın Tarihçesi.....	16
3.2. Bağımlılıkta Temel Kavramlar	18
3.2.1. Entoksikasyon (Zehirlenme)	18
3.2.2. Tolerans	18

3.2.3. Çapraz Tolerans	18
3.2.4. Madde Kötüye Kullanımı	18
3.2.5. İptila.....	19
3.2.6. Kesilme veya Yoksunluk.....	19
3.3. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırılması.....	19
3.3.1. Sigara (tütün)	19
3.3.2. Alkol	20
3.3.3. Opiyatlar(Eroin, Afyon, Morfin, Kodein Vb.)	21
3.3.4. Uyarıcılar: Amfetamin, Kokain, Ecstasy, Kafein.....	23
3.3.5. Esrar ve Türevleri	25
3.3.6. Uçucu maddeler (Volatilehydrocarbons): Gazolin, Tiner, Benzen, Bally	25
3.4. Madde Kullanım Bozukluğu	26
3.5. Madde Kullanım Bozuklukları Yaygınlığı (Epidemiyoloji)	27
3.6. Madde Kullanım Bozuklukları Nedenleri (Etiyoloji)	30
3.6.1. Kalıtsal Etkenler	30
3.6.2. Kişilik	32
3.6.3. Sosyokültürel Etkenler	32
3.6.4. Psikolojik Etkenler	33
3.6.5.Aile	34
3.6.6. Başka Hastalıklar.....	35
3.6.7. Madde Kullanmaya Başlamada Önemli Diğer Etkenler	36
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	
4. ARAŞTIRMANIN METODU	37
4.1. Araştırmanın Uygulanması ve Veri Toplama Teknikleri.....	37
4.2. Çalışmanın Evren ve Örnekleme	38
4.3. Araştırmanın Analizi.....	38
4.4. Araştırmanın Hipotezleri ve Test Edilmesi.....	38
BEŞİNCİ BÖLÜM	
5. BULGULAR VE YORUMLAR	40
SONUÇ	88
KAYNAKÇA.....	92
EKLER	98
Ek 1. Orjinallik Raporu	98

Ek 2. Etik Kurul Onay Formu	99
Ek 3. Cooper Smith Benlik Saygısı Ölçeği	100
Ek 4. İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği	101
Ek 5. Anket.....	103
ÖZGEÇMİŞ	105



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hastaların Yaş Dağılımları	40
Tablo 2. Hastaların Medeni Durum Dağılımları	40
Tablo 3. Hastaların Eğitim Durumu Dağılımları	41
Tablo 4. Hastaların Mesleki Dağılımları.....	42
Tablo 5. Hastaların Sosyal Güvence Dağılımları.....	42
Tablo 6. Hastaların AMATEM de Tedavi Görme Dağılımları.....	43
Tablo 7. Hastaların AMATEM de Gördükleri Tedavi Sayılarının Dağılımları.....	43
Tablo 8. Hastaların Tedavi Nedenleri Dağılımları.....	44
Tablo 9. Hastaların Alkol-Madde Başlama Nedeni Dağılımları.....	44
Tablo 10. Hastaların Bağımlılıklarını Kabul Etme Dağılımları.....	45
Tablo 11. Hastaların Alkol-Madde Kullanım Süresi Dağılımları	46
Tablo 12. Hastaların Alkol-Madde Bırakma Girişimi Dağılımları	46
Tablo 13. Hastaların Tekrar Alkol-Madde Kullanma Nedenlerinin Dağılımları.....	47
Tablo 14. Alkol-Madde Bırakma Girişimi Olan Hastaların Tekrar Alkol-Madde Kullanmaya Başladıklarında Kullandıkları Maddenin Önceki Kullandıklarıyla Aynı Olma Dağılımları.....	47
Tablo 15. Hastaların Amatem Servisinde Gördükleri Tedavi Süresince Almış Oldukları S.A.M.B.A (Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı) Eğitimlerinin Taburculuk Sonrasındaki Hayatlarında Faydalı Olduğunu Düşünenlerin Dağılımları	48
Tablo 16. Amatem Servisinde Verilen S.A.M.B.A (Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı) Eğitimlerinin Faydalı Olmadığını Düşünen Hastaların Söyledikleri Sebeplerin Dağılımları	48
Tablo 17. Amatem De Hafta İçi Her Gün Yapılan Günaydın Toplantılarının Taburculuk Sonrası Hayatlarında Faydalı Olduğunu Düşünen Hastaların Dağılımları	49
Tablo 18. AMATEMde Hafta İçi Her Gün Yapılan Günaydın Toplantılarının Taburculuk Sonrası Hayatlarında Faydalı Olmadığını Düşünen Hastaların Belirttikleri Sebeplerin Dağılımları.....	49
Tablo 19. AMATEMde Uygulanan Tedavinin Yeterli Olduğunu Düşünen Hastaların Dağılımları	49
Tablo 20. AMATEMde Uygulanan Tedavinin Yeterli Olmadığını Belirten Hastaların Söyledikleri Nedenlerin Dağılımları	50

Tablo 21. AMATEM de Uygulanan Tedavide Hastaların Eksik Gördüğü Yönler Olup Olmadığının Dağılımları	50
Tablo 22. AMATEMde Uygulanan Tedavide Eksik Gördüğü Yönler Olduğunu Belirten Hastaların Belirttikleri Nedenlerin Dağılımları.....	51
Tablo 23. AMATEM Tedavi Sürecinde Hastaların Faydalandıkları Aktivitelerin Yararlı Olup Olmadığının Dağılımları	51
Tablo 24. AMATEM Tedavi Sürecinde Hastaların Faydalandıkları Aktivitelerin (Resim, Müzik, Spor Vb) Yararlı Olduğunu Düşünen Hastaların Belirttikleri Aktivitelerin Dağılımları	52
Tablo 25. Hastaların AMATEM Servisine Hangi Şehirlerden Geldiklerinin Dağılımları	52
Tablo 26. Hastaların Alkol-Madde Kullanımına Kaç Yaşında Başladıklarının Dağılımları	53
Tablo 27. Hastaları Alkol-Madde İle Tanıştıran Kişinin Yakınlık Derecelerinin Dağılımları	53
Tablo 28. Hastaların Kullandıkları Alkol-Maddeyi Nerden Temin Ettiklerinin Dağılımları	54
Tablo 29. Hastaların Kardeş Sayılarının Dağılımları.....	54
Tablo 30. Hastaların Kardeşleri Arasında Kaçınıcı Kardeş Olduklarının Dağılımları ...	55
Tablo 31. Hastaların Alkol-Madde Kullanmadan Önce Aile İlişkilerinin Nasıl Olduğunun Dağılımları	55
Tablo 32. Hastaların Alkol-Madde Kullandıktan Sonra Aile İlişkilerinin Nasıl Olduğunun Dağılımları	56
Tablo 33. AMATEM Tedavi Sürecinde Olmasını İstedikleri Şeylerin Dağılımları.....	56
Tablo 34. AMATEM Tedavi Sürecinde Olmamasını İstedikleri Şeylerin Dağılımları .	56
Tablo 35. “Olanlara Genellikle Bozulmam” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı ...	57
Tablo 36. “Sınıfın Önünde Konuşma Yapmak Bana Oldukça Zor Gelir” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	57
Tablo 37. “Eğer Gücüm Yetse Değiştirmek İsteyeceğim Pek Çok Özelliğim Var” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	57
Tablo 38. “Fazla Zorlanmadan Karar Verebilirim” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	58

Tablo 39. “Benimle Birlikte Olmak Zevkli Ve Eğlencelidir” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	58
Tablo 40. “Evdeyken Kolayca Canım Sıkılır, Moralim Bozular” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	59
Tablo 41. “Yeni Bir Şeye Alışmam Çok Zaman Alır” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	59
Tablo 42. “Yaşıtlarım Arasında Popülerim” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı ...	60
Tablo 43. “Annem ve Babam Genellikle Duygularımı Dikkate Alır” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	60
Tablo 44. “Genellikle Pek Direnmeden Kolayca Vazgeçme Gibi Bir Huyum Var” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	60
Tablo 46. “Benim Yerimde Olmak Oldukça Zordur” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	61
Tablo 47. “Hayatımdaki Her Şey Karmakarışık” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	62
Tablo 48. “Arkadaşlarım Genellikle Benim Fikirlerimi İzler” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	62
Tablo 49. “Kendime İlişkin Olumsuz Bir İmajım Var” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	62
Tablo 50. “Pek Çok Kere Evden Ayrılmayı (Kaçmayı) Düşündüm” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	63
Tablo 51. “Okuldayken Sık Sık Canım Sıkılır” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	63
Tablo 52. “Çoğu İnsan Kadar Güzel Görünüşlü Biri Değilim” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	64
Tablo 53. “Söyleyecek Bir Şeyim Olduğunda Genellikle Onu Çekinmeden Söylerim” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	64
Tablo 54. “Annem ve Babam Beni Anlayabiliyor” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	65
Tablo 55. “İnsanların Çoğu Benden Daha Çok Seviliyor” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	65
Tablo 56. “Çoğu Zaman Anne ve Babamın Beni Sanki Zorladıklarını Hissediyorum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	65

Tablo 57. “Okulda Çoğu Zaman Cesaretim Kırılıyor” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	66
Tablo 58. “Sık Sık Keşke Başka Birisi Olsam Diye Arzularım” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	66
Tablo 59. “Güvenilir Biri Değilim” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	67
Tablo 60. “Ruhsal Bir Hastalığım Olduğu İçin Kendimi Bu Dünyada Bir Yabancı Gibi Hissediyorum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	67
Tablo 61. “Ruhsal Hastalığı Olan Kişiler Saldırgan Olmaya Eğilimlidirler” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	68
Tablo 62. “Ruhsal Bir Hastalığım Olduğu İçin İnsanlar Bana Farklı Davranıyorlar” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	69
Tablo 62. “Reddedilmemek İçin, Ruhsal Hastalığı Olmayan Kişilere Yaklaşmaktan Kaçınıyorum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	69
Tablo 63. “Ruhsal Bir Hastalığım Olduğundan Dolayı Utanıyorum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	70
Tablo 64. “Ruhsal Hastalığı Olan Kişiler Evlenmemelidir” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	71
Tablo 65. “Ruhsal Hastalığı Olan Kişiler Topluma Önemli Katkılarda Bulunurlar” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	71
Tablo 66. “Kendimi Ruhsal Hastalığı Olmayan Kişilerden Daha Aşağı Hissediyorum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	72
Tablo 67. “Ruhsal Hastalığım Benim “Garip” Görünmeme Ya Da Davranmama Neden Olabileceğinden Dolayı Eskisi Kadar Sosyal Değilim” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	73
Tablo 68. “Ruhsal Hastalığı Olan Kişiler İyi ve Doyum Verici Bir Hayat Yaşayamazlar” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	74
Tablo 69. “İnsanları Ruhsal Hastalığımla Sıkmak İstemediğimden Dolayı, Kendi Hakkımda Fazla Konuşmam” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	75
Tablo 70. “Halk Arasındaki Ruhsal Hastalıklarla İlgili Olumsuz Düşünceler, Benim “Normal” Yaşamın Dışında Kalmama Neden Oluyor” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	75

Tablo 71. “Ruhsal Hastalığı Olmayan Kişilerle Birlikteyken, Kendimi Sanki O Ortama Ait Değilmiş ve Yetersizmişim Gibi Hissediyorum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	76
Tablo 72. “Ruhsal Hastalığı Açıkça Anlaşılan Biriyle Toplum İçinde Birlikte Görülmek Beni Rahatsız Etmez” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	77
Tablo 73. “Sırf Ruhsal Hastalığımın Dolayı İnsanlar Bana Sık Sık Ne Yapmam Gerektiğini Söyleyip, Sanki Çocukmuşum Gibi Davranırlar” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	78
Tablo 74. “Ruhsal Hastalığım Olduğu İçin Kendimden Memnun Değilim” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	78
Tablo 75. “Ruhsal Hastalığımla Olması Hayatımı Berbat Etti” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	79
Tablo 76. “İnsanlar Görünüşümden Ruhsal Bir Hastalığımla Olduğunu Anlayabilirler” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	80
Tablo 77. “Ruhsal Hastalığımın Dolayı Benimle İlgili Çoğu Kararı Başkalarının Vermesine İhtiyaç Duyarım” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	80
Tablo 78. “Ailemi ve Arkadaşlarımı Utandırmamak İçin Sosyal Ortamlardan Uzak Dururum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	81
Tablo 79. “Ruhsal Hastalığı Olmayanların Beni Anlamaları Mümkün Değildir” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	82
Tablo 80. “Sırf Ruhsal Hastalığımla Olduğu İçin İnsanlar Beni Göz Ardı Eder Ya Da Pek Ciddiye Almazlar” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	82
Tablo 81. “Ruhsal Hastalığımla Olduğu İçin Topluma Hiçbir Katkımla Olamaz” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	83
Tablo 82. “Ruhsal Bir Hastalıkla Yaşamak Beni Mücadeleci Bir İnsan Yaptı” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	84
Tablo 83. “Ruhsal Bir Hastalığımla Olduğu İçin Kimse Bana Yakınlaşmak İstemez” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	84
Tablo 84. “Genel Olarak, Hayatı İstediyim Şekilde Yaşayabiliyorum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	85
Tablo 85. “Ruhsal Hastalığıma Rağmen, İyi Ve Dolu Dolu Yaşadığım Bir Hayatım Var” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	86

Tablo 86. “İnsanlar Ruhsal Bir Hastalığım Olduğu İçin Hayatta Fazla Başarılı Olamayacağımı Düşünüyorlar” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı	86
Tablo 87. “Akıl Hastalarıyla İlgili Olumsuz Yaygın İnanışlar Benim Durumum Dikkate Alındığında Hiç De Yanlış Sayılmaz” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı.....	87



ÖNSÖZ

Stigmatizasyonun (damgalama, etiketleme) insan hayatındaki olumsuz etkileri kaçınılmazdır. Bireyin toplumla bütünleşmesi ve topluma kazandırılmasının önünde büyük engel teşkil eden Stigmatizasyon bireye yönelik en başarılı tedaviyi bile engelleyebilmektedir.

İnsanlık tarihi ile eşdeğer bir geçmişe sahip olduğu ve kullanıldığında bağımlılık yaptığı bilinen uyuşturucu maddelerin kullanılmasıyla madde bağımlılığı oluşmaktadır. Madde bağımlılığının tüm dünyada olduğu gibi Türkiye için de büyük bir sorun olduğu bilinmektedir. Bu sorunun boyutları ve korkutuculuğu gün geçtikçe artmaktadır. Bu soruna yönelik ciddi önlemler alınması gerekliliği bilinen bir gerçektir.

Bu çalışmada Stigmatizasyon, bağımlılık, benlik saygısı kavramları, uygulamalı bir çalışma ile irdelenmiştir.

Tüm eğitim hayatım boyunca başarı ve başarısızlıklarında destekleriyle yanımda bulunan, benden ilgi ve şefkatini esirgemeyen anneme ve babama, aynı zamanda bu çalışmamın hazırlanması sırasında; akademik danışmanım olarak vermiş olduğu destek ve yönlendirmeleri nedeniyle değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Hasan UZUN'a, tezimin hazırlanma sürecinde beni yalnız bırakmayan, daima yanımda olan, verdiği fikirlerle bana ışık tutan değerli nişanım Yakup KILIÇ'a ve anket veri giriş aşamalarında bana yardımcı olan kıymetli arkadaşım Eda EMÜL'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

KISALTMALAR

- AMATEM** : Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezi
- AMKB** : Alkol Madde Kullanım Bozukluğu.
- DSM V** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayısal El Kitabı IV).
- ESPAD** : Alkol ve Diğer Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi
- RFLP** : Restriction Fragment Length Polymorphism (Restriksiyon Parça Uzunluk Polimorfizmi)
- TUBİM** : Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
- UNODC** : United Nations Office on Drugs and Crime (Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi).

GİRİŞ

Madde - alkol kullanımı ve buna eşlik eden sorunlar insanlık tarihi kadar eskidir. 1960-1970'li yıllardan bu yana çok sayıda ve farklı formlarda uyuşturucu maddelerin daha kolay bulunabilir ve kullanılabilir olmasıyla, önceden var olan alkol, madde ve sigara kullanımına dair sorunlara yeni sorunlar da eklenmiştir (Çakmak vd., 1997:9).

Madde ve alkol bağımlılığı sadece bireysel olmayıp aynı zamanda sosyal sorunlara sebep olması nedeniyle toplum sağlığı için tehdit oluşturan büyük sorunlardan biridir. Madde bağımlılığı, hem bağımlı bireyin istihdam alanındaki kaybı, hem yasal olmayan davranışlarının sonucu cezaevine girmesi ve bu süreçteki deneyimlerinin olması, hem de bağımlılığın sebep olduğu birçok sağlık sorunları sebebiyle önemli anlamda bir ekonomik yükü beraberinde getirmektedir. Ayrıca bahsedilen nedenlerle alkol ve madde kullanımı, suça bulaşma, istihdam alanında yer edinememe gibi durumlar toplumu sosyal açıdan da etkileyen ve çeşitlilik gösteren sonuçlara neden olmaktadır (Çakmak vd., 1997:9). Toplumsal alana çeşitli yansımalarının varlığı görülen madde bağımlılığı bireysel anlamda damgalama sürecini tetiklemekte ve etkilemektedir.

Damgalama, bir kişi veya grubun, ruhsal hastalık, madde kullanımı, etnik grup, ya da fiziksel yeterliliğin olmaması gibi özelliklerine dayanılarak ayıplı ya da gözden düşmüş olarak olumsuz biçimde düşünülüp değerlendirilmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Damga bir birey veya topluluğun toplumda diğerleri gibi kabul edilmesini engeller, bu yaftayı taşıyan kişilerin daha az değer verilmesine, daha az istenilir olmasına ve hatta 'tam insan' (not quitehuman) olarak algılanmamasına sebep olur (Goffman, 1963:1-40).

Kendini veya içselleştirilmiş damgala(n)mada ise kişinin kendisi hakkında olumsuz kalıplaşmış düşünceleri ve tutumları vardır. Önyargılar davranışları da etkiler (mesela hevesli bir şekilde iş aramazlar). Duygusal tepkileri ise genellikle düşük benlik saygısını ve düşük özyeterlilik hissini içermektedir (Corrigan ve Watson, 2002: 16-20). "Kendi kendini damgalama" veya "içselleştirilmiş damga", etiketlenmiş bir topluluğa dahil kişilerin, damgalayıcı tavırları ve davranışları kendilerine döndürmelerine verilen addır. Kendini damgalama toplum tarafından etiketlenmeye bağlı olarak gelişir; kendini etiketleme ve stereotipi ile başlar ve sonuç olarak damgalanmış bireylerin davranışlarını

etkiler (Karagöl vd, 2013:99). Öyle ki zaman içerisinde kişi veya kişilerde benlik saygısı farklı boyutlara evrimleşmektedir.

Psikoloji literatüründe benlik saygısı kavramı üzerine ilk çalışma yapan ve benlik saygısı kavramını ilk kez tanımlamış kişi olarak bilinen James'a göre benlik saygısı, bireyin kendini ne derecede başarılı gördüğü ile bu başarısına verdiği değer arasında yaptığı değerlendirmedir (Koçak, 2008; Gürel ve Yılmaz, 2009). Benlik saygısı, bireyin kendisini yetenek, önem, başarı ve önemsenen biri olma gibi açılardan kendine verdiği değer ve kendisini yeterli biri olarak görme konusunda olumlu bireysel özellik olarak kabul edilmektedir (Temel ve Aksoy, 2001).

Halkın, alkol madde bağımlısı bireylere yönelik olumsuz düşüncelere sahip olduğu bilinen bir gerçektir. Bu nedenle damgalama eğilimini ve onu etkileyecek etmenleri araştırmak son derece önemlidir. Psikiyatrik bir bozukluk olmasına rağmen alkol ve madde bağımlılığı diğer bozukluklardan ayrı tutulmakta ve daha fazla damgalanmaktadır. Alkol ve madde bağımlılığına yönelik damgalamanın diğer ruh sağlığı problemlerine yönelik damgalamadan fazla olmasına rağmen, damgalama alanında yapılan çalışmaların çoğu diğer ruhsal bozukluklar üzerinde odaklanmıştır.

Yapılan literatür taraması sonucunda ülkemizde alkol ve madde kullanan bireylerde içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısının ölçülmesi ile ilgili yapılan çalışmalara rastlanılmamış olup, damgalamanın sadece toplum düzeyinde yapılmış olması dikkat çekmiştir. Alkol ve madde bağımlılığı konusunda toplumdaki yanlış bilgilerin ve önyargıların düzeltilmesi, damgalamayla mücadele eğitimlerinin düzenlenmesi ve daha pozitif yaklaşımların oluşması için öncelikli olarak bağımlı bireyin davranışlarının ve bunu etkileyen faktörlerin araştırılması ve bulunması gerekmektedir.

Bu nedenle bu çalışmada alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış bireylerin içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. STİGMATİZASYON

1.1. Stigmatizasyon (Damgalama, Etiketleme) Nedir?

Damga (stigma), her ne kadar sözcük olarak “delik, delmek, yara, iz” anlamında kullanılsa da, bugün genellikle “kara leke” anlamına gelecek biçimde kullanılmaktadır. Damga sözcüğü bu anlamda ortaçağda suç işleyen bireylerin suçluluğunun simgesi olarak kızgın demirle dağlanmalarından sonra kullanılmaya başlanmıştır. Böylece “damga”, birey veya topluluk için utanılması gereken bir olayın var olduğu veya normal olarak değerlendirilmeyen, kabul edilebilirliğin olmadığı bir işareti olarak görülür olmuştur. Damgalama davranışı ile etiketlenen birey ya da topluluğun diğer bireylerle aynı olmadığı vurgulanmakta ve bu farklılık sebebiyle de yaftalı kişiler çeşitli olumsuz özelliklerle nitelendirilmektedir. Bu şekilde birtakım olumlu olmayan özelliklerle nitelenerek damgalanan kişiler sonrasında sosyal ortamlardan uzaklaştırılır, izole edilir, görünmez kılmak için çaba gösterilir ya da yok olması için kendi haline bırakılır (Taşkın, 2007:17). Etiket (damga, stigma) ifadesi, birey ya da grubun değer gösterilmesini tehlikeye sokan, diğer insanlar tarafından istenilir olmamaya ya da utanılmaya sebep olan, saygınlığı yitiren, değer görülmesinden yoksunlaştıran bir kara leke, çekinilmesi gereken bir durum, diğerlerince kabul edilmezliğin yani ötekileştirilmenin simgesi olarak tanımlanmaktadır (Korkmaz, 2013:10). Etiketlenen ve ardından damgalanan hastalar, toplum tarafından oluşturulan tehlikelilik inancı nedeniyle reddedilmeye maruz kalırlar. Damgalamanın amacının ve sonucunun ayırmak, ötekileştirmek ve dışlamak olduğu söylenilebilir.

Taşkın'a (2007:17-30) göre; bireye hastalık tanısının konulmasıyla birlikte etiketleme sürecini başlatmaktadır. Etiketleme ise sonrasında damgalamaya sebep olmaktadır. Özellikle psikiyatrik hastalık tanıları kişinin damgalanması için yeterlidir. Psikiyatrik hastalık tanısı almış birey anormal davranışlar göstermezse bile toplum o bireyi farklı görme ve bireye karşı sosyal mesafe koyma eğilimi göstermektedir. Bu nedenden dolayı psikiyatrik tanı almış olan bir hasta, aldığı tanının ardından kendini kötü hissetmektedir. İkişik (2008:9) ise damgalama (“etiketleme” veya “stigmatizasyon”) sürecini bazı hasta gruplarına karşı, toplumdaki bireylerin bu hastalara tavır alması, farklı davranması, onları toplumdaki dışlamasına kadar giden

davranışlar olarak görmektedir. Pek çok toplumda yaftalama, ilk başta, akıl sağlığı yerinde olmayan kişilere karşı geliştirilmiştir. Bazı araştırmacılar tarafından damgalama; “daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi idrak edilmemesi” olarak tarif edilmektedir.

Damgalama, bireyin içinde yaşadığı çevrenin “normal” olarak kabul edilen standardın dışında düşünülmesi sebebiyle, toplumda bulunan diğer bireyler tarafından, damgalanan kişinin değer görebilirliğini zedeleyen bir atıfta bulunulmasıdır (Bilge ve Çam, 2010:71). Damgalama bireyleri ötekileştirerek onları toplumdan uzaklaştırmaya sebep olmaktadır. Damgalama kimi bireyler tarafından kendilerinde içselleştirilerek diğer insanlardan daha değersiz olduklarını kabul etmelerine sebep olmaktadır. Etiketlenen bireylerde oluşan bu içselleştirme birçok psikiyatrik hastalığın tedavisini önleyici etkide bulunmaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011:136).

Damgalama eğilimi değerler toplumundan ziyade, bireyler arasında korku anlayışının daha hakim olduğu toplumlarda oluşmaktadır. İnsan topluluklarının tarihine bakıldığında ötekileştirmenin ilk çağlardan itibaren süregelen bir olgu olduğu söylenebilir. Etiketleme ifadesi bireylere ve toplumlara zarar veren bir süreçtir (Yaman ve Güngör, 2013:251-270). Hastalığın tanısı ne olursa olsun bireyin, çevresindeki kişiler tarafından damgalanması bireyin (Çam ve Bilge, 2013:91-101) ve yakınlarının hastalığı gizleme ve hasta kişinin tedavi edilmesinden kaçma davranışı göstermelerine neden olmaktadır.

Öte yandan alkol madde bağımlısı bireylerin kendilerine ve yakınlarına yönelik etiketleme yapılmaktadır. Toplumda görülen bu etiketleme bağımlı bireyin topluma kazandırılmasını zorlaştırmaktadır. Bağımlılık tedavisi gören birey tedavisinin bir parçası olan ve kullanmak zorunda olduğu ilaçları kullanırken de çevresi tarafından etiketlemeye maruz kalmaktadır (Tel ve Ertekin, 2012:61-66). Toplumda çeşitli gerekçelerle etiketlenmek ve olumlu olmayan önyargılara maruz kalmak, çoğunlukla stresin egemen olduğu bir hayatı ifade eder. Etiketlenmiş kişiler, kendilerini önemli olmayan ve değersiz biri olduklarını hissederek böyle bir sosyal kimliğe bürünürler. Ayrımcılık ve ötekileştirmek damgalanmanın en olumsuz sonuçlarındandır ve damgalanan kişiler hak ve çıkarlarından mahrum bırakılırlar (Soygür ve Özalp, 2005:74-80). Toplumda alkol ve madde bağımlısı bireylere yönelik damgalamalar da bulunmaktadır. Alkol madde bağımlılık tedavisi gören bireylerin tedavileri

tamamlandıktan sonra özellikle küçük şehirlerde yaşayanlar iş bulma konusunda damgalanma nedeniyle zorluk çektiklerini belirtmişlerdir.

Madde ve alkol bağımlısı bireylere (birçok ülke de tütün hariç) yönelik damgalamalar çoğunlukla; ahlaki yönden değersizlik, benlik zayıflığı, kişilik bozukluğu, suça bulaşma eğiliminin yüksek olması gibi olumlu olmayan düşünceler ve yargılar biçimindedir. Ülkemizdeki insanlar tarafından da alkol ve madde bağımlısı kişilere yönelik bahsi geçen damgalamalar yapılmaktadır. Alkol madde bağımlısı hastaları olan hasta yakınları, hastalarının sahip olduğu bağımlılığı benlik sorunu ve ahlaki açıdan bozukluk olarak görmektedirler (Arıkan, Genç ve arkadaşları, 2004:52).

Bağımlılık yapan maddelerin kullanım sıklığının bütün Dünya’da çok fazla olduğu bilinmektedir. Sigara ve alkol gibi yasal olan maddelerle yasal olmayan diğer çeşitli maddelerin kullanımının geçmişten günümüze devam eden ve çok eskiye dayandığı düşünülmektedir. Madde ve alkol kullanımı sadece sağlık ya da ruhsal yönden değil, toplumu kültürel, sosyoekonomik ve hukuki açılardan da etkilemektedir. Bu nedenle alkol madde kullanılmasına yönelik davranış ve etiketlemede önemli değişiklikler görülebilmektedir. Alkol ve madde kullanan bireylerin girdiği farklı durumlar, bağımlı bireylere karşı takınılan davranışların olumsuz veya olumlu olmasını şekillendirmektedir. Örneğin, alkol madde kullanan bireyler kullanımı bıraktınca toplum tarafından onaylanmaktayken kullanmaya devam edenler ise lanetlenmektedir. Ögel (2004:2) madde bağımlısı bireylerin damgalanması ile akıl sağlığı bozukluklarının damgalanmasının ayırımına varılmasının zor olduğunu ifade etmektedir. Ancak diğer taraftan araştırmacıların bazıları, madde ve alkol kullanımının ruhsal hastalıklar grubunda bulunmasının damgalamanın bizzat kendisi olduğunu iddia etmektedir.

Yapılan araştırmalar madde ve alkol bağımlısı bireylere yönelik damgalamaların sağlık çalışanları (hekim ve hemşireler) tarafından yapıldığını da göstermiştir. Tıp literatüründe bağımlılığın yıllardır hastalık olarak bilinmesine rağmen doktorların büyük çoğunluğunun bunu hastalık olarak değil de ahlaki problem ve davranış sorunu olarak görme eğiliminde oldukları görülmüştür. Hekimlerin, madde kullanıcıların madde kullanmayı bırakmak istemediklerine ilişkin inanışlarının bulunduğu da görülmüştür. Psikiyatri uzmanlarının da etiketleme konusunda toplumu yansıttığı ileri sürülmektedir. Hekimler haricinde hemşirelerinde alkol madde bağımlısı bireylere karşı olumsuz tutumlara sahip olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada acil servislerde görev yapan hemşirelerin alkol madde bağımlısı bireyleri sorun çıkarıcı olarak görme

eğiliminde oldukları ve bağımlı bireylere hizmet sunma konusunda çekincelerinin olduğu bulunmuştur (Ögel, 2004:4).

1.2. Damgalanmanın Türleri

Damgala(n)manın iki türü olduğu belirtilmektedir bunlar: Toplumsal damgala(n)ma ve kendini damgala(n)madır (Tablo1) (Corrigan ve Shapiro, 2010:907-922). Toplumsal damgala(n)ma meslek gruplarının tutumu da dahil, genel nüfusun tutumlarını ifade eder. Kendini damgala(n)ma ise olumsuz kendilik algısını vurgular (Corrigan ve Watson, 2002:16-20).

Toplumsal damgala(n)ma tabulaşmış düşünceler üzerinde nüfusun büyük bir kısmı hem fikir olduğunda ortaya çıkar. Bu basmakalıp düşüncelerden bazıları; ruhsal hastalığı olan insanlar tehlikelidir (ne yapacakları öngörülemez ve potansiyel olarak şiddete yatkındırlar), ayıplıdırlar (ahlaklı bir kişilikten yoksundurlar) ve beceriksizdirler (çalışabilme ehliyetleri yoktur) şeklindedir. Toplumsal önyargılar, imkanlardan mahrum bırakma ("ruhsal hastalığı olan birini işe almama. Çünkü birlikte çalıştığı kişilere zarar verir"), kendi kararını vermesine engel olma ("bir otorite figürü kişinin hedefleri ile ilgili kararlar vermeli ve bu hedeflere ulaşmak için tedavinin şeklini belirlemeli"), ve diğer kişilerden ayırmayı (geçmişte bu kişiler bugün psikiyatrik getto olarak adlandırılabilen hastanelerde tutulurdu) içeren çeşitli ayrımcılık türlerini içermektedir (Corrigan ve Shapiro, 2010:907-922). Karagöl ve diğerlerine (2013:98) göre toplumsal damgalama, halkın belirli topluluklara karşı, grubun sahip olduğu bir takım özellik nedeniyle öncesinde olan, sayılılar temelli reaksiyonunu içermektedir. Örneğin, toplumda ruhsal hastalığa sahip kişiler uzak durulması gereken bireyler olarak görülüyorsa, bahsedilen hastalığa sahip özellikteki insanlardan uzak durma davranışı sergilenir.

Kendini veya içselleştirilmiş damgala(n)mada ise kişinin kendisi hakkında olumsuz kalıplaşmış düşünceleri ve tutumları vardır. Önyargılar davranışları da etkiler (mesela hevesli bir şekilde iş aramazlar). Duygusal tepkileri ise genellikle düşük benlik saygısını ve düşük özyeterlilik hissini içerir (Corrigan ve Watson, 2002: 16-20). "Kendi kendini damgalama" ya da "içselleştirilmiş damga", etiketlenmiş bir topluluğa dahil olan kişilerin, ötekileştirici tutumları ve davranışları kendilerine döndürmeleri olarak tanımlanır. Kendini damgalama toplum tarafından yapılan etiketlenmeye bağlı olarak gelişir; kendini damgalama ve stereotipi ile başlar ve bunun sonucunda etiketlemeye

maruz kalan kişilerin davranışlarını etkiler (Karagöl vd, 2013:99). Kendini damgala(n)ma nesnel bir etiketleme veya ayrımcılığa maruz bırakılma yöneliminden ayrı olarak psikiyatrik hastalığın tanısının konulmasının ardından hastanın bu etiketi de beraberinde alma olarak kendini göstermektedir. Başlıca kaynak kişinin kendisidir. Bu durumun hastanın yakın çevresinde ve bulunduğu toplumda da damgalama eğilimi varsa artacağı tahmin edilebilir. Klişeler, önyargı ve ayrımcılık her iki damgala(n)ma türünü destekleyen üç temel bileşen olarak tanımlanmıştır (Corrigan ve Watson, 2002:16-20).



1.3. Damgalamanın Kaynakları

1.3.1. Psikojenik

Bireyler çevrelerindeki insanların kötülüklerini istemezken, başkalarının içinde bulunduğu olumsuz durumları kendi hallerinin çok da kötü olmadığını görmek amacıyla kullanmak eğilimindedirler. Diğer yandan, özgüvenleri düşük olan ve çeşitli tehdit, çatışma ve başarısızlıklar yaşayan bireyler, farklı olarak gördükleri kişileri küçümseme ve aşağılama eğiliminde olmaktadır. Bu kendi yetersizliklerini saklamak için kullanılan bir çeşit savunma mekanizmasıdır. Bunun tersine özgüvenleri yüksek ve daha zeki kişilerin hastalara karşı daha olumlu yaklaşımlarının olduğu (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu, 2003:191) bulunmuştur.

1.3.2. Ekonomik

Ekonomik gelişim ve değişimlerin de yaftalama üzerine etkili olduğu iddia edilmektedir. Konuyla ilgili 1882–1930 yıllarında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde, en eski araştırma olan siyahların linç edilmeleri ile ekonomik indeks arasındaki ilişkidir. Zaman geçtikçe ve ekonomi kötüye gittikçe, daha fazla sayıda siyah linç edilmiş; ekonominin düzelmeye başlamasıyla iş olanakları artmış ve linç olayları azalmıştır. Günümüzde ötekileştirme linç etme ile karşılık bulmayabilir ama ayrımcılık çeşitli alan ve şekillerde varlığını sürdürmektedir (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu, 2003:191).

1.3.3. Evrimsel

Damgalamanın üreme ve yaşayabilmesini, ayrımcılığa sebep olan genetik faktörlere bağlayan araştırmacılar olmakla beraber, “genetik bir etkenin olmadığı yegâne durumdur” diyen araştırmacılar çoğunluktadır (İkişik, 2008:18). Kişiler, damgaladıkları hastalar konusunda olumlu bir örnek görseler de, fikirlerini çabuk değiştirmemektedirler. Hastanın iyi durumda olmasını, örneğin eğitilmiş olmasına, özenle tedavi edilmiş olmasına bağlarken, sıradan bir hastanın biraz kaba bir davranışı, büyük bir olumsuzluk olarak kabul edilmekte ve damgalanmaktadır. Çünkü insanlar olumsuz bilgiye, olumlu bilgiden daha çok değer verme eğilimindedir (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu, 2003:191). Alkol madde kullanan bireylerde bu maddeler zamanla zihinsel hastalıklara sebep olduğundan zihinsel hastalığın damgalanmasının oluşumuyla aynı süreç izlediği düşünülebilir.

Tablo 1. Zihinsel Hastalığın Damgalanmasının (stigma) Bilişsel ve Davranışsal Oluşumu

Yapısı	Tanımlar	Toplumun damgalamasının örnekleri	Kendini damgalamanın örnekleri
Bilişsel Stereotipler	Belirli bir toplumda yetişirken öğrenilen gruplar hakkındaki inanışlar	Dikkat: Zihinsel hastalıkları olan hastaların ne yapacağı belli olmaz. Şiddet gösterebilirler. Sorumlu: Zihinsel hastalıkları yüzünden suçlanması gerekenler kendileridir. Yeteneksiz: Ucuz ve basit işler dışında bir iş beceremezler.	Evet, ben tehlikeliyim, suçlanacak kişiyim, beceriksizim ve çocuk gibiyim. ...
Önyargılar	Gruplar hakkındaki hisler. N.B. Önyargının da duygusal yönleri vardır.	Hayırsever: Zihinsel hastalıkları olan insanlar çocuksu ve masumdur. Bu sebepten hedefleri ve tedavileri ile ilgili kararlar alırken bir otoriteye (ör. Ebeveyn veya psikiyatrist) ihtiyaçları vardır.	Özgüvensizlikten muzdarip olmak (normal bir hayatı hak eden birisi değilim) Öz etkinlik eksikliğinden çekmek (Normal bir hayatı başarabilecek birisi değilim)
Davranışsal Ayrımcılık	Önyargının davranışsal sonuçları	Fırsatların kaçırılması: Örneğin zihinsel hastalığı olan birini işe almayı reddetmek. Desteklememek: Zihinsel sağlık hizmetleri için devletin daha fazla maddi destek vermesini onaylamamak. Yetkinin alınması: Zihinsel hastalığı olan birini hayat hedefleri belirlemekten alıkoymak. İnsanları hizmete zorlamak. Ayrırma: İnsanları çevrelerinden uzaklaştırıp kurumlara yönlendirmek (ör. Kişiyi devlet hastanesine göndermek ya da insanları otobüsle psikiyatrik varoşlara göndermek.)	Neden Deneyeyim etkisini yaşamak İyi bir iş sahibi olmayı neden deneyeyim? Zaten buna değer biri değilim ki. Güzel bir dairede oturmayı neden deneyeyim ki? Zaten başaramam.

(Taşdemir, 2014:7).

1.4. Kimler Damgalanıyor?

Hangi maddeyi kullanan madde bağımlıları daha fazla etiketlenmektedir.

–Yasadışı maddeleri kullanan bireylerin daha çok etiketlendiği iddia edilmekte olup, yasadışı maddeleri kullanmanın diğer bir deyişle kanunlara ve yasalara başkaldırmak ve suça bulaşmak ile anlamdaş olarak görüldüğü belirtilebilmektedir.

Madde kullanımı daha çok olan bağımlı bireylerin daha çok etiketlenmelerindeki en büyük sebep, kendilerini kontrol edemiyor olmalarıdır.

–Yüksek sosyal ve ekonomik düzeyde olan madde kullanıcılarının damgalanmalarıyla, düşük sosyoekonomik düzeyi olan kullanıcıların damgalanmaları karşılaştırıldığında düşük sosyoekonomik düzeyde olan madde kullanıcılarının daha fazla damgalandıkları bildirilmiştir.

–Yaş özellikleri açısından damgalamanın genç ve yaşlı olan madde kullanıcılarına karşı daha fazla olduğu görülmektedir.

–Cinsiyet açısından, madde kullanan kadınlar daha sık damgalanmaktadır (Ögel, 2004:2).

1.5. Damgalamada Medyanın Etkisi

Alkol ve diğer maddelerin etkileri hakkında toplumun bu bilgilerin büyük çoğunluğunun medyadan edindiği bilinen bir gerçektir. Medyanın olaylardan bahsederken yaptığı yorumları, toplumu oluşturan bireylerin madde kullanımı ve bağımlılığı konusundaki davranışlarını da şekillendirmektedir. Medyada ve en önemlisi filmlerde alkol madde kullanıcılarının; hem kendi madde kullanımlarıyla, hem de toplumla mücadele eden trajik kahramanlar, toplumun yerleşik ve anlamsız kurallarına karşı gelen isyankarlar ve özgür ruhlar, abartılmış madde etkisi görülen ve genelde “olmayacak” nitelikte etkiler gözlenen komik madde kullanıcıları ve en fazla damgalanmanın olduğu sarhoş, saldırgan, katil, aptal, kaybeden kişi olarak gösterilen şeytani bağımlı olarak kategorize edilmiş stereotipilerin kullanıldığı dikkat çekmektedir (Ögel, 2004:3).

Yıllarca uçucu madde bağımlısı olan bireylerin, toplum tarafından kötü olarak kabul edilen davranışlarının defalarca medyada yayınlanması, alkol kullanımının sebep olduğu bir trafik kazasında direksiyonu başında can çekişen kişinin içinde bulunduğu anın her aşamasının medyada yer almasını başarı gören habercilik sistemi, toplumu bu konuda duyarsızlaştırmakta ya da şiddete karşı eğilimini güçlendirmektedir (Yılmaz, 2015:73). Bahsedilen durum sonucunda da toplumdaki bireylerde alkol ve madde bağımlısı her kişinin bu özelliklere sahip olduğu fikrini oluşturmakta bu da damgalamaya sebep olmaktadır.

1.6. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları ve Damgalama

Psikiyatrik bir bozukluk olmasına rağmen alkol ve madde kullanım bozukluğunun (AMKB) bazı özellikleri onu diğer bozukluklardan ayrı tutulmasına ve daha fazla damgalamasına yol açmaktadır. Bu özelliklerden biri AMKB'nin depresyon, bipolar bozukluk ya da şizofreni gibi başka psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülüp görülmemesidir. Ek bir psikiyatrik hastalık olmadığı takdirde AMKB tıbbi bir durumdan ziyade kişisel tercih gibi algılanmaktadır. Damgalanma teorilerine göre bu algı hastalığı toplum tarafından daha çok damgalanmasına yol açan özelliktir (Weiner, 1995:1).

Damgalama yönünden AMKB'nin diğer ruhsal bozukluklardan ayıran özelliklerden diğeri de şiddet ve suçla ilişkilendirilmesidir. Bazı maddelerin bulundurulması kendi başına suç olmakla beraber, madde ya da alkol etkisi altındayken de şiddet ve suç işleme olasılığı artmaktadır. Bu da damgalama olgusunda önemli rol oynayan insanların zarar görme korkusuyla sonuçlanmaktadır (Corrigan, 2005:71-75).

1.7. Damgalamanın Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Yaşayan Kişiler Üzerindeki Etkileri Ve Sonuçları

Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu (AMKB) öyküsü olan kişiler ruhsal ya da fiziksel bozukluğu olan kişilerden daha çok olumsuz değerlendirilmektedirler (Corrigan vd, 2001:293-309). Peter (2001:1) damgalamanın ayrımcılığa yol açtığını ve bu durumun da kişilerin tedavi kaynaklarına erişimlerini engellediğini ifade etmektedir. AMKB remisyonunda olan kişilerle yapılan çalışmanın sonuçlarına göre hastaların %63 ü utanç ve ayrımcılığın iyileşmelerini engellediğini ileri sürmüşlerdir.

Yıldırım ve diğeri (2012:1-12) ise damgalanma ve alkol bağımlısı hastalarda sosyal içe kapanma, düşük özsaygı, düşük kendilik değeri, dışlanmışlık hissi, depresyon ve olumsuz tedavi seyri gibi negatif etkilerin görüldüğünü söylemektedirler. Vardar da (2009:62-63) damgalanmanın bağımlı birey üzerindeki en önemli etkisinin etkili bir tedavi ve değerlendirme sürecinden mahrum bırakması olduğunu vurgulamaktadır. Damgalanma ayrıca bağımlının sosyal olarak izole olması, maddeyi kullanmayı sürdürmesi, işsizlik, evlilik sorunları yaşamasına sebep olmaktadır.

Ahlaki açıdan düşük değerlilik, kişilik zayıflığı, kişilik bozukluğu, suç eğilimli olarak damgalanan alkol ve madde bağımlılığı kişiye iş bulamama tehlikesi, toplum içindeki konum kaybı, toplumsal reddedilme, toplumda izole edilmeye maruz kalma,

yaralı kişilik, lekeli benlik düşüncesi gibi kişiye birçok alanlarda soruna yol açmaktadır (Cunningham vd, 1993:693-699).

John Together'in yaptığı bir çalışmada madde bağımlısı kişilerin çoğunluğuna iş verilmediği, veya çalıştıkları yerde ilerletilmedikleri, madde bağımlısı oldukları öğrenildiğinde işlerinden atılacakları veya işyerinde ötekileştirilmeye maruz bırakılacakları endişesi içinde olduklarını ifade etmişlerdir. (http://www.drugpolicy.org/docUploads/jto_discrimination.pdf).

Türkiye'de yapılan araştırmalarda madde bağımlıları arasında işsizlik oranının %12-38 arasında olduğu sonucuna varılmıştır. Madde bağımlılarının meslek sahibi olmama veya çalışmama oranının alkol bağımlısı kişilere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu veri işlevsellik ve yaşam kalitesindeki bozulmanın bağımlılık yapıcı maddenin türüne göre değişkenlik gösterebileceği düşüncesini oluşturmuştur (www.yeniden.org.tr). Tedavi, hastaların semptom ve işlevselliğini geliştirdikten sonra bile damgalama hastaların hayatlarını zorlaştırmaktadır (Link vd, 1997:177-190).

İKİNCİ BÖLÜM

2. BENLİK KAVRAMI ve BENLİK SAYGISI

2.1. Benlik Kavramı

Benlik, gerçekliği bilmek ve buna uyum sağlayarak, dışarıdan gelen uyarıcıların verdiği mesajları algılamak, hatırlamak, bu mesajlar üzerine düşünerek, belirli tanımları değerlendirebilmek, zor bir durumla karşılaşınca buna yönelik çözümler bulmak gibi çeşitli görevi yerine getirmektedir. Benlik Türk Dil Kurumu sözlüğünde, “Bir kimsenin öz varlığı, kişiliği, onu kendisi yapan şey, kendilik, şahsiyet” olarak ifade edilmektedir. Türk Dil Kurumu’nun Bilim ve Sanat Terimleri sözlüğünde ise benlik, “Bireyin ne olduğu, ne olmak istediği ve çevresi tarafından nasıl tanındığı konularındaki bilinçliliği” ve “Bireye çevresindeki olguları bilinçli olarak ayırt etme olanağı veren ve özü yalnızca insanın toplumsal ilişkilerinden oluşan kişilik kesimi” olarak tanımlanmaktadır (<http://www.tdk.org.tr>).

Literatürde benlik; akademik olmayan ve akademik benlik olarak ikiye ayrılmıştır. Akademik kategorisinde yer almayan benlik kavramı toplumsal, duygusal ve fiziki benlik olarak ayrılır. Akademik kategoride bulunan benlik kavramı fen, matematik, yabancı dil gibi alanları kapsar. Fiziksel benlik ise fiziksel yetenek ve fiziksel görünüm olarak ayrılır (Tözün, 2010:52-56). Benlik kavramı, kişinin kendisini nasıl gördüğü ve nasıl algıladığıdır. Benlik kavramı sadece kişinin kendisinin nasıl algıladığı değil, çevresinin onu değerlendirmesini de içerir. Kişiler, kişilik yapıları ve benlik kavramları çerçevesinde çevrelerini algılayabilmekte ve yorumlamaktadırlar (Kulaksızoğlu, 2004:103-135). Kısacası benlik, kişinin kendisini ve çevresini nasıl algıladığı ya da nasıl anlamlandırdığıdır.

2.2. Benlik Saygısının Tanımı

Psikoloji literatüründe benlik saygısı üzerinde bulunan ilk çalışmayı yapan ve bu kavramı ilk olarak tanımlayan kişi olarak bilinen James benlik saygısını, bireyin kendini ne derecede başarılı gördüğü ile bu başarısına yüklediği değerlilik arasında yaptığı değerlendirme olarak tanımlamaktadır (Koçak, 2008; Gürel-Yılmaz, 2009). Temel ve Aksoy (2001:) bu kavramı, kişinin kendini yetenekli, önemli, başarılı ve değerli biri

olduğunu düşünme düzeyi ve kişinin kendini bahsedilen yönlerden yeterli olarak değerlendirebilmesi şeklinde ifade edilmektedir.

Oktan (2010:544-556) ise benlik saygısı ile ilgili tanımlamalardan benlik saygısının genellikle üç anlamı ifade edeceği bilgisine varmaktadır. Bu anlamları; kendini kabul etme, kendini sevme ve yeterlilik olarak sıralamıştır.

Kısaca en büyük benlik saygısı yorumlayıcıları motive olmak ve hareketlilik (Doğan ve Eryılmaz, 2013:107-117).

2.3. Madde Bağımlılığı ve Benlik Saygısı Kavramı

Psikoloji literatüründe benlik saygısıyla alakalı araştırmalar 1980 lere uzanıp bununla ilgili temel kavramlardan biri şeklinde değerlendirilebilir (Tözün, 2010:52-56).

Benlik saygısının oluşmasında ve gelişme aşamasında; kişinin yapabileceklerini, kendine değer vermesi, başarısının olması, fiziksel özelliklerini kabullenmesi, fikir ve beceri yeteneklerini ortaya koyması ve sosyal çevresinde kabul edilmesi gibi faktörler önem taşımaktadır (Karadağ vd, 2008:29-42). Madde bağımlılığı; ergenlik dönemi için kritik rol oynaması ve madde kullanım yaşının giderek düşmesi nedeniyle ergenlik dönemine etkisi olan benlik saygısı kavramı ile yakından ilişkilidir (Uyanık ve Akman, 2004:175-183).

Benlik saygısı hususunda bilinen ünlü yazar Coopersmith benlik saygısını bireyin kendisiyle ilgili sürekliliği olan, kişinin kendine uygun olduğunu düşündüğü ya da düşünmediği bir takım özellikleriyle alakalı değerlendirmeleri şeklinde tanımını yapmış buna ek olarak kişinin tutum ve hareketlerini belirleyen, çevresinde iletişim halinde olduğu kişilerin bakış açılarından etkilenen, bireyin bir içsel kimliği olduğunu ifade etmiştir (Karadağ vd. 2008:29-42;Tazegül, 2013: 983-996).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. MADDE BAĞIMLILIĞI ve TANIMI

Madde bağımlılığı; maddenin kötüye kullanılması sonucunda bağımlılığa sebep olabilecek, çeşitli yöntemlerle kullanılan, kişinin beyin fonksiyonlarında farklılığa neden olan her çeşit kimyasal madde şeklinde tanımlanabilmektedir (Koçum, 2012:3). Bağımlılık, anlam yönünden çok kapsamlıdır. Genellenebilen anlamıyla bağımlılık cisme, bireye veya varlığa karşı hissedilen karşı konulamaz derecede isteme ya da bir başka iradenin kontrolüne girme şeklinde tanımlaması yapılabilmektedir (Uzbay, 2009:5). Bağımlılık, bir maddenin amacı dışında ve kullanılan maddeye yönelik gelişen tolere etme sonucunda, gitgide fazlalaşan ölçülerde kullanılması, alınan maddenin kişinin yaşamında sıkıntılar oluşturmaya rağmen madde alımının devam ettirilmesi ve madde alımı azaltılmaya başlandığında (Uğurlu, Şengül, 2012:37-50) veya kullanıma son verildiğinde yoksunluk sıkıntılarının baş göstermesi şeklinde tanımlanabilir.

Bireylerin duygu, davranış ve düşüncelerinde, olumlu olmayan değişimler ortaya çıkaran; tıpta ağrı kesme özelliği sebebiyle kullanılan ama ilk kullanımda bile bağımlılık oluşturma tehlikesi barındıran; kişi metabolizmasını pasifse eden: İnsanlarda maddi manevi kayıplara sebep olan, uyarıcı yönü bulunan üretilmesinin, kullanılmasının ve satılmasının kanunlar tarafından yasak olduğu doğal ve sentetik maddelere “uyuşturucu veya uyarıcı madde” denir (Özmen, 2009:10). Belli bir dozda kullanıldıklarında kişilerin sinir sistemlerini etkileyip psikolojik, fiziki ve akli dengelerinin bozulmasına neden olan, sosyal çevre ile birey içerisinde sosyal anlamda ve maddi sorunlara neden olan, alışkanlık ve bağımlılık yapıcı, kanunların üzerinde bulundurulmasının, kullanılmasının ve satışının bile yasaklandığı psikotrop, narkotik kelimeleriyle de ifade edilebilen maddeler; bağımlılık yapan maddeler olarak tanımlanmış ama zaman içinde bahsedilen maddelere, alınmasının, satılmasının ve bulundurulmasının yasal olan maddelerle bazı uyarıcı özellikli kimyasallarda eklenerek, böylece bağımlılık yapıcı maddelerin sınıfı ve kapsam alanı genişletilmiştir (Yılmaz, 2015:60).

Uyuşturucu maddeler, bireyin kullanımıyla bedene girince psikolojik, davranış yönünden ve fiziksel değişimlere sebep olup, bağımlılık oluşturabilen kimyasal maddelerdir. Yabancı dildeki kaynaklarda bahsedilen maddeler ilk başta “drug” olarak

adlandırılmıştır ama bu kelimenin ‘ilaç’ anlamında da kullanılması nedeniyle büyük bir sıkıntı olmuş ve tüm ilaçların drug kapsamı içine alınmasının doğru olmadığı fark edilmiştir. Son günlerde uyuşturucu özellikli maddeler “substance” olarak isimlendirilmektedirler (Ögel, 2012:3). Uyuşturucular içerisinde alkol ve sigara da dâhil olmak üzere birçok madde yer almaktadır. Genellikle insanlar tarafından sigara uyuşturucu madde olarak görülmemektedir. Ancak bağımlılık oluşturması nedeniyle sigara da bu kategoride yer almaktadır. Bu uyuşturucular; doğal, sentetik, yasal olan ya da yasal olmayan şekilde bulunmaktadırlar. Uyuşturucuların bazıları doğada bulunmaktadır, bazıları da çeşitli kimyasallarla elde edilmekte iken bir kısım maddeler de tamamen laboratuvar ortamında elde edilmektedir (Ögel, 2012:3).

Bağımlılık yapıcı maddeler, kullanan kişiye hem fiziksel ve ruhsal açıdan zarar veren hem de toplumsal açıdan tehlike meydana getiren maddelerdir. Bu maddelerin en belirgin özelliği ise toksin etkisinin bulunması, keyif verici olması ve bağımlılık yaparak sürekli kullanıma ve zamanla artan dozda alınma isteğinin hissedilmesine sebep olması olarak ifade edilebilir (Tuncer, 2007:14).

Dünyadaki kaynaklarda “bağımlılık” terimi, bedensel ve fizyolojik bağımlılık ile davranışsal sendrom olarak iki biçimde incelenilmiştir. Fizyolojik bağımlılık; tolerans ve maddenin vücuttan çekilmesi ile oluşan yoksunluk ile görülmekte olup, nöron sistemlerinde ortaya çıkan değişim şeklinde nitelenirken, davranışsal sendrom ise, içinde pek çok davranış içermiştir. Madde bağımlılığının temel özelliği, (madde kullanımı sonucu ortaya büyük sorunlar baş göstermesine rağmen) kullanılmasının devamlı bir şekilde olduğunu açığa çıkaran bedensel, davranışsal ve bilişsel belirtilerin ortaya çıkmasıdır (Yılmaz, 2015:60).

3.1. Bağımlılığın Tarihçesi

Uzbay'a (2009:5) göre “Madde kötüye kullanımı alt kültürünün başlangıcı insanlık tarihi kadar eskidir. Günümüzde dünyada ve ülkemizde etkili olan madde kötüye kullanımı alt kültürünü anlayabilmek için insanlık tarihi boyunca alt kültürlerin ortaya çıkış biçimlerini, gelişim süreçlerini, değişme ve yayılma özelliklerini iyi bilmek gerekir. Birçok alt kültürde olduğu gibi madde kötüye kullanımı alt kültürünün ortaya çıkma, gelişme ve yayılmasında bağımlılık yapan ve kötüye kullanılan bu maddelerin mitolojik öykülerde, efsanelerde, ilkel dinlerin yanı sıra Hıristiyanlık ve Yahudilik gibi tek tanrılı semavi dinlerde, edebi eserlerde ve şarkılarda yer almasının önemli bir katkısı

vardır. İnsanlığın başlangıcından günümüze kadar süren bu kültürel birikim toplumlarda madde kötüye kullanımına yatkınlık sağlayan bir ortak bilinç oluşturmuştur”.

İnsanlık tarihinde yazılı belgelerden bilgi bulabildiğimiz ilk madde alkoldür. İnsanlar alkolün hem gerginliği ve korkuyu gideren etkisini bulmuş hem de alkole kutsal bir değer yüklemişlerdir. Geçmiş dönemde alkolün ilk defa kullanımının fermente edilen bal ya da meyvelerin tüketilmesi yoluyla olduğu düşünülmektedir. Bilinçli bir şekilde üzüm fermantasyonu ve bu yöntemle alkolün elde edilmesine dair ilk bilgiler M.Ö. 6000’lerde şimdiki Ermenistan bölgesinde oluşmuştur. Eski Mezopotamya’ya ait reçete tabletlerinde şarabın ilaç şeklinde kullanımına yönelik yorumlanabilen bilgiler vardır. M.Ö. 4000 senelerinde Mısır’da bilinen şey arpadan bira yapılmasıydı. Şarabın yapılışı ve kullanımı ile ilişkili kurallar M.Ö. 2200 yıllara ait yazılı belgelerde Hammurrabi Kanunları’nda bulunmaktaydı. Eski Roma ve Yunan dönemlerinde de üzüm ve şarap dinsel boyutta kutsal görülmüş, Roma’da Baküs Atina’da Dionisos içki ve şarap tanrısı olarak benimsenmiştir. Musevilikte sarhoş olunmaması koşuluyla alkol tüketilmesine müsaade edilmiştir. Buna ek olarak Museviliğin ilk zamanlarında birkaç ritüelik törenlerde uyarıcı özelliği olan maddelere de yer verilmiştir (Uzby, 2009:5-6). Aynı dönemde bağımlılık yapıcı maddelerin tarihsel gelişimine bakıldığında zaman ağrısı, acıyı dindiren, çocuklarda uykusuzluk sorunlarına çözüm olarak düşünülen ve büyük etkisi olan ağır uyuşturucu maddeler kategorisinde bulunan afyonun, insanların keşfettiği görülebilmektedir. Afyon farklı şekillerde kullanılabilirken, her ne kadar farklı yöntemlerle kullanılırsa kullanılsın kullanan kişilerde aynı etki gözlemlenmektedir. Afyon ve benzeri narkotik maddeler tedavi amacıyla kullanılan ölçülerde uygulandığında, sebep olduğu sonuçlar ya hemen ortaya çıkabilmekte ya da kısa süre içinde görülebilen fizyolojik farklılıklara neden olmaktadır (Yılmaz, 2015:61).

Yunanca’da “mekone” şeklinde isimlendirilen afyon kişilerce ağrı ve acı giderici, uykusuzluk sorunlarının çözümü gibi faydalı olarak kullanılırken zaman içinde kötüye kullanım olmuştur. MÖ beşinci yüzyılda Meloslu Diagorasın afyonun; sebep olduğu etkileri geçtiğinde kişiyi maddeyi arama bulma davranışlarına neden olan ve gerçeklik hissiyatını yok ettiğinden bireylerin bu tarz maddelerden uzaklaşmasının gerekliliğini ifade eden ilk kişi olduğu bilinmektedir. Sonraları afyon kullanan kişilerin yapılan büyüler ile lanetlendiği, diri diri ateşe verilerek yakıldıkları, 14. yüzyılda

kilisedeki belgelerden afyon bağımlılığı ve kullanımıyla savaşmaya çalışıldığı görülmektedir (Yılmaz, 2015:61).

3.2. Bağımlılıkta Temel Kavramlar

3.2.1. Entoksikasyon (Zehirlenme)

Hem alkol hem de diğer uyuşturucu maddeler, zehirleyici özelliği olan maddelerdir. Bu durum kullanılan maddenin türüne, ölçüsüne ve öncesinde bu maddeyi kullanım süresine göre değişmektedir. Bu anlamda alkol ya da diğer uyuşturucu maddeler kullanıldıktan sonra alınan uyuşturucunun sinir sistemi üzerine etkilemesiyle ortaya çıkan durum olarak değerlendirilmektedir. Bahsedilen süreçte birey çeşitli hoş görülmeyen tavırlara girer; psikolojik değişimler olur; kendine ve etrafındakilere zarar verebilir. Kullanılan uyuşturucunun miktarı arttıkça zehirlenme belirtisi ağırlık kazanır ve bu durum ölüme kadar gidebilir (<http://www.tiprehberi.com/>).

3.2.2.Tolerans

Madde bağımlısı birey, uyuşturucu maddeyi kullandığında zamanla daha fazlasını kullanmak ister, kullandığı madde vücudunda istenilen sonucu göstermede yetersiz gelir. Bireyin fazla dozlarda maddeye direnci artar. Kişi, ağır bir tekrarlayan döngüye girer (<http://www.tiprehberi.com/>).

3.2.3. Çapraz Tolerans

Kullanılan alkol ya da uyuşturucu maddelerde oluşan tolere etme durumunun benzer etkileri gösteren farklı madde de aynı etkide bulunması durumudur. (<http://www.tiprehberi.com/>).

3.2.4. Madde Kötüye Kullanımı

Bireyin gündelik yaşamında, örneğin, evinde, işyerinde, okulunda, riskli durumlar, yasal olan, sosyal ve mesleksi sıkıntılar gibi sürekli tekrar eden ve birey için olumsuz sonuçlara sebep olmasına rağmen, alkol ve uyuşturucu maddenin kullanımına devam edilmesi olayıdır. Alkollüyen araç kullanımı, bu sebeple trafik kazalarına neden olma, işine devamsızlık yapma, bireylerarası sıkıntılara neden olma vb. bu sorunlara örnek gösterilebilmektedir (<http://www.tiprehberi.com/>).

3.2.5. İptila

Psikolojik bağımlılık, alkol ve uyuşturucu madde arama davranışı, fiziksel bağımlılık ve toleransı kapsar. Bedensel, psikolojik ve sosyal sağlıkta yıkımı beraberinde getirir (<http://www.tiprehberi.com/>).

3.2.6. Kesilme veya Yoksunluk

Uzun süre alkol madde kullanımı sonucunda, tolerans ve bağımlılık oluştuktan sonra, kişinin farklı sebeplerle alkol veya başka bir uyuşturucu maddeyi kullanmaması ya da temin edememesiyle ortaya çıkan bedensel rahatsızlık halidir. Birey, yoksunlukla ortaya çıkan olumsuz ve rahatsız edici belirtilerinden kurtulmak için tekrar alkol madde kullanmayı istemektedir (<http://www.tiprehberi.com/>).

3.3. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırılması

1. Sigara (tütün)
2. Alkol
3. Opiyatlar (Eroin, Afyon, Morfin, Kodein Vb.)
4. Uyarıcılar: Amfetamin, Kokain, Ecstasy, Kafein
5. Esrar ve türevleri
6. Uçucu maddeler (Volatilehydrocarbons): Gazolin, Tiner, Benzen, Bally (Ögel, 2010:3-4).

Birçok madde bağımlılık yapıcı madde kapsamı içindedir. Alkol ve sigara da bu maddeler arasında yer alır. Bağımlılık yapıcı maddeler, doğal (örneğin; kokain, morfin, esrar), yapay (eroin, ekstazy), yasal (sigara, alkol, morfin) veya illegal (esrar, eroin ...) olabilirler (Ögel, 2010:3-4). Bağımlılık yapan bu maddeler aşağıda açıklanacaktır.

3.3.1. Sigara (tütün)

Tarihsel gelişimine bakıldığında zaman tütünün de afyon gibi tedavi amacıyla kullanıldığı ve zaman geçtikçe haz verici olarak kullanıldığı görülmektedir. 1865te ilk defa İngiltere’de sigara fabrikası kurulmuş ve kitlesel üretime başlanmıştır. Tütün içeriğindeki nikotin, merkezi sinir sistemine uyarıcı ve bastırıcı etkileri bulunmaktadır (Yılmaz, 2015:64). İnsanlığın tarihi açısından en eski ve yaygın alışkanlığı olan tütün kullanımının, çağımızın en önemli sosyal sorunlarından birini oluşturmakta olduğu söylenilebilir. Tütün bağımlılığının günden güne daha çok yaygınlaşarak özellikle genç

nesilleri etkilemektedir. Tütün, üreticileri ve satıcıları için önemli bir rant kaynağı olduğundan kişilerin bir takım ortak sosyal değerleri ile meydana getirdiği toplumların bozulmasına çalışıldığı bir gerçektir. Bu bağlamda özellikle tarihsel süreç içinde tütün kullanımına ve satışına ilişkin bazı kısıtlayıcı yasal düzenlemeler getirilmiştir (Tuncer, 2007:17).

Tütünün ana maddesini koyu renkli bir sıvı olan nikotin oluşturmaktadır. Rengi olmayan, acı tada sahip olan bir sıvı olan bu madde bir zehir çeşididir. Bu madde hem sentetik olarak üretilebilmekte hem de tarım ilacı şeklinde kullanılabilir (Ögel, 2012:8).

Tütün ürünlerinden olan sigara, puro vb. 4000'den çok sayıda kimyasal içeren nikotin, beyin fonksiyonları üzerinde kötü etkileri olan ana tütün ögesidir. Koku yoluyla, burundan çekilen veya çiğnenerek kullanılan dumansız tütünler ürünleri de içeriğinde nikotin gibi fazla derecede toksit-zehir bulundurmaktadır. Doğal olarak oluşan renksiz sıvı olan nikotin, yakıldığı zaman kahverengine dönüşür ve havaya karışınca tütün kokusu kazanır (www.yeniden.org.tr).

“Sigara bağımlılığı sonucu meydana gelen ölümler ile ülkemizdeki en çok ölümlere neden olan diğer toplumsal sorunlar karşılaştırıldığında; terör yılda 2-3 bin insanımızın, trafik terörü 6-7 bin kadar insanımızın ölümüne neden olurken, sigara bağımlılığı ise yılda 100 bin insanımızın ölümüne yol açmaktadır” (Ergeneilek, 2005:1). Sigaranın neden olduğu ölümler; çeşitli iş kazaları, terör, trafik gibi ölümlerin tamamından daha fazlasını oluşturmaktadır. Bunun yanında sigara sadece sigara kullananları değil aynı zamanda sigara kullanmayıp aynı havayı soluyan, aynı ortamda bulunan kişileri de kötü yönde etkilemektedir. Son zamanlarda kapalı alanlarda sigara içme yasağının çıkarılmasıyla ülkemizde sigara kullanmayan bireyler artış göstermiş olup, güvenilir ve nezih ortamlar oluşmuştur (Yılmaz, 2015:65). Böylelikle sigara bağımlılığının sebep olduğu hastalıklar ve ölümlerin de sayılarının düşürülmesi ya da yok edilmesi ana amaç olmaktadır.

3.3.2. Alkol

Alkol tarihte tedavi ya da dini amaçlar için kullanılmıştır. Alkol kimyasal olarak etanol diye isimlendirilen bir maddedir. Alkol tahıl, mısır, pirinç, patates, meyve, şekerpancarı gibi bitkilerden elde edilebilmektedir. Şekerin fermantasyonu esnasında karbondioksit ortaya çıkar. Alkollü içeceklerin çeşitli özelliklerini içlerine katılan diğer

maddeler, fermantasyon, distilasyon (etanolün yoğunluğunun artırılmasıdır) özellikleri ve yaşı belirlemektedir. Bir gram alkolün yıkılmasıyla 7 kcal enerji açığa çıkmaktadır. İçeriğinde çok düşük miktarda B vitamini, demir ve karbonhidratlar bulunmaktadır (Ögel, 2012:17).

Alkolün yoksunluğunda ortaya çıkan durumlar 6 ile 8 saat içinde başlayarak, ikinci ve üçüncü günlerde maksimum seviyeye ulaşmaktadır, dördü ve beşinci günlerde azalmaktadır. Kendini yorgun hissetme, yeme bozukluğu, titreme, canlı rüyalar konvülsiyon, deliryum tremans görülür. Bedensel rahatsızlıklar ve depresyon yoksunluk belirtilerini arttırıcı özellikte olabilir. Nadirde olsa bazen bu belirtiler sırayı takip etmez ve aniden deliryum tremens ortaya çıkabilir (Bayar, 2008:226). Alkol etkileriyle; akıl yürütme, mantık kurma, oto kontrol mekanizmaları zarar görür. Bilinçli kas kontrol davranışlarında koordinasyon eksikliği gözlenir. Yüksek kan konsantrasyonlarında tüm zihinsel işlevler baskılanır. Daha yüksek konsantrasyonlarda duygusal alan da etkilenecek tam konfüzyon ya da stupor ardından koma ve ölüm gözlenir (Yapıcı, 2006:5-7).

Yapılan çalışmalar sonucunda, madde bağımlılığının tersine bireylerin eğitim durumunun arttıkça alkol kullanma oranlarının da arttığı kanıtlanmıştır (Yılmaz, 2015:67).

3.3.3. Opiyatlar(Eroin, Afyon, Morfin, Kodein Vb.)

Eroinin aslı "Heroin"dir. İlk defa 1899 senesinde Bayer fabrikalarında sentezlenmiştir. Eroin, morfine kıyasla 2 kat daha yüksek etkiye sahiptir. Eroin piyasada açık kahverengi toz şeklinde satılmaktadır. Sokak dilinde Eyç (H), beyaz, toz, peynir gibi isimlerle adlandırılmaktadır. Eroin, çoğunlukla perakende piyasaya ulaştığında önemli ölçüde derecesi hafifletilmiş biçimdedir ya da özellikle şeker, süt şekeri, glikoz, kinin ya da başka bir maddeyle yapısı bozulmuştur. Eroin normalde, kuru muhafaza edilebilmesi amacıyla selofan, polythene ya da cam pamuğu vs. ile ambalaj şekline getirilir. Eroinde yer alan seyrelticiler, katkı maddeleri, imalat safsızlıkları ve ham madde safsızlıkları olarak dört kategoride madde bulunmaktadır. Seyrelticiler eroinin metabolizma üzerinde sebep olduğu etkileri değiştirmeyip sadece miktarı arttırmaktadır (Ögel, 2012:42).

Afyon haşhaşıyla oluşturulan ve uyuşturucu niteliği bulunan maddeler arasında afyon sakızı, morfin, kodein, heroin, metadon gibi maddeler sayılabilmektedir. Afyonun

karşılığı “opium” dur. Afyon ve benzer maddelerin tümü “opioid” olarak adlandırılmaktadır. Afyon haşhaşı dünyada en fazla Afganistan, Pakistan, İran gibi ülkelerde yetiştirilmektedir. Bu ülkeler kısaca “Altın Üçgen” ya da “Altın Hilal” olarak da adlandırılmaktadır. Afyon haşhaşı ülkemizde de yetişmektedir. Afyon ekimi özellikle Afyonkarahisar, Burdur, Denizli, Isparta, Kütahya şehirlerinde yapılmaktadır (Ögel, 2012:39). Tarihte de yeri olan afyon, çağımızda oldukça fazla kullanılmaktadır. Afyon narkotiklerin psikolojik etkileri, bireyden bireye ve ortamdan ortama çeşitlilik göstermektedir. Kullanıldıktan kısa süre sonra tatlı uyuşukluk ve neşelilik haline neden olmaktadır. Ağrı, endişe, kaygı, kötümserlik, karamsarlık ve sıkıntı gibi insana kendisini kötü hissettiren duyguların ortadan kalkmasını sebep olur (Yılmaz, 2015:61). Dolayısıyla yüksek miktarda alınması zehirlenmelere de yol açmaktadır .

Morfin, tıp alanındaki kullanımı amacıyla normalde morfin sülfat, morfin hidroklorid ya da morfin tartarat gibi bir tuz biçiminde oluşturulabilir. Bu sayılanların üçü de, küçük beyaz tabletler biçimine getirilen ya da suda eritilerek ampullere konulmuş kokusuz, beyaz kristalize tozlardır. Morfin ve buna benzer ilaçlar, en etkili ağrı kesici ilaçlardandır ve morfin ağrı kesici ilaçların etkililiğinin ölçülebilmesi için bir standardı belirtir. Morfin kısa zamanlı ağrı kesici (örnek: kazalarda, cerrahi müdahalelerden sonra) ve öldürücü hastalıkların son aşamalarında büyük ölçüde kullanılır. Bir uyuşturucu madde olan morfinin kullanılışı, özellikle doktorlar, hemşireler, hastabakıcılar, eczacılar gibi tıbbi malzemelere yakınlığı olan bireylerde yaygındır. Deriye enjekte edilen morfin, etkileri yönünden, yenilen afyona oranla on ya da yirmi kat daha fazla etkilidir (Ögel, 2012:41).

Kodein; kodein, afyon kozası ve afyonda yer almaktadır. Ama tıp alanında kullanılan kodeinin çoğu, morfinden kimyasal aşamalarla elde edilir. Kodein, ağız yolu ile veya enjeksiyon yöntemiyle alınır. Kodein, toz veya tablet şeklinde yapılır; beyaz renkte, kokusuz ve acımsı tada sahiptir. Kodein, etkili bir öksürük giderici ve ağrı kesici ilaçlardan biridir. Bir ağrı dindirici olarak etkisi, morfininkine göre onda bir kadardır. Kodein daha fazla öksürük ilacı ve uyku yapıcı şeklinde kullanılır. Ancak diğer afyon türevleri gibi bağımlılık yaptığı saptanmıştır. Bundan dolayı öksürük şuruplarının içeriğinden çıkarılmıştır. İçeriğinde kodein bulunan bazı ilaçlar kırmızı reçete kapsamına dahil edilmiştir (Ögel, 2012:42).

3.3.4. Uyarıcılar: Amfetamin, Kokain, Ecstasy, Kafein

Amfetaminler günümüzde hala tıp alanında kullanımı olan ilaçlardır. Bunların içinde en önemlisi çocukluk çağında görülen dikkat eksikliği hiperaktivite sendromu, depresyon ve narkolepsi gibi hastalıklardır. Obezite tedavisi için de kullanılmasının yanı sıra, fayda ve verdiği zararları tartışmalıdır. Dekstroamfetamin, metamfetamin, metilfenidat amfetamin türleridir. Captagon, ritalin, dexedrine bu ilaçlardan birkaçıdır. Amfetaminler yurdumuzda uyarıcı, zihin açıcı olduğu yönünde bilgiler ve inanışlar mevcuttur. Bunlar çoğunlukla performans artıran ve keyif veren etkileri sebebiyle kullanılmaktadır. Sınavlara hazırlık aşamasında olan öğrencilerde, uzun yol şoförlerinde, vaktinde yetiştirilmesi gerekli işleri olan bireylerde çoğunlukla amfetamin kullanılmasına rastlanmaktadır (Ögel, 2012:57).

Kokain çok hızlı ve güçlü bağımlılık oluştucu etkiye sahiptir ve çoğunlukla “coke” şeklinde isimlendirilir. Türkiye haricinde “snow, girl, lady” olarak da adlandırılmaktadır. Kokain, kökeni güney Amerika olan "Erythroxyton Coca" şurubundan oluşturulan alkaloiddir. Kokain, koka yaprağının başlıca alkaloididir ve yapraklarından kimyasal biçimlerle üretilebilir. Baz kokain, beyaz kristalize bir toz şeklindedir. Bu madde; kokusuz, beyaz ve yumuşak ve ekseriya kara benzeyen bir biçimdeyken çözülebilen bir tuz teşkil etmek amacıyla hidrolorik asitle işleme maruz bırakılır; böylelikle argodaki adı olan “kar” (snow) bu hali alır. Bu madde genellikle asit borik ya da sodyum bikarbonat gibi beyaz toz halde maddelerle karıştırılarak seyreltilmektedir (Ögel, 2012:53).

Kokain en çok bağımlılık yapıcı, çoğunlukla kötüye kullanılan en riskli maddelerden biridir. Tıp alanında ilk kez yerel anesteziye kullanılmıştır. Kokainin davranışsal etkileri çok ani hissedilebilir ve 30 ile 60 dakika arasında devam eder. Solunum şeklinde alınışı az riskli, damardan ve sigara biçiminde kullanılması en tehlikeli yollardır. Ağız yoluyla alınması sonucunda beyin-damar hastalıkları, kalp anomalileri ve ölümle sonuçlanabilmektedir. Çok fazla neşe ya da duygulanımda kütleleşme, gerginlik ya da öfke, kalp atım artışı, gözbebeği genişlemesi, terleme-titreme, bulantı-kusma, burun akıntısı, kilo kaybı, kas zayıflığı, göğüs ağrısı, kalpte ritim bozukluğu, şaşkınlık, kasılma nöbetleri, koma gibi belirtiler kokain sarhoşluğunda (zehirlenme) görülebilecek belirtilerdendir. Kokain yoksunluk belirtileri: yorgunluk, canlı ve hoşnutsuz rüyalar, uykusuzluk veya aşırı uyku, iştah artışı, aşırı hareketlenme veya durgunluk şeklinde görülebilir (<http://www.armpsikiyatri.com>, 2017).

Ecstasy, gençler arasında farklı adlarla isimlendirilmektedir. Yurdumuzda “Çılgın Max, Mitsubishi, 007, Pıt, Roket” tarzında adlar verilmektedir. Avrupa ve ABD’de ise “Armani, At, Baklava, Butterfly, Cherry, Coca Cola, Coro, Elmas, Kiraz, Ferrari, Fish, Mercedes, Mitsubishi, Pokemon, Zoro, Yüzde 5, Yin Yang, Rolex” şeklinde isimlendirilmektedir. Ecstasy ile ilgili karşılaşılan en önemli sorunlardan biri bu maddenin kimyasal bileşiminin de farklılık göstermesidir. Çağımızda ecstasy adı altında farklı maddelerin de satışı yapılmaktadır. Özellikle piyasada bir zamanlar "no name" ismiyle satışı yapılan ecstasy tabletlerinin zehir madde içerdiği bulunmuştur. Yapılan incelemede “no name” tabletlerinin içerisinde "bahçelerdeki sümüksü böceklerle savaşta" kullanılan bir zehire rastlanması ecstasy'nin ne derece riskli olabileceği konusunu ortaya çıkarmaktadır (Ögel, 2012:47).

Kafein, bilim lüğatında “trimethylxanthine” adıyla bilinen ve kimyasal formülü C₈H₁₀N₄O₂ olan yaygın kullanılan bir uyarıcıdır. Bu maddenin en bilinen kaynakları arasında, çay yaprakları, kahve, kakao çekirdekleri ve kola tohumları yer almaktadır. Kafein aynı zamanda, başka pek çok bitkinin de yaprağı veya tohumundan elde edilebilmektedir. Saf kafein kokusuz olup acı bir tada sahiptir. Gündelik yaşamımızda kafein tüketimimizin başında gelen kaynaklar kahve, çay, kola ve çikolata olsa da bir takım uyarıcı haplar, bazı ağrı kesiciler, bazı diyet hapları ve çeşitlilik gösteren reçeteli ilaçlarda da kafein yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan araştırmalarda, bir Amerikalının günlük ortalama kafein tüketimi 131 ml gr olarak bulunmuştur (Ögel, 2012:11).

Kafein ve kahve haricinde çay, migren ilaçları, kakao, çikolata ve hafif içkilerde yer almaktadır. Bağımlılık yapan maddelerin, neredeyse tüm özelliklerini içermektedir. Kafein yoksunluğunda baş ağrısı, yorgunluk, halsizlik belirtilerinin gözlemlendiği belirtilmektedir (<http://www.armpsikiyatri.com>,14.04.2017:1). Kafein tüketiminin bırakılmasıyla birlikte uykusuzluk, konsantrasyon eksikliği ve huzursuzluk gibi yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. Gereğinden daha fazla kafein tüketilmesi bilinenin aksine kişilerde uyarıcı etki oluşturmamakla birlikte, sinirsel uyarıların algılanmasında yavaşlamaya ve uyuşmaya neden olmaktadır. Bireylerde haz veren bir etkisinin olması, bağımlılık yapıcı özelliğinin ana kaynağının göstergesi olarak görülmektedir (Yılmaz, 2015:67).

3.3.5. Esrar ve Türevleri

Esrar, yaygın bir şekilde kullanımı olan maddelerdendir. Esrarın geçmişten bu yana yetiştirilip kullanıldığı bilinen gerçektir. Son senelerde esrarın kullanımı zamanla artmaktadır. Toplumda esrara ve etkilerine yönelik çeşitlilik gösteren çeşitli düşünce ve inanışlar yer almaktadır. Bu düşünce ve inanışlara göre kişilerin esrara yönelik değer yargıları var olmuştur. Esrara yönelik tartışmalar toplum ve bilimsel çevrelerde sürmektedir. Tartışmalardan biri de, esrar kullanılmasının yasal olup olmamasıdır. Böylelikle esrara ilişkin tartışmalar politikaya kadar taşınmıştır. Yakın vakitte esrarın tıp alanında tedavi amaçlı kullanılabilip kullanılamayacağına yönelik çalışmalar, var olan tartışmalara farklı boyut katmıştır. Esrar işlenme şekline göre çeşitli farklılıklar göstermekte ve buna bağlı olarak çeşitli adlar almaktadır. Bunlar arasında Marijuana, Gubar, Ganja sıralanabilir. Esrar, en fazla marihuana, ot ve joint şeklinde isimlendirilmektedir. Bunların dışında çok daha değişik adlarla da anılmaktadırlar. Bunlardan plaka, gubar, mühür, papatya, anten, keyif, kaynar, nane, kına, derman, paspal, gıya, gogo, gonca, kuris, ilaç, siyah, çay, evset, sır, cam macunu, afgan, lübnan, sarıkız, kalo, cigaralık, sarma, çiçeksündüz, mal, sarı, jelatin, kenevir, kafa hapi, saddam, kuru, elek altı, kendir, yeşil, keçi, patates, Henry, ahna sayılabilir. “Cuk” esrar macunu adıdır. Bu yemeklere hatta özellikler keklere konulabilir. Etkili madde dozu azdır. Charasi ise, Pakistan’da kullanılan ve etkin madde dozu aşırı yüksek olan esrardır. Esrara Güney Afrika’da Dagga, İran’da “Beng”, Yunanistan’da “Cannabis” adı verilmektedir (Ögel, 2012:23).

Esrar yoksunluğunda huzursuzluk, uykusuzluk, iştahsızlık ve hafif bunaltı gibi belirtiler görülür. Esrar kullanıldığında keyiflendirici etkisi kısa zamanda başlar ve etkisi 2 ile 4 saat devam edebilir. Çoğunlukla gözlemlenen etki gözlerin kızarması, hafif kalp hızlanmasıdır. İştah artışı ile ağız kuruluğu olabilir. Esrara bağlı paranoid fikirlerle giden psikotik bozukluk, bunaltı bozukluğu, kalıcı algı bozukluğu ve amotivasyonel sendrom (hiçbir şey yapmadan yaşama) gelişebilir (<http://www.armpsikiyatri.com>, 14.04.2017:1).

3.3.6. Uçucu maddeler (Volatilehydrocarbons): Gazolin, Tiner, Benzen, Bally

Boya tineri, yapıştırıcılar (özellikle piyasada Bally markasıyla satılan) ve benzin çağımızda genç kesimde sıklıkla kullanılan uçucu maddeler olarak sayılabilmektedir.

Çok miktarda ve çeşitli türlerde uçucu maddeler yer almaktadır. Uçucu maddelerin çeşit ve içeriğindeki maddeler ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Örneğin, Brezilya’da çoğunlukla kötüye kullanılan uçucu madde “Lance perfume” olarak adlandırılan bir eter ve kloroform karışımıdır. Yurdumuzdaysa ön sıralarda yapıştırıcılar (Bally, Uhu) ve boya tineri yer almaktadır. Yapıştırıcıların içeriğinde toluene, nafta, asetat, hekzan, benzen, klorobonlar, bromokloradilormetan (yangın söndürücüsü), freon ve başka gazlar bulunmaktadır. Tinerin içeriğindeki ham madde toluene’dir. Tiner denilince selülozik tinerin ima edildiği hatırlanmalıdır. Tiner, %50-60 oranında toluene içerirken, bali gibi yapıştırıcılar %35 oranında toluene içerir (Ögel, 2012:33).

Uçucu maddelerin burundan çekilme ya da torbaya içe konarak solunulmasıyla vücuda alınmasından sonra, alınan maddenin etkisiyle az sürede beyne ve diğer organlara ulaşmaktadır. Vücuda direkt fiziksel zararlar verip, istenilmeyen kötü durumlara neden olurlar. Bu maddeler kullanıldıkları zaman kalp, beyin, karaciğer, akciğer ve böbrek fonksiyonlarının bozulmasına neden olmaktadır. Yine bu maddelerin kalp, böbrek, akciğer ve karaciğerde doku yıkımı oluşumuna sebep olduğu ve bazı doku yıkımlarında madde kullanımı sonlandırılrsa bile, geri dönüşün olmadığı belirlenmiştir. Sanayi sektöründe sıklıkla kullanılan bu maddelerin ucuz ve kolay ulaşılabilir olması, önemli bir tehlikelilik faktörü şeklinde ortaya çıkmaktadır (Yılmaz, 2015:68).

3.4. Madde Kullanım Bozukluğu

Kenevir, hallüsinojenler, uçucular, opiyatlar, uyutucu ve sakinleştirici ilaçlar, uyarıcılar, tütün ve diğerleri dahil hepsi için geçerli olmak üzere, on iki aylık bir süre içinde, aşağıdaki sayılanlardan en az ikisi ile kendini gösteren, klinik yönden belirgin bir soruna ya da işlevsellikte düşmeye sebep olan, sorunlu madde kullanım örüntüsü:

1. Çoğunlukla, istenildiğinden çok fazla miktarda ya da daha uzun süreli şekilde madde alınır.
2. Madde kullanımını bırakmak ya da kontrol etmek amacıyla devamlı bir istek veya sonuçsuz mücadeleler vardır.
3. Maddeye ulaşmak, kullanmak veya oluşturduğu etkilerinden kurtulmak için gereken faaliyetlere fazla vakit ayrılır.
4. Madde kullanmaya aşerme veya madde kullanmak amacıyla yoğun istek duyma veya kendini buna zorlanıyor hissetme.

5. İş yerinde, okulda veya evdeki durumunun gereği olan belli başlı görev ve sorumluluklarını yerine getirememeye sonlanan, tekrarlayıcı madde kullanımı davranışı.
6. Maddenin etkilerinin neden olduğu veya alevlendirdiği, daima ya da yenileyici sosyal veya bireylerarası sıkıntılar olmasına rağmen madde kullanmayı sürdürme.
7. Madde kullanımı sebebiyle önemli bazı sosyal, iş yeriyle alakalı faaliyetlerin veya eğlenme-dinlenme etkinliklerinin sonlandırılması veya azaltılması.
8. Tekrarlayıcı bir şekilde, riskli sayılabilecek durumlarda madde kullanımı.
9. Büyük ihtimalle maddenin neden olduğu veya şiddetlendirdiği, devamlı veya tekrarlayan fiziksel veya psikolojik bir sorunu olduğu bilgisine rağmen madde kullanımına devam edilir.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlanmak üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
 - a. Esrikliği veya istenilen etkiyi sağlamak amacıyla belirgin şekilde artan miktarlarda madde kullanma ihtiyacı.
 - b. Aynı miktarda madde kullanımının devam edilmesine rağmen gittikçe daha az etki az etki sağlanması.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlanmak üzere, yoksunluğun gelişmiş olması:
 - a. Maddeye has yoksunluk sendromu.
 - b. Yoksunluk sonucu ortaya çıkan belirtilerinden kurtulmak veya bundan kaçınmak amacıyla madde veya madde ile yakından ilişkili Hallüsinojenler ve uçucu maddeler için yoksunluk belirti ve bulguları belirlenmemiştir, bu nedenle böyle bir ölçüt bulunmamaktadır.

Belirtilerden iki-üç belirtinin var olması “ağır olmayan”, belirtilerden dört-beş belirtinin var olması “orta derece”, belirtilerden altı ya da daha çok belirtinin var olması sorunun “ağır derece” de olduğunu göstermektedir (Köroğlu, 2013:231-290).

3.5. Madde Kullanım Bozuklukları Yaygınlığı (Epidemiyoloji)

Madde kullanımının yaygın olduğunu saptamak veya bir ülkedeki bağımlı bireylerin sayısıyla ilgili net rakamlar söylemek kolay değildir. Bunun en büyük

sebeplerinden biri, madde kullanımı yasal olmadığından kullanan bireylerin sorulan soruları doğru cevaplamama ve gizleme eğilimine girmeleridir. Diğer yandan madde bağımlıları sayı olarak toplam toplum içinde düşük oranda olması nedeniyle, genel örneklem içinde az bir gruba ulaşmak kolay olmamaktadır. Kullanıcılar çoğunlukla belirli bazı bölgelerde toplandıklarından, bu bölgeden örneklem alınmadığında bulunacak yaygınlık oranları bu durumdan etkilenmektedir. Anketlerle yapılan araştırmalarda sadece kullanıcılar tespit edilmekte, bağımlılığın tanımı yapılamamaktadır. (Ögel vd:4).

UNODC (Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi)'nin 2014te yayınladığı raporda 2012'de dünyada 15 ile 64 yaş arasındaki 243 milyon bireyin en az bir defa yasal olmayan madde (genellikle esrar, opioit, kokain ve amfetamin tipi uyarıcılar) kullandığına ihtimal verilmektedir. Ülkeler arasında farklılık göstermekle genellikle erkeklerin yasal olmayan maddelere bağımlı olma ihtimalinin kadınlara kıyasla 4 kat daha fazla olduğu söylenilebilir. Esrar kullanımı 2012'de 177.63, opioit kullanımı 33.04, opiyat kullanımı 16.37, kokain kullanımı 17.24, amfetamin tipi uyarıcı 34.40, ekstazi kullanımı ise 18.75 milyon kişi şeklinde tahmin edilmektedir (World Drug Report, 2014:1-4).

Türkiye'de 2003 senesinde Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) desteğinde, hane halkını, öğrencileri ve hapisanedeki nüfusu içeren bir örneklem tasarımı ile 6 ilde bir çalışma yapılmıştır (UNODC 2003). Araştırmada 15 ile 64 yaşları arasında; - Afyon ve türevi maddelerin en az bir defa denenme oranı %0,05, - Solvent ve yatıştırıcı maddelerin en az bir defa denenme oranı %0,06 olarak bulunmuştur. Türkiye'de genel nüfusta bu zamana kadar yapılan en kapsamlı madde kullanım yaygınlığı araştırması, TUBİM tarafından 2011 senesinde yapılmıştır. Türkiye'de 15 ile 64 yaş grubu nüfusta herhangi bir yasadışı bağımlılık yapıcı maddenin en az bir defa denenme oranı %2,7'dir (KOM 2012 Raporu, 2013:55-63). Türkiye'de 1983 senesinden bu zamana alkol ve alkol dışı psikoaktif madde kullanımıyla ilgili başvuruların en fazla olduğu kurum olan AMATEM'e (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezi) madde kullanımı sebebiyle yapılan başvurular 1983 senesinde 78 iken 1996 senesinde bu rakam 2917'dir. 1998 yılında AMATEM' de yapılan bir çalışmada 520 olgunun %29'unun lise ve yüksek okul mezunu, %25'inin bekar, %51'inin evli, %20 sinin 19 boşanmış veya dul, %38'inin işsiz olduğu, %61'inin

eroin, %2,5'inin esrar, %10'unun ilaç, 3'ünün uçucu madde, 23'ünün çoğul madde kullanmakta olduğu bulunmuştur (Çakmak ve Evren, 2006:18).

1995 yılında İstanbul'da 15 ayrı okulda 2800 öğrenci ile yürütülen ESPAD çalışmasında herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin oranı %7, esrar kullanım oranı %4, uçucu madde kullanım oranı ise %4, ecstasy %1, sedatif hipnotik %7 ve eroin kullanım yaygınlığı ise %1 olarak saptanmıştır. 3 Bu çalışma Avrupa ülkeleriyle birlikte ve aynı yöntemle yapıldığı için uluslararası karşılaştırılabilir özellik taşımaktadır. Aynı yıl Sağlık Bakanlığı tarafından 7 ayrı ilde yürütülen bir çalışma yapılmıştır. 4 Liselerde yapılan bu çalışmada yaşam boyu alkol dışı psikoaktif madde kullanım oranının %3.5 civarında olduğu bildirilmiştir (Ögel, 2005:62).

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Bağımlılık Tedavi Birimi'nde son on yılda bağımlılık tedavi biriminde 325 madde kullanan hasta tedavi edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 27.58 yıl, madde kullanmaya başlama yaşı ise 18.80 olarak bulunmuştur, %88.3'ü erkek, %11.7'si ise kadındır. Hastaların en çok kullandığı maddeler, çoğul madde (%30.8) ve esrardır (%26.4) (Doğanşargil vd., 2004:115-120).

AMATEM polikliniğine başvuran 302 hastanın 283'ü erkek, 19'u kadın olduğu görülmüştür. Tercih maddesine göre başvuran hastaların %14.6'sı alkol, %53.3'ü opiyat, %5.6'sı esrar, %3.6'sı diğer maddeler (uçucu, ecstasy, kokain vs.), %22.8'i ise mixt madde kullanıcıları olduğu görülmüştür. Hastaların %30.5'inin ailelerinde sorun yaratacak düzeyde alkol ve madde kullanımı olan kişilerin olduğu saptanmıştır. Hastaların %21.5'inin madde kullanımı öncesi yasal sorun yaşadığı saptanırken, bu oran madde kullanımı sonrası %36.4 olarak saptanmıştır. Eroin kullananlarda yasal sorun yaşama oranı diğer gruplara göre daha yüksek oranda bulunmuştur. Opiyat kullanan hastaların %24.4'ünün damar yolu ile madde kullandığı saptanmıştır. Damar yolu ile madde kullanan hastaların %55.8'inin son 1 yıl içerisinde en az bir kez başkasının enjektörünü kullandığı, %9.6'sının enjektörünü hiç temizlemediği tespit edilmiştir. Hastaların %58.9'unun hiç kitap okumadığı, %31.8'inin ise hiç gazete okumadığı saptanmıştır. Esrar kullanan hastaların diğer gruplara göre gazete okumak, kitap okumak, arkadaşlarla buluşmak, şehir dışı yolculuk yapmak gibi sosyal faaliyetleri daha sık yaptığı gözlenmiştir. Alkol-madde kullanımı nedeniyle hastaların %19.9'unun eğitimine devam etmediği, %47'sinin iş kaybı yaşadığı, %22.5'inin ise kaza geçirdiği saptanmıştır (Asan vd, 2015:1).

Yaşam boyu en az bir kez tütün kullanım yaygınlığı %37, alkol kullanım yaygınlığı %51.2 bulunmuştur. Bu oranlar uçucu madde için %5.9, esrar için %5.8, flunitrazepam için %4.4, benzodiazepinler için %3.7, ekstazi için %3.1 ve eroin için %1.6 bulunmuştur. Yaşam boyu en az bir kez tütün, alkol ve madde kullanımı riski cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkeklerin benzodiazepin kullanımı hariç diğer tüm maddeler için kızlardan daha fazla risk taşıdığı görülmüştür. Tütün ve alkol kullanımının düşük geliri olan ailelerin çocuklarında daha yüksek, flunitrazepam kullanımının daha düşük olduğu, özel okula gidenlerde tütün kullanımının daha fazla, diğer okullara gidenler de alkol ve eroin kullanımının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bulunabilirliği en zor olan madde eroindir. Herhangi bir madde kullanan öğrencilerin yarıya yakını ilk kullandıkları maddeyi bir aile büyüğünden aldıklarını belirtmişlerdir (Ögel vd, 2006:18).

3.6. Madde Kullanım Bozuklukları Nedenleri (Etiyoloji)

Bağımlılığın nedeni olarak tek bir etkenden söz etmek oldukça güçtür. Birçok etken bir arada olabilir. Aşağıda yer alan etkenler dışında da bağımlılık gelişebilir. Aşağıda yer alan etkenler bağımlı insanlarda sıklıkla gözlenmiş etkenlerdir. Yoksa bağımlılığın nedeni kesin olarak belirlenmiş değildir (Ögel, 2001:60).

3.6.1. Kalıtsal Etkenler

Madde bağımlılığı özellikle de alkol bağımlılığı olan ailelerin çocuklarında bağımlı olmayan ailelere göre daha yüksek oranda alkol ve madde bağımlılığı görülmektedir. Bu yüksek risk, çocuklar doğum sonrasında bağımlı olmayan aileler tarafından evlat edinilmiş olsa da sürmektedir. Laboratuvar çalışmalarında maddelerin pekiştirici etkilerinin genetik olarak aktarıldığı ve genetik özelliklerin maddenin toksik etkilerine karşı duyarlılığı belirlediği gösterilmektedir. Alkol ve madde bağımlılığı gelişmesinde genetik faktörlerin etkisi ikiz, evlat edinme ve aile çalışmalarıyla desteklenmektedir (AD vd, 2006:1872-1879).

Alkol dışı diğer uyuşturucu maddelerin genetik geçişi üstüne son yıllarda yapılmış bazı çalışmalar vardır. Bu çalışmalarda RFLP teknolojisi ile bazı etkenler bulunmuştur. Madde kullanan kişilerin ailelerinde de madde kullanımının sık olduğu bilinmektedir. Ancak bu veri madde kullananların çocuklarında da madde kullanımının olmasının nedenlerini genetik teorilerle açıklayamaz. Çünkü; aile biçimleri ve aileden

öğrenmenin de genetik nedenler dışında ayrı bir etken olduğu ve hangi etkenin çocuğun madde kullanımına yol açtığı bilinemez. Bu nedenler ile genetik bir kod bulunmadığı takdirde madde kullanmanın kalıtsal bir durum olduğu ileri sürülememektedir (Ögel, 2001:63-64).

Alkolizm konusunda ikiz araştırmaları çok az olmakla birlikte tek yumurta ikizlerinde görülme oranı, çift yumurta ikizlerine oranla daha yüksektir. Goodwin'in araştırmalarına göre alkolik babaların oğullarında alkolizm sıklığı (%18), alkolik olmayanların oğullarına oranla 4 kat daha yüksektir. Alkolik babanın oğullarının kendi ailesinde ya da evlat edinilerek başka ailede yetişmeleri bir fark yaratmamaktadır. Alkoliklerin evlat edinilen kızlarında ve alkoliklerin kendi ailesinde yetişen kızlarda normal popülasyona göre 2-4 kat yüksek alkolizm oranı bulunmuştur (Andreasen ve Black, 1991:356-367).

Goodwin'in araştırmalarına göre alkolik babaların oğullarında alkolizm sıklığı (%18), alkolik olmayanların oğullarına oranla 4 kat daha yüksektir. Alkolik babanın oğullarının kendi ailesinde ya da evlat edinilerek başka ailede yetişmeleri bir fark yaratmamaktadır. Alkoliklerin evlat edinilen kızlarında ve alkoliklerin kendi ailesinde yetişen kızlarda normal popülasyona göre 2-4 kat yüksek alkolizm oranı bulunmuştur (Andreasen ve Black, 1991:356-367).

Aile araştırmalarında alkoliklerin babalarının %50'si, erkek kardeşlerin %30'u, annelerin%6'sı, kız kardeşlerin %3'ü alkolik bulunmuştur. Alkolik bir babanın erkek çocuğunda alkolizm oranı, normal nüfusa göre 4-5 kat daha fazladır (Rankin ve Ashley, 1992:233-271).

Bir yıl içinde madde bağımlılığı geliştirme riski erkekler için %1.7 iken bu risk kadınlar için %0.7'dir. Bütün epidemiyolojik çalışmalarda yaşam boyu yaygınlık oranları erkeklerde anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Erkeklerin alkol ve maddelerle tanışma ve kullanma fırsatlarının fazla olması bu farkın cinsiyetin biyolojik etkisinden çok sosyal rollerle bağlantılı olduğunu düşündürmektedir (Güleç ve Köroğlu, 1997:299-321).

Sıklık ve yaygınlık oranları 18-29 yaş grubunda en yüksek olup, 30-44 ve 45 yaş üstü yaş gruplarında giderek düşmektedir (Güleç ve Köroğlu, 1997:299-321).

Genetik yüklülük, maddelere verilen fizyolojik tepkiler ve ergende var olan nöropsikolojik eksiklikler de ergenlerde madde kullanım riskini artıran (Ögel, 2014:8) faktörler olarak belirtilmiştir.

3.6.2. Kişilik

Kişilik kavramı, bireyin kendine özgü olan ve bireyi başkalarından ayıran uyum özelliklerini içermektedir. Bu özellikler bireyin bilme–düşünme–algılama şekli, belli durumlarda belli duygusal tepki gösterebilme yetisi, engellenme ve çatışmalar karşısında başa çıkma ve savunma düzeneklerini oluşturmaktadır (Mutlu, 2007:8). Düşük benlik saygısı, yetersiz ilişkiler ve sosyal beceriler, ailesi ve akranları ile ilişkilerin bozuk olması madde kullanımı riskini artırmaktadır (Ögel vd, 1997:8-43).

Antisozyal kişilik bozukluğu öyküsünün erişkin yaşta alkol ve madde bağımlılığının başlaması ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Hastada önceden var olan alkolizm ve alkole bağlı sorunlar, geç ergenlik ve erişkin döneminde madde bağımlılığı için kesin bir risk etkeni olarak ortaya çıkmaktadır (Güleç ve Köroğlu, 1997:299-321). Madde bağımlılığı ile kişilik bozuklukları arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bağımlı kişilerde en sık gözlenen kişilik bozukluğu anti sosyal kişilik bozukluğudur. Ayrıca Borderline kişilik bozukluğu , pasif agresif kişilik bozukluğu madde bağımlılarında sıklıkla rastlanan diğer kişilik bozukluklarıdır (Ögel , 2001:74) .

Erken çocukluk döneminde öfkeli, sinirli olma, erken yaşlarda davranım sorunları olan kişilerde madde kullanımı daha fazladır. Öte yandan içine kapanık, duygularını ifade etmekte zorlanan, kendini ortaya koyamayan gençlerde madde kullanımı ve bağımlılık riski yine yüksektir. Çeşitli yaşam becerileri eksik olan kişilerde madde kullanımı daha yaygın olarak bulunmuştur. Buna örnek olarak, sorun çözme becerisi düşük olan, dürtülerini ve öfkesini kontrol edemeyen, stresle başa çıkmakta zorluk çeken, çevre baskısına karşı koyamayan kişiler verilebilir. Okulda başarısızlığı olan veya tehlikeli davranışlar sergileyen ergenlerde madde kullanım riski yüksek olarak bulunmuştur. Erken yaşta madde kullanmaya başlayanlarda, bağımlılık riskinin çok daha fazla olduğu görülmektedir (Ögel, 2014:8).

3.6.3. Sosyokültürel Etkenler

Bir toplumda madde kullanımı kabul görmesi, madde kullanan kişi sayısı da arttıracaktır. Diğer kullanıcılar yeni başlayanlara nasıl kullanılacağını öğretebilirler. Toplum yaşamında bu normal olarak kabul edilmiştir. Kullanmayan bir kişi madde kullanmaya başlayarak, kullanan kişilerin grubuna girmeye, sosyal kabul ve destek görmeye çalışacaktır. Bir toplum içinde yaygın madde kullanımı varsa, kişi bu

maddelerin nasıl kullanıldığını kolayca öğrenecek, kullanarak sosyal kazançlar elde edecektir (Ögel, 2001:67) .

Bir maddenin o çevrede bulunması madde kullanımını artıran diğer bir faktördür. Eğer, bulunduğunuz çevrede madde bulunmuyorsa, onu hiç bilemezsiniz ya da tanıyorsanız bile kullanma imkanı bulamazsınız. Maddenin olmadığı yerde, madde bağımlılığı da yoktur (Ögel, 2001:67) .

Madde kullanımında önemli etkenlerden biri ise, kişinin yaşamında riskleri göze alıyor ve riskli bir yaşamı tercih ediyor olmasıdır. Bütün zararlarına rağmen, madde kullanımı kişilere cezbedici gelmektedir. Madde kullanımı toplumun koyduğu kurallara karşı gelmektir. Toplumun koyduğu sınırlar içinde yaşayan ve bunların dışına çıkmayan kişilerin uyuşturucu madde kullanım olasılığı daha düşük olacaktır (Ögel, 2001:68) .

Uyuşturucu madde kullanımını özendiren bazı toplumsal etmenlerde vardır. Bunlar arasında özellikle tüketim toplumlarında yaygınlaşan günlük streslerden haplar ya da ilaçlar yoluyla kurtulma davranışıdır. Bu davranışı özellikle ilaç firmaları da desteklemektedir. Bir ilaç olarak sistemin getirdiği yüklerden kurtulmak çalışmak, insanın kendini tanımasını ve varlığının farkına varmasını önleyici bir çabadır. İnsanın kendisini yaşamasına fırsat vermemektedir (Ögel, 2001:69).

Düşük sosyoekonomik düzey bazı ülkelerde bir risk etkenidir. Nüfusun çok ve fiziksel şartların kötü olması da madde kullanımı için bir risk olarak bulunmuştur. Yüksek suç işleme oranı olan ortamlarda madde kullanım oranı da yüksektir. Aynı şekilde yaygın madde kullanımı olan ortamlarda ve maddeye ulaşmanın kolay olması da ergende madde kullanım riskini artırmaktadır (Ögel, 2014:8).

3.6.4. Psikolojik Etkenler

Engeller ve sorunlar karşısında kolaylıkla kırılan ve olumsuz duygular yaşayan insanlar bu özelliklerinden dolayı daha da fazla engellenme yaşarlar. Çünkü toplumsal çevrede engellenme oluşturacak etkenler çok fazladır. Bu tür kişiler isteklerinin derhal yerine gelmesini isterler. İstekleri geciktiği takdirde yıkım yaşarlar. Yaşadıkları duygular ile giderek bir kısır döngüye girerler (Ögel, 2001:62).

Kişinin sıkıntı hissini azaltma isteği ön plandadır. Madde kullanımını bırakan kişilerin olumsuz bir olay yaşadıkları zaman tekrar madde kullanmaya başladıkları bilinen bir gerçektir. Bu bağlamda sıkıntı hissi ile madde kullanımı arasında bir ilişki vardır. Bu kişilerin genellikle acıya katlanma eşiklerinin düşük olduğu gösterilmiştir.

Yaşadıkları acıya uzun süre dayanamamaktadırlar. Biran önce kendilerine rahatsızlık veren gerilim duygusunu ortadan kaldırmak istemektedirler. Madde kullanarak kendilerini iyi hissetme, maddenin yarattığı iyi hissetmeden ya da çok olumsuz duyguların yaşanmasından kaçınmaya yöneliktir. Genelde hemen haz duyma gereksinimi göze çarpar. Bir an önce stresten kurtulup, huzursuzluğun yerini huzurun alması başlıca amaçtır. Bu yolda kullanılan aracın uyuşturucu bir madde olup olmaması önemli değildir (Mutlu, 2007:5).

Maddenin bırakıldığı dönemde gözlenen yoksunluk dönemi bağımlı kişi için çok zor bir dönemdir. Bağımlı kişilerin birçoğu bunu yaşamak istemez. Halbuki bu dönemin yaşanması, daha sonra yaşanabilecek acılara karşı bir hazırlık dönemidir. Bu dönemde acıyla baş etmeyi öğrenmek, tekrar madde kullanmayı engelleyecek en önemli etkenlerden birisidir. Gerilimden acıdan ve huzursuzluktan kaçınma davranışının altında, sorunlarla mücadele edememek yatmaktadır (Ögel, 2001:62-63). Sosyalleşmede sorunlar yaşayan kişi içinde bulunduğu ortama uyum sağlayamamıştır. Bu sebeple bir yıkım, hüsrana uğrar. Bağımlı bireyler, yaşanan duygulardan kaçınmak ya da bunlarla başa çıkabilmek amacıyla maddeye başvurabilir.

3.6.5.Aile

Aile insan yaşamında ve gelişiminde çok önemli bir yer tutar. İnsanın gelişim dönemlerinde etkilendiği, sevgi ve güven duygularını geliştirdiği kurumdur. Bu noktada çıkacak aksaklıklar, tüm kişiliği etkileyebilir (Mutlu, 2007:7).

Aile büyüklerinden biri madde kullanıyorsa, bu kişide madde kullanımı daha sıktır. Ebeveynlerin madde kullanımı ile ilgili tutum ve düşünceleri, madde kullanımı yönündeyse, kişide madde kullanım riski artmaktadır. Ebeveynlerin madde kullanımı ve sapkın davranışlara gösterdiği toleransın fazla olması da madde kullanımı için risk oluşturmaktadır. Ebeveyn-çocuk arasında yakınlık ve bağlılığın olmaması, ebeveynlerin çocuğun yaşamı ile ilgili olmaması ve uygun olmayan disiplin yöntemlerinin varlığı madde kullanımını artıran risk faktörleri arasındadır (Ögel, 2014:7).

Ögel aile ile madde kullanımı arasındaki ilişkiyi aşağıdaki gibi özetlemektedir;

1. Madde kullanan gençlerin büyük çoğunluğunun ailesinde de uyuşturucu madde kullanan kişiler saptanmıştır.

2. Madde kullanan gençlerin aileleri genellikle ihmal eden, yeterli kontrol, sevgi ve destek sağlamayan, gevşek disiplinli ana babalardır. Madde bağımlılığı aileyi her yönden etkileyen bir hastalıktır.
3. Kimi ailelerin ise ileri derecede katı, baskın, çocuğun gelişimine olanak tanımayan yapıya sahip olduğu belirlenmiştir.
4. Boşanmış, ayrı yaşayan, ebeveynlerden birinin kaybedilmiş olduğu, parçalanmış aile çocuklarında uyuşturucu madde kullanımı yaygındır.
5. Anne babanın iyi birer model olmaması da önemli bir etkidir. Sorunlar karşısında aciz kalan, çözüm üretemeyen ya da uyuşturucu maddelere karşı hoşgörülü ailelerin çocukları risk altındadır.
6. Aile içinde gencin özdeşim kurabileceği bir bireyin olmaması önemli sorunlar yaratabilmektedir.
7. Aşırı koruyucu, kollayıcı ailenin çocuklarında da uyuşturucu kullanımının yaygın olduğu gözlenmiştir (2001:71).

Madde bağımlılığı aileyi her yönden etkileyen bir hastalıktır. Ailede bağımlı bir üyenin varlığı aileyi ekonomik ve sosyal yönden olumsuz olarak etkilemekte ailenin işlevlerini bozmaktadır. Bağımlılık aileyi ekonomik ve sosyal tüm alanlarda etkilemektedir. Etkiler aynı zamanda derin ve şiddetlidir. Bu etkilenme diğer kronik hastalıklardan çok daha fazladır. Bağımlılığın aileye ve dolayısıyla topluma, diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında, ağır yük getiren bir hastalık olduğu (Çakmak vd., 1997:79) kabul edilmelidir.

3.6.6. Başka Hastalıklar

Alkol bağımlılarının önemli bir kısmının yaşadıkları anksiyeteyi bastırmak için alkol kullanmaya başladıkları gösterilmiştir. Bunların çoğunlukla panik atakları olan kişilerden ya da sosyal fobisi olanlardan oluştuğu gözlenmektedir. Opiyat bağımlılarında ise % 90 oranında başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği saptanmıştır. Bunlar arasında depresyon, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol kullanım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları en sık görülenlerdir. Ayrıca madde bağımlılarının % 15 oranında bir kez intihar girişimleri olduğu saptanmıştır. Bu nedenlerden dolayı madde bağımlılığının tedavisine geniş bir açıdan yaklaşmak gereklidir (Ögel, 2001:74).

3.6.7. Madde Kullanmaya Başlamada Önemli Diğer Etkenler

Yapılan araştırmalar gençlerin genellikle merak nedeniyle madde kullanmaya başladığını göstermektedir. Arkadaş baskısı ikinci önemli etkidir. Bir arkadaş ortamında yapılan ısrara çoğunlukla dayanılamamaktadır. Arkadaş grubunun dışında kalmak, onlarda farklı olma korkusu yaşatmaktadır. Ayrıca sorunlarını çözmek için başka yol kalmadığına inandıkları anda madde kullanımı sıklıkla görölen davranıştır. Bir başka deyişle çaresizlik başka önemli bir etkidir. Gençleri madde kullanmaya iten diğer bir etken ise gencin madde kullanarak kendini kanıtlama davranışı gösterme eğilimidir. Farklı ve değişik görönerik beğeni toplamak amaçlanmaktadır. Ani tepki veren, saldırgan veya asi davranışları olan, her şeyi reddeden, davranış bozukluğu gösteren, aykırı davranışlar içinde bulunan, erken yaşlarda davranış problemleri olan, çabuk heyecanlanan, içe dönük olan, itaatkar olan ve yaşıtlarından aşırı etkilenen gençler; madde kullanma riski fazla olan gençlerdir (Ögel, 2001:78).

Arkadaş grubuna bağlı etkenler arasında en önemlisi kişinin arkadaşlarının madde kullanmasıdır. Arkadaşları madde kullanan bir kişinin madde kullanması beklenebilir bir durumdur. Arkadaş grubunun madde kullanımı ile ilgili tutumları da kişinin madde kullanmasında etkilidir. Madde kullanımına yönelik olumlu tutumu olan arkadaş grubu olan kişilerde madde kullanımına daha sık rastlanılmaktadır. Arkadaş grubuna bağlılık ve yönelmenin fazla olduğu kişilerde de yine madde kullanımı daha sık olarak bulunmuştur (Ögel, 2014:7).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. ARAŞTIRMANIN METODU

Bu araştırma ile Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) de yatan alkol-madde bağımlılarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ve benlik saygılarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Aynı zamanda bu çalışma ile hem AMATEM lerde tedavi gören hastalara verilen hizmet kalitesinin arttırması hem de mevcut durumun tespiti amaçlanmaktadır.

Bu çalışma nicel bir araştırmadır. Nicel bir araştırma olgu ve olayları nesnelleştirerek gözlemlenebilir, ölçülebilir ve sayısal olarak ifade edilebilir bir metodu ifade etmektedir. Buradaki amaç kişilerin olgulara bakışlarını nicelik açısından nesnelleştirerek, gözlemlenebilir ve ölçülebilir bir hale getirmektir. Nicel araştırmanın doğasında kişilerin güncel bir olguya kendi algı çerçevesinden nasıl değerlendirdiğinin/nasıl baktığının sayısal olarak ifade edilmesi vardır. Kısacası nicel araştırma kişilerin olgulara, olaylara ve eylemlere yükledikleri anlamların ölçülebilir hale getirilebilmesidir.

Dolayısıyla nicel araştırma metodunu tercih sebebimiz; konumuzun hem nicel veriler doğrultusunda ele alınacak olması, hem de hipotezlerimizin sınanmasında en uygun araştırma metodu olmasıdır.

4.1. Araştırmanın Uygulanması ve Veri Toplama Teknikleri

Araştırmada 32 tane demografik ve tanımlayıcı, 14 tane likert tipi ve 25 tane benlik saygısını ölçmeye dayalı sorular bulunmaktadır. Likert tipi sorularda "1-kesinlikle aynı fikirde değilim, 2-aynı fikirde değilim, 3-aynı fikirdeyim ve 4-kesinlikle aynı fikirdeyim" ifadeleri bulunmaktadır. Örneklem fikir derecesini (tutum ve davranışlarını) anlamak ve anlamlandırmak için likert ölçeği kullanılmıştır.

Veri toplama işlemi, yüz yüze anket yolu ile gerçekleştirilmiştir. Görüşme esnasında özellikle, görüşme yapılan kişinin yönlendirilmemesine azami özen gösterilmiştir. Bu amaçla görüşmecilere istedikleri soru veya soruları cevaplayabilecekleri söylenmiştir. Görüşmeler esnasında görüşmecilere sağlanan bu özgür ortam, sorunun cevabı alınmak koşuluyla, araştırmaya yeni bir boyut

kazandırabileceği düşüncesiyle farklı konulardan bahsetmelerine imkân vermiştir. Görüşmeye başlarken, görüşme yapılan kişiye araştırmanın amacının ne olduğu, kimliğinin kullanılmayacağı, araştırmanın sonuçlarının nasıl kullanılacağı anlatılmıştır.

4.2. Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi bünyesinde yer alan AMATEM servisinde yatarak tedavi gören hastalardan oluşmaktadır. Belirlenen evrenden istatistiksel olarak anlamlı örneklem seçilerek, araştırmanın amaçları doğrultusunda oluşturulan anket ve ölçeklerin yüz yüze uygulanması gerçekleştirilmiştir.

AMATEM servisinde yatarak tedavi gören hasta sayısı 2015-2016 yılı kayıtlarına göre 556 kişidir. Uygulama bir ay ile kısıtlı olduğu için örneklemimiz aylık hasta sayısı olan 46 kişiden oluşturulmuştur.

4.3. Araştırmanın Analizi

Uygulanan 46 adet anketin tamamı erkeklere (kadın hasta bulunmamaktadır) uygulanmıştır. Araştırma sorularının anlaşılır olup olmadığının tespit edilmesi bakımından 17 kişilik bir gruba pilot çalışma uygulanmıştır. Analiz sonucunda güvenilirlik testinde alfa (α) sayısı 0,89 olarak bulunmuş ve soruların güvenilirlik oranı yüksek elde edilmiştir.

Yapılan araştırma bulgularının değerlendirilmesinde istatistiksel analizler için SPSS Statistics 21.0 programı; bireylerin sosyo-demografik ve tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla yüzdeler dağılımlar, bağımsız T testi, varyans analizi kullanılmıştır.

Elde edilen veriler yüzdeler tabloları ile değerlendirilmiş olup, ortak veya farklı noktalar ortaya konulmaya çalışılmıştır. Aynı zamanda anketleri uyguladığımız kişilerin mevcut durumunu açıklayan gözlem ve bilgileri yorumlarda kullanılmıştır.

4.4. Araştırmanın Hipotezleri ve Test Edilmesi

Madde ve alkol bağımlılığı, insanın hayatına istediği gibi devam edebilmesini engelleyen durumlara yol açan düşkünlüktür. Kişi kullandığı madde ve alkolün miktarını sürekli ve düzenli olarak artırıyor ve aldığı maddeyi/alkolü her geçen gün daha da hızlı tüketiyorsa, madde bağımlılığı süreci başlamıştır. Özellikle son

zamanlarda artarak çoğalan bu durum, sosyo-ekonomik bir çok olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir.

Bu temel eksende oluşturduğumuz genel hipotezimiz "Alkol ve madde bağımlısı kişilerin benlik saygıları ile içselleştirilmiş damgalama arasında doğru orantılı bir ilişki vardır" şeklindedir. Ortaya koyduğumuz bu hipotezimiz, alt hipotezler doğrultusunda test edilmiştir.

Alt hipotezlerimiz ise şu şekilde oluşturulmuştur;

HİPOTEZ
H1: Bekar ve boşanmış kişilerde madde bağımlılığı daha yüksek görülmektedir.
H2: Madde bağımlılığı ile eğitim düzeyi arasında bir ilişki bulunmaktadır.
H3: Şehir ve madde bağımlılığı arasında bir ilişki bulunmaktadır
H4: Madde bağımlılığı olan bireylerin damgalanma düzeyleri yüksektir.
H5: Madde bağımlılığı olan bireylerin benlik saygı düzeyleri daha düşüktür.
H6: Madde bağımlılığı olan bireylerin damgalanma ve benlik saygısı arasında bir ilişki vardır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. BULGULAR VE YORUMLAR

Tablo 1. Hastaların Yaş Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
18-21	11	17,2	17,2
22-25	26	40,6	57,8
26-29	12	18,8	76,6
30-33	2	3,1	79,7
34-37	3	4,7	84,4
38 +	10	15,6	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların % 17,2 sinin 18-21 yaş aralığında olduğu, % 40,6 sının 22-25 yaş aralığında olduğu, %18,8 inin 26-29 yaş aralığında olduğu, %3,1 inin 30-33 yaş aralığında olduğu, % 4,7 sinin 34-37 yaş aralığında olduğu, % 15,6 sının 38 yaş üzeri olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan örneklem grubunun 18-29 yaş aralığında yoğunlaşmış olması, alkol-madde bağımlılığının özellikle gençler arasında yaygınlaştığı hipotezini kanıtlar niteliktedir. Tablo 1 in verileri gençlerin bu konuda profesyonel destek programlarına ihtiyaç duyduğunu da göstermektedir.

Tablo 2. Hastaların Medeni Durum Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Bekar	43	67,2	67,2
Evli	16	25,0	92,2
Boşanmış	3	4,7	96,9
Diğer	2	3,1	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların medeni durumları incelendiğinde % 67,2 sinin bekar, % 25,0 mın evli, % 4,7 sinin boşanmış ve % 3,1 inin diğer olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma örnekleminde AMATEM servisinde yatarak tedavi gören hastaların büyük bir kısmının bekar olduğu tespit edilmiştir. Bu durum alkol-madde bağımlısı olan bireylerden bekar olanlarının sorumluluk almak istemediklerinden evlenmeyi tercih etmemiş olabilecekleri fikrini düşündürmektedir. Aynı zamanda işsizliğin bu kişileri alkol-madde bağımlılığına sürüklediği de düşünülebilir. Öte yandan evli olanların alkol-madde bağımlılığında ikinci sırayı alması bekarlarda olduğu gibi sosyo-ekonomik nedenlerin bu grupta da etkili olduğunu düşündürmektedir.

Anket uygulanan hastalardan %3,1 inin medeni durum olarak “dini nikahlı evli” olan hastaların “diğer” şikkını belirttikleri gözlemlenmiştir. Anketin uygulanması esnasında hastaların % 4,7 sinin boşanma nedenlerinin alkol-madde kullanmaları nedeniyle evin sorumluluklarını yerine getiremediklerinden, kazandıkları gelirin neredeyse tamamını alkol-maddeye harcadıkları, kira-elektrik-su gibi giderleri bile karşılayamadıkları ve bu nedenle eşlerinin kendilerinden boşanmak istedikleri bilgisi edinilmiştir.

Tablo 3. Hastaların Eğitim Durumu Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Okur-yazar değil	4	6,3	6,3
İlkokul	30	46,9	53,1
Lise	20	31,3	84,4
Önlisans	9	14,1	98,4
Lisans	1	1,6	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların öğrenim durumları incelendiğinde, %6,3 ünün okur - yazar olmadığı, % 46,9 unun ilkokul mezunu, % 31,3 ünün lise mezunu, % 14,1 inin önlisans mezunu, %1,6 sının lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Örnekleme grubunun eğitim durumunun düşük olması; bu durum eğitimsiz bireylerin alkol-madde kullanımının eğitim durumlarını olumsuz etkilediğini düşündürdüğü gibi eğitimin bu süreç içerisinde belirleyici olduğunu da düşündürmektedir. Bu veriler ayrıca eğitim durumu ile iş arasında ki paralelliği ve ekonomik yansımayı da çağrıştırmaktadır.

Tablo 4. Hastaların Mesleki Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kamu Görevlisi	1	1,6	1,6
Öğrenci	1	1,6	3,1
Serbest Meslek	57	89,1	92,2
İşçi	1	1,6	93,8
İşsiz	4	6,3	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların meslekleri incelendiğinde, % 1,6 sının kamu görevlisi, % 1,6 sının öğrenci, % 89,1 inin serbest meslek yaptığı, % 1,6 sının işçi olduğu ve % 6,3 ünün işsiz olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların % 89,1 inin serbest meslek yaptığı ve düzenli bir işlerinin ve gelirlerinin olmadığı bilgisi edinilmiştir. Bu durum alkol-madde bağımlılığı ile sosyo-ekonomik durum arasındaki ilişkiyi açıklar niteliktedir.

Tablo 5. Hastaların Sosyal Güvence Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
SSK	22	34,4	34,4
Bağ-Kur	4	6,3	40,6
Emekli Sandığı	1	1,6	42,2
Yeşil Kart (genel sağlık sigortası)	37	57,8	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların sosyal güvenceleri incelendiğinde % 34,4 ünün SSK, % 6,3 ünün Bağ-Kur, % 1,6 sının Emekli Sandığı, % 57,8 inin Yeşil Kart (Genel Sağlık Sigortası) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6. Hastaların AMATEM de Tedavi Görme Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	36	56,3	56,3
Hayır	28	43,8	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların daha önce AMATEM tedavisi görmüş olma durumu incelendiğinde, % 56,3 ünün daha önce AMATEM tedavisi gördükleri, % 43,8 inin AMATEM deki ilk tedavisi olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %56,3 ünün daha önceden AMATEM de tedavi görmüş oldukları bilgisi, bağımlılığın tekrarlayan bir hastalık olduğu yargısını güçlendirdiği görülmektedir. Aynı zamanda sürecin tekrar gözden geçirilmesi gerekliliğini de ortaya koymaktadır.

Tablo 7. Hastaların AMATEM de Gördükleri Tedavi Sayılarının Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Yok	29	45,3	45,3
2	12	18,8	64,1
3	9	14,1	78,1
4	5	7,8	85,9
5	5	7,8	93,8
6	1	1,6	95,3
7 +	3	4,7	100,0
Total	64	100,0	

Hastalardan daha önce AMATEM tedavisi görmüş kişilerin kaçınıcı tedavileri olduğu incelendiğinde, % 45,3 ünün ilk tedavileri olduğu, % 18,8 inin ikinci, % 14,1 inin üçüncü, % 7,8 inin dördüncü, % 7,8 inin beşinci, % 1,6 sının altıncı ve % 4,7 sinin yediden fazla tedavisinin olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7'nin verileri incelendiğinde Tablo 6'nın verilerini destekler nitelikte olduğunu görüyoruz. Tekrar tedaviye gelen sayısı beklentinin üstünde olması tablo 6'da ifade ettiğimiz gibi sürecin revize edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 8. Hastaların Tedavi Nedenleri Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Alkol	7	10,9	10,9
Madde	43	67,2	78,1
Alkol-madde	14	21,9	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların AMATEM servisinde bulunma nedenleri incelendiğinde, % 10,9 unun alkol, % 67,2 sinin madde ve % 21,9 unun alkol-madde tedavisi nedeniyle gelmiş olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan örneklem grubunun büyük bir kısmının madde bağımlılığından tedavi gördükleri bilgisi, madde bağımlılığının daha yaygın olduğunu düşündürmektedir

Tablo 9. Hastaların Alkol-Madde Başlama Nedeni Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
,00	1	1,6	1,6
Arkadaş Ortamı	33	51,6	53,1
İşsizlik	2	3,1	56,3
Sıkıntı-Stres	9	14,1	70,3
Keyif-İstek	10	15,6	85,9
Sevgiliden Ayrılmak	2	3,1	89,1
Ailevi Sorunlar	3	4,7	93,8
Boşluk-İlgisizlik-Bilgisizlik	2	3,1	96,9
Yaşam Tarzı	1	1,6	98,4
Yalnızlık	1	1,6	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların Alkol-Maddeye başlama nedenleri incelendiğinde, % 51,6 sının arkadaş ortamı, % 3,1 inin işsizlik, % 14,1 inin sıkıntı-stres, % 15,6 sının keyif-istek, % 3,1 inin sevgiliden ayrılma, % 4,7 sinin ailevi sorunlar, % 3,1 inin boşluk-İlgisizlik-bilgisizlik, % 1,6 sının yaşam tarzı ve % 1,6 sının yalnızlık kaynaklı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 9 genel yaklaşımın aksine kişilerin alkol-madde başlama nedeni arkadaş ortamı olarak görülmektedir. Bu durumun özellikle gençler arasında arkadaş ortamına kabul edilme ya da merak-özenti kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan gençlerin kendilerini ifade edebilecek grup arayışları bu süreci kaçınılmaz kılmaktadır. Anket sorusu açık uçlu sorulduğundan, şıklar hastaların belirttikleri sebeplerden oluşturulmuştur. Hastaların belirttikleri sebepler incelendiğinde; alkol-madde başlama nedenlerinin arasında karşılaştıkları sorunlarla mücadele etmek yerine alkol-madde kullanmaya yöneldikleri tespit edilmiştir.

Tablo 10. Hastaların Bağımlılıklarını Kabul Etme Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	51	79,7	79,7
Hayır	13	20,3	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların % 79,7 sinin alkol ve/veya madde bağımlısı olduğunu kabul ettiği, % 20,3 ünün ise alkol ve/veya madde bağımlısı olduğunu kabul etmediği tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun alkol-maddenin hayatlarında oluşturduğu olumsuzlukların farkında olmaları nedeniyle bağımlı olduklarını kabul ettikleri ve AMATEM e bu nedenle başvurdukları bilgisi edinilmiştir. Hastaların % 20,3 ünün farkındalık öncesi aşamada olmalarından kaynaklı alkol-madde kullanımının yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğinin farkında olmadıkları, bu nedenle bağımlı olduklarını kabul etmedikleri düşünülmektedir. Örneklem grubunun yarıdan fazlasının alkol-madde bağımlılıklarını kabul ediyor olmaları tedavi süreci için olumlu bir veri olarak tespit edilmiştir.

Tablo 11. Hastaların Alkol-Madde Kullanım Süresi Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
1-5 Yıl	22	34,4	34,4
6-10 Yıl	22	34,4	68,8
11-15 Yıl	6	9,4	78,1
16 +	14	21,9	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların alkol-madde kullanım süreleri incelendiğinde, % 34,4 ünün 1-5 yıl, % 34,4 ünün 6-10 yıl, % 9,4 ünün 11-15 yıl ve % 21,9 unun 16 yıl üzeri olduğu tespit edilmiştir. Hastaların alkol-madde kullanım sürelerinin 1-5 yıl ile 16 yıl üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Bu durum örneklem grubunu oluşturan bireylerin uzun süredir alkol-madde bağımlısı olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bu durum tedavi sürecini de olumsuz olarak etkilemektedir.

Tablo 12. Hastaların Alkol-Madde Bırakma Girişimi Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	48	75,0	75,0
Hayır	16	25,0	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların daha önce alkol-madde bırakma girişimleri olup olmadığı incelendiğinde, % 75,0 inin bırakma girişiminin olduğu, % 25,0 inin bırakma girişiminin olmadığı tespit edilmiştir. Bu durum bağımlılığın tekrarlayan bir hastalık olduğu düşüncesini desteklemektedir. Ayrıca örneklem grubunu oluşturan bireylerin, yarından fazlasının alkol-madde bağımlılığından kurtulma çabası tedavi süreci içinde olumlu görülmektedir.

Tablo 13. Hastaların Tekrar Alkol-Madde Kullanma Nedenlerinin Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
,00	11	17,2	17,2
Arkadaş Ortamı	22	34,4	51,6
İşsizlik	3	4,7	56,3
Stres-Sıkıntı	11	17,2	73,4
İstek Duynak	9	14,1	87,5
Ailesel Sorunlar	2	3,1	90,6
Maddi Sıkıntılar	2	3,1	93,8
Can Sıkıntısı	3	4,7	98,4
Tedavi Kontrollerini Aksatmak	1	1,6	100,0
Total	64	100,0	

Daha önce alkol-maddeyi bırakma girişimleri olan hastaların tekrar alkol-madde kullanmaya başlama nedenleri incelendiğinde, % 34,4 ünün arkadaş ortamı, % 4,7 sinin işsizlik, % 17,2 sinin stres-sıkıntı, % 14,1 inin istek duyma, % 3,1 inin maddi sıkıntılar, % 4,7 sinin can sıkıntısı ve % 1,6 sının tedavi kontrollerini aksatma kaynaklı olduğu tespit edilmiştir.

Bu durum daha önceki verilerde olduğu gibi bu sürecin en önemli belirleyicisi arkadaş grubu olduğunu göstermektedir

Tablo 14. Alkol-Madde Bırakma Girişimi Olan Hastaların Tekrar Alkol-Madde Kullanmaya Başladıklarında Kullandıkları Maddenin Önceki Kullandıklarıyla Aynı Olma Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
,00	5	7,8	7,8
Evet	37	57,8	65,6
Hayır	22	34,4	100,0
Total	64	100,0	

Alkol-madde bırakma girişimi olan hastaların tekrar alkol-madde kullanmaya başladıklarında kullandıkları maddenin önceki kullandıklarıyla aynı olanların oranı

57,8, tekrar kullanmaya başlayan hastaların kullandıkları maddenin öncekiyle aynı olmadığını belirtenlerin oranı % 34,4 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 14 de görüldüğü gibi yirmi iki kişi alkol-madde tedavisinden veya bırakma girişiminden sonra kullandıkları maddeyi değiştirmektedir. Bu veri bize zaman içerisinde kişilerin medde çeşitliliğine doğru yöneldiğini göstermektedir.

Tablo 15. Hastaların Amatem Servisinde Gördükleri Tedavi Süresince Almış Oldukları S.A.M.B.A (Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı) Eğitimlerinin Taburculuk Sonrasındaki Hayatlarında Faydalı Olduğunu Düşünenlerin Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	58	90,6	90,6
Hayır	6	9,4	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların AMATEM servisinde gördükleri tedavi süresince almış oldukları S.A.M.B.A (Sigara Alkol Ve Madde Bağımlılığı) eğitimlerinin taburculuk sonrasındaki hayatlarında faydalı olduğunu düşünenlerin oranı % 90,6 gibi yüksek, faydalı olmadığını düşünen hastaların oranı ise % 9,4 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 16. Amatem Servisinde Verilen S.A.M.B.A (Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı) Eğitimlerinin Faydalı Olmadığını Düşünen Hastaların Söyledikleri Sebeplerin Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	58	90,6	90,6
Farklı Eğitimler Verebilir	2	3,1	93,8
Madde Kullanımına Eğilimli Olmak	3	4,7	98,4
Dışlanmışlık Hissetmek	1	1,6	100,0
Total	64	100,0	

AMATEM servisinde verilen S.A.M.B.A (Sigara Alkol Ve Madde Bağımlılığı) eğitimlerinin faydalı olmadığını düşünen hastalardan % 3,1 i farklı eğitimlerin verilebileceğini, % 4,7 sinin madde kullanımına eğilimli olduklarını düşündüğü ve % 1,6 sının dışlanmışlık hissettiği tespit edilmiştir.

Tablo 17. Amatem De Hafta İçi Her Gün Yapılan Günaydın Toplantılarının Taburculuk Sonrası Hayatlarında Faydalı Olduğunu Düşünen Hastaların Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	56	87,5	87,5
Hayır	8	12,5	100,0
Total	64	100,0	

AMATEM de hafta içi her gün yapılan Günaydın Toplantılarının taburculuk sonrası hayatlarında faydalı olduğunu düşünen hastaların oranı % 87,5, faydalı olmadığını düşünenlerin oranı ise % 12,5 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 18. AMATEMde Hafta İçi Her Gün Yapılan Günaydın Toplantılarının Taburculuk Sonrası Hayatlarında Faydalı Olmadığını Düşünen Hastaların Belirttikleri Sebeplerin Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	57	89,1	89,1
Öğretici Olabilir	2	3,1	92,2
Alkol-Madde İle İlgili Konulardan Bahsedilmesi	3	4,7	96,9
Servisteki Sorunların Çözülmemesi	2	3,1	100,0
Total	64	100,0	

AMATEMde hafta içi her gün yapılan Günaydın Toplantılarının taburculuk sonrası hayatlarında faydalı olmadığını düşünen hastaların % 3,1 i toplantıların daha öğretici olabileceğini, % 4,7 si alkol-madde ile ilgili konulardan bahsedildiğini, % 3,1 inin servis içinde yaşadıkları sorunların çözülmediğini belirttikleri tespit edilmiştir.

Tablo 19. AMATEMde Uygulanan Tedavinin Yeterli Olduğunu Düşünen Hastaların Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	52	81,3	81,3
Hayır	12	18,8	100,0
Total	64	100,0	

AMATEMde uygulanan tedavinin yeterli olduğunu düşünen hasta oranı % 81,3, yeterli olmadığını düşünenlerin oranı ise % 18,8 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 20. AMATEMde Uygulanan Tedavinin Yeterli Olmadığını Belirten Hastaların Söyledikleri Nedenlerin Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	52	81,3	81,3
İlaca Bağımlı Olmak	6	9,4	90,6
Eğitimler İçselleştirilmeli	1	1,6	92,2
Madde Bağımlılarına Uygulanan Kurallarla Alkol Bağımlılarına Uygulanan Kurallar Aynı Olmalı	1	1,6	93,8
İlgisizlik (servis çalışanlarının)	1	1,6	95,3
Sosyal Aktivite Azlığı	3	4,7	100,0
Total	64	100,0	

AMATEMde uygulanan tedavinin yeterli olmadığını belirten hastalardan % 9,4 ü ilaca bağımlı olduklarını, % 1,6 sının eğitimlerin içselleştirilmesi gerektiğini, % 1,6 sının madde bağımlısı bireylere uygulanan kurallar ile alkol bağımlısı olan bireylere uygulanan kuralların aynı olmaması gerektiği, % 1,6 sı servisteki çalışanların hastalara karşı ilgisiz oldukları, % 4,7 sinin aktivite azlığı nedeniyle uygulanan tedaviyi yeterli görmedikleri tespit edilmiştir.

Tablo 21. AMATEM de Uygulanan Tedavide Hastaların Eksik Gördüğü Yönler Olup Olmadığının Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	16	25,0	25,0
Hayır	48	75,0	100,0
Total	64	100,0	

AMATEM de uygulanan tedavide hastaların eksik gördüğü yönler olup olmadığı incelendiğinde, % 25,0 inin tedavide eksik gördüğü yönlerin olduğu, % 75,0 inin ise eksik gördüğü yönlerin olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 22. AMATEMde Uygulanan Tedavide Eksik Gördüğü Yönler Olduğunu Belirten Hastaların Belirttikleri Nedenlerin Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Hayır	49	76,6	76,6
Bağımlılık Dışında Bir Rahatsızlık Geçirildiğinde Taburcu Edilmesi (örn: diş ağrısında dişçiye götürülmemesi)	1	1,6	78,1
Aktivite Azlığı	3	4,7	82,8
Eğitimler Yoğun Olmalı	1	1,6	84,4
Servis Kurallarının Anlatılmaması ve Katı Olmaması	3	4,7	89,1
Odaların Hep Açık Olması	2	3,1	92,2
İlaca Bağımlı Olma	3	4,7	96,9
İlgisizlik	1	1,6	98,4
Ailenin de tedaviye katılması	1	1,6	100,0
Total	64	100,0	

AMATEM de uygulanan tedavide eksik gördüğü yönler olduğunu belirten hastaların % 1,6 sı bağımlılık dışındaki fiziksel rahatsızlığın olması durumunda hastaların taburcu edilmelerinin, % 4,7 sinin aktivitelerin az olmasının, % 1,6 sınıfın eğitimlerin yoğun olması gerektiği, % 4,7 sinin servis kurallarının anlatılmaması ve katı olmasının, % 3,1 inin odaların hep açık olmasının, % 4,7 sinin ilaca bağımlı olmanın, % 1,6 sınıfın ilgisizliğin, % 1,6 sınıfın ailelerin de tedaviye katılmamasının tedavideki eksiklikler olarak belirttikleri tespit edilmiştir.

Tablo 23. AMATEM Tedavi Sürecinde Hastaların Faydalandıkları Aktivitelerin Yararlı Olup Olmadığının Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	58	90,6	90,6
Hayır	6	9,4	100,0
Total	64	100,0	

AMATEM tedavi sürecinde hastaların faydalandıkları aktivitelerin (resim, müzik, spor vb) yararlı olup olmadığı incelendiğinde, hastaların % 90,6 sı yararlı bulduklarını, % 9,4 ü ise yararlı bulmadıkları tespit edilmiştir.

Tablo 24. AMATEM Tedavi Sürecinde Hastaların Faydalandıkları Aktivitelerin (Resim, Müzik, Spor Vb) Yararlı Olduğunu Düşünen Hastaların Belirttikleri Aktivitelerin Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE KÜMÜLATİF)
Hayır	6	9,4	9,4
Spor	54	84,4	93,8
Müzik	3	4,7	98,4
Grup Toplantısı	1	1,6	100,0
Total	64	100,0	

AMATEM tedavi sürecinde hastaların faydalandıkları aktivitelerin (resim, müzik, spor vb) yararlı olduğunu düşünen hastaların, % 84,4 ü spor, % 4,7 si müzik ve % 1,6 sının grup toplantılarını yararlı bulduğu tespit edilmiştir. Elde edilen veriler kişilerin spor aktivitelerini daha faydalı bulduklarını göstermektedir. Bu da sonuç olarak bu sürecin içerisine spora dayalı faaliyetlerin daha fazla katılması gerektiğini göstermektedir.

Tablo 25. Hastaların AMATEM Servisine Hangi Şehirlerden Geldiklerinin Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Diyarbakır	26	40,6	40,6
Mardin	7	10,9	51,6
Batman	3	4,7	56,3
İstanbul	1	1,6	57,8
Elazığ	11	17,2	75,0
Malatya	7	10,9	85,9
Erzurum	2	3,1	89,1
Uşak	1	1,6	90,6
Tunceli	3	4,7	95,3
Bingöl	1	1,6	96,9
Adıyaman	1	1,6	98,4
Bitlis	1	1,6	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların AMATEM servisine hangi şehirlerden geldikleri incelendiğinde, % 40,6 sının Diyarbakır, % 10,9 unun Mardin, % 4,7 sinin Batman, % 1,6 sının İstanbul, % 17,2 sinin Elazığ, % 10,9 unun Malatya, % 3,1 inin Erzurum, % 1,6 sının Uşak, % 4,7 sinin Tunceli, % 1,6 sının Bingöl, % 1,6 sının Adıyaman, % 1,6 sının Bitlis'ten geldiği tespit edilmiştir.

Örneklem grubunda 26 kişi ile en fazla Diyarbakır'dan gelen kişilerin oluşturması, Diyarbakır'ın sosyo-ekonomik açıdan ayrıca irdelenmesi gerekliliğini göstermektedir.

Tablo 26. Hastaların Alkol-Madde Kullanımına Kaç Yaşında Başladıklarının Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
8-11	2	3,1	3,1
12-15	20	31,3	34,4
16-18	25	39,1	73,4
19 +	17	26,6	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların alkol-madde kullanımına kaç yaşında başladıkları incelendiğinde, % 3,1 inin 8-11 yaşında, % 31,3 ünün 12-15 yaşında, % 39,1 inin 16-18 yaşında, % 26,6 sının 19 yaş ve üzeri yaşlarda başladıkları tespit edilmiştir.

Tablo 27. Hastaları Alkol-Madde İle Tanıştıran Kişinin Yakınlık Derecelerinin Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Arkadaşım	59	92,2	92,2
Kuzenim	4	6,3	98,4
İş Ortamı	1	1,6	100,0
Total	64	100,0	

Hastaları alkol-madde ile tanıştıran kişinin yakınlık dereceleri incelendiğinde, % 92,2 sinin arkadaş, % 6,3 ünün kuzen, % 1,6 sının ise iş ortamı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 27, diğer tabloların verilerini teyit eder niteliktedir. Arkadaş çevresi alkol-madde bağımlılığında en önemli ayağını oluşturmaktadır.

Tablo 28. Hastaların Kullandıkları Alkol-Maddeyi Nerden Temin Ettiklerinin Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Torbacı	54	84,4	84,4
Tekel Bayii	5	7,8	92,2
Arkadaş	2	3,1	95,3
Sokak	3	4,7	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların kullandıkları alkol-maddeyi nerden temin ettikleri incelendiğinde, % 84,4 ünün torbacıdan, % 7,8 inin tekel bayiden, % 3,1 inin arkadaştan, % 4,7 nin sokaktan temin ettikleri tespit edilmiştir. Tablo 28'in verileri alkol-madde bağımlılığı ile mücadelenin diğer bir ayağının kolluk kuvvetlerinden ve yasal çerçeveden geçtiğini göstermektedir.

Tablo 29. Hastaların Kardeş Sayılarının Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Tekim	1	1,6	1,6
2	3	4,7	6,3
3	12	18,8	25,0
4	6	9,4	34,4
5	18	28,1	62,5
6 +	24	37,5	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların kardeş sayıları incelendiğinde, % 1,6 sının tek kardeş, % 4,7 sinin iki kardeş, % 18,8 inin üç kardeş, % 9,4 ünün dört kardeş, % 28,1 inin beş kardeş, % 37,5 in 6 ve üzeri kardeş oldukları tespit edilmiştir. Görülen o ki kardeş sayısı ile alkol-madde

bağımlılığı arasında azda olsa bir ilişki mevcuttur. Bu durum aile içi iletişim/iletişimsizliği düşündürmektedir.

Tablo 30. Hastaların Kardeşleri Arasında Kaçınıcı Kardeş Olduklarının Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Tekim	1	1,6	1,6
Sonuncu	21	32,8	34,4
1	14	21,9	56,3
2	6	9,4	65,6
3	9	14,1	79,7
4	9	14,1	93,8
5	2	3,1	96,9
6	2	3,1	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların kardeşleri arasında kaçınıcı kardeş oldukları incelendiğinde, % 1,6 sının tek kardeş, % 32,8 inin sonuncu, % 21,9 unun ilk kardeş, % 9,4 ünün ikinci kardeş, %14,1 inin üçüncü kardeş, % 14,1 inin dördüncü kardeş, % 3,1 inin beşinci kardeş ve % 3,1 inin altıncı kardeş olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 31. Hastaların Alkol-Madde Kullanmadan Önce Aile İlişkilerinin Nasıl Olduğunun Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
İyi	46	71,9	71,9
Normal	14	21,9	93,8
Kötü	4	6,3	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların alkol-madde kullanmadan önce aile ilişkilerinin nasıl olduğu incelendiğinde, % 71,9 unun iyi, % 21,9 unun normal, % 6,3 ünün kötü olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 32. Hastaların Alkol-Madde Kullandıktan Sonra Aile İlişkilerinin Nasıl Olduğunun Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
İyi	3	4,7	4,7
Normal	10	15,6	20,3
Kötü	51	79,7	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların alkol-madde kullandıktan sonra aile ilişkilerinin nasıl olduğu incelendiğinde % 4,7 sinin iyi, % 15,6 sının normal, % 79,7 nin kötü olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 33. AMATEM Tedavi Sürecinde Olmasını İstedikleri Şeylerin Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Yok	30	46,9	46,9
Var	34	53,1	100,0
Total	64	100,0	

Hastalara AMATEM tedavi sürecinde olmasını istedikleri şeyler sorulduğunda, % 46,9 u olmasını istedikleri uygulamanın olmadığını, % 53,1 i ise olmasını istedikleri uygulamanın var olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 34. AMATEM Tedavi Sürecinde Olmamasını İstedikleri Şeylerin Dağılımları

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Yok	51	79,7	79,7
Var	13	20,3	100,0
Total	64	100,0	

Hastalara AMATEM tedavi sürecinde olmamasını istedikleri şeyler sorulduğunda, % 79,7 sinin olmadığını, % 20,3 ünün olduğu tespit edilmiştir.

BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Tablo 35. “Olanlara Genellikle Bozulmam” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	44	68,8	68,8
Hayır	20	31,3	100,0
Total	64	100,0	

Olanlara genellikle bozulmam ifadesine hastaların %68,8 inin evet, % 31,3 ünün hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum hastaların, hayatlarında olumsuz giden olaylara karşı çözüm üretmek yerine olumsuzluklara teslim olduklarını düşündürmektedir.

Tablo 36. “Sınıfın Önünde Konuşma Yapmak Bana Oldukça Zor Gelir” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	20	31,3	31,3
Hayır	44	68,8	100,0
Total	64	100,0	

Hastaların % 31,3 ünün sınıfın önünde konuşma yapmak bana oldukça zor gelir ifadesine evet dediği, % 68,8 inin hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum, hastaların büyük çoğunluğunun kendilerini ifade etme konusunda yeterli gördükleri ve benlik saygılarının yüksek olduğu sonucuna ulaştırabilmektedir.

Tablo 37. “Eğer Gücüm Yetse Değiştirmek İsteyeceğim Pek Çok Özelliğim Var” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	48	75,0	75,0
Hayır	16	25,0	100,0
Total	64	100,0	

Eğer gücüm yetse değiştirmek isteyeceğim pek çok özelliğim var ifadesine hastaların % 75,0 inin evet, % 25,0 inin hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum, hastaların bağımlılıktan tamamen kurtulmak istemeleri ya da içinde buldukları olumsuz koşulların varlığıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Örneklem grubunun yarıdan fazlasının Evet cevabı vermesi, bireylerin mevcut durumlarından memnun olmadıklarını göstermektedir. Bu durum kişilerin benlik saygılarını olumsuz etkileyeceğini düşündürmektedir.

Tablo 38. “Fazla Zorlanmadan Karar Verebilirim” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	42	65,6	65,6
Hayır	22	34,4	100,0
Total	64	100,0	

Fazla zorlanmadan karar verebilirim ifadesine hastaların % 65,6 sının evet, % 34,4 ünün hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum hastaların, kendilerinin ne istediklerini bilmeleri ve bu konuda karar verme konusunda zorlanmayacakları fikrini oluşturmasının yanı sıra alkol-madde bağımlısı olmanın bir yansıması da olabileceğini göstermektedir. Alkol-madde bağımlılığı biliyoruz ki kişilerde kaygı düzeyini düşürmektedir.

Tablo 39. “Benimle Birlikte Olmak Zevkli Ve Eğlencelidir” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	50	78,1	78,1
Hayır	14	21,9	100,0
Total	64	100,0	

Benimle birlikte olmak zevkli ve eğlencelidir ifadesine hastaların % 78,1 inin evet, % 21,9 unun hayır dediği tespit edilmiştir. Bu veriler ışığında kişiler kendilerini eğlenceli olarak tanımlamaktadır. Dolayısı ile benlik saygısı bu acıdan beslenmektedir.

Tablo 40. “Evdeyken Kolayca Canım Sıkılır, Moralim Bozular” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	36	56,3	56,3
Hayır	28	43,8	100,0
Total	64	100,0	

Evdeyken kolayca canım sıkılır, moralim bozular ifadesine hastaların % 56,3 ünün evet, % 43,8 inin hayır dediği tespit edilmiştir. Bu durum, hastaların boş vakitlerini nasıl değerlendireceklerini bilmemeleri, ya da dışarıda vakit geçirmenin evdekinden daha fazla keyif verdiği düşüncesini oluşturmaktadır.

Tablo 41. “Yeni Bir Şeye Alışmam Çok Zaman Alır” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	37	57,8	57,8
Hayır	27	42,2	100,0
Total	64	100,0	

Yeni bir şeye alışmam çok zaman alır ifadesine hastaların % 57,8 inin evet, % 42,2 sinin hayır dediği tespit edilmiştir. Bu durum hastaların yeni bir şeyle karşılaşmaları durumunda alışma konusunda direnç gösterebilecekleri fikrini oluşturmuştur. Bu durumun tedavinin kurallarına uyma konusunda da karşılaşılabilecek durum olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 42. “Yaşıtlarım Arasında Popülerim” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	28	43,8	43,8
Hayır	36	56,3	100,0
Total	64	100,0	

Yaşıtlarım arasında popülerim ifadesine hastaların % 43,8 inin evet, % 56,3 ünün hayır dediği tespit edilmiştir. Dolayısıyla hayır diyen 36 kişinin benlik saygısı olumsuz bir durumu ifade ederken, 28 kişinin ise benlik saygısı açısından olumlu bir noktada olduğu söylenebilir.

Tablo 43. “Annem ve Babam Genellikle Duygularımı Dikkate Alır” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	50	78,1	78,1
Hayır	14	21,9	100,0
Total	64	100,0	

Annem ve babam genellikle duygularımı dikkate alır ifadesine hastaların % 78,1 inin evet, % 21,9 unun hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum, sanılanın aksine bağımlı bireylerin aile desteklerinin olduğu ve tedaviye yönlendirici ilgili aileler olduğu fikrini düşündürmektedir. Ayrıca bu durum kişinin benlik saygısını geliştirme noktasında olumlu bir durumu ifade etmektedir.

Tablo 44. “Genellikle Pek Direnmeden Kolayca Vazgeçme Gibi Bir Huyum Var” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	30	46,9	46,9
Hayır	34	53,1	100,0
Total	64	100,0	

Genellikle pek direnmeden kolayca vazgeçme gibi bir huyum var ifadesine hastaların % 46,9 unun evet, % 53,1 inin hayır dediği tespit edilmiştir.

Hastaların çoğunluğunun, direnmeden kolay vazgeçmediklerini düşünmeleri tedavi için olumlu bir durum olarak düşünülebilir. Benlik saygısı bağlamında bakıldığında bir güven göstergesi olması açısından olumlu bir durumu ifade etmektedir.

Tablo 45. “Ailemin Benden Beklentisi Çok Fazla” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	47	73,4	73,4
Hayır	17	26,6	100,0
Total	64	100,0	

Ailemin benden beklentisi çok fazla ifadesine hastaların % 73,4 ünün evet, % 26,6 sının hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum, hastaların beklenti olarak bağımlılıktan kurtulmayı çok zor bulmaları düşüncesinin olabileceği fikrini oluşturmuştur. Bu durum beraberinde kişide kişiliğe bağlı olarak hem olumlu hem de olumsuz yönde sonuçlar doğurabilir.

Tablo 46. “Benim Yerimde Olmak Oldukça Zordur” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	47	73,4	73,4
Hayır	17	26,6	100,0
Total	64	100,0	

Benim yerimde olmak oldukça zordur ifadesine hastaların % 73,4 ünün evet, % 26,6 sının hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum, hastaların büyük çoğunluğunun bağımlılığın hayatlarında sebep olduğu olumsuzlukların farkında olduklarını düşündürmektedir. Dolayısıyla bu kişiler olumsuzluklarından yola çıkarak benlik saygılarını kaybedebilirler.

Tablo 47. “Hayatımdaki Her Şey Karmakarışık” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	46	71,9	71,9
Hayır	18	28,1	100,0
Total	64	100,0	

Hayatımdaki her şey karmakarışık ifadesine hastaların % 71,9 unun evet, % 28,1 inin hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum, hastaların bağımlılık nedeniyle düzenli bir yaşantı süremediklerinin farkında olduklarını göstermektedir. Bağımlılık hem aile hem iş hem okul hayatını olumsuz etkilediğinden, karşılaşılan sorunlarla mücadele konusunda kendisini yetersiz hisseden hastanın alkol ya da maddeye yönelerek bu sorunlarını çözmeye çalışması, hastanın hayatını daha da karmaşıklaştırıyor olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 48. “Arkadaşlarım Genellikle Benim Fikirlerimi İzler” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	30	46,9	46,9
Hayır	34	53,1	100,0
Total	64	100,0	

Arkadaşlarım genellikle benim fikirlerimi izler ifadesine hastaların % 46,9 unun evet, % 53,1 inin hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum, hastaların buldukları arkadaş çevresi içinde lider konumunda değil de lidere uyan grup üyeleri olabileceklerini düşündürmektedir.

Tablo 49. “Kendime İlişkin Olumsuz Bir İmajım Var” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	29	45,3	45,3
Hayır	35	54,7	100,0
Total	64	100,0	

Kendime ilişkin olumsuz bir imajım var ifadesine hastaların % 45,3 ünün evet, % 54,7 sinin hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum, hastaların çoğunun kendi imajlarından memnun olduklarını göstermektedir. Ancak %45,3 ü kendisi hakkında olumsuz düşünmektedir ki bu aynı zamanda bir benlik probleminin de çağrıştırmaktadır.

Tablo 50. “Pek Çok Kere Evden Ayrılmayı (Kaçmayı) Düşündüm” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	34	53,1	53,1
Hayır	30	46,9	100,0
Total	64	100,0	

Pek çok kere evden ayrılmayı (kaçmayı) düşündüm ifadesine hastaların % 53,1 inin evet, % 46,9 unun hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum, hastaların evlerinde huzursuz bir aile ortamı olmasından veya dışarıdaki hayata özenmelerinden kaynaklanıyor olabileceğini düşündürmektedir. Bu soruya 30 kişinin de hayır demesi düşünülenin aksine yinede ailenin alkol-madde bağımlıları üzerindeki azda olsa olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Tablo 51. “Okuldayken Sık Sık Canım Sıkılır” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	39	60,9	60,9
Hayır	25	39,1	100,0
Total	64	100,0	

Okuldayken sık sık canım sıkılır ifadesine hastaların % 60,9 unun evet, % 39,1 inin hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum, hastaların büyük çoğunluğunun eğitimden hoşlanmadıklarını ve okul içinde kendilerini yalnız hissettiklerini göstermektedir. Eğitim sisteminin dayattığı

düzen onlar için kabul edilebilir değildir. Dolayısıyla hoşlanmama, düzenli bir süreç ve yalnızlık hissi bu kişilerde benlik saygısını da olumsuz yönde etkilemektedir.

Tablo 52. “Çoğu İnsan Kadar Güzel Görünüşlü Biri Değilim” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	20	31,3	31,3
Hayır	44	68,8	100,0
Total	64	100,0	

Çoğu insan kadar güzel görünüşlü biri değilim ifadesine hastaların % 31,3 ünün evet, % 68,8 inin hayır dediği tespit edilmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğunun fiziksel olarak kendilerini yeterli gördükleri ve benlik saygılarının yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 53. “Söyleyecek Bir Şeyim Olduğunda Genellikle Onu Çekinmeden Söylerim” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	47	73,4	73,4
Hayır	17	26,6	100,0
Total	64	100,0	

Söyleyecek bir şeyim olduğunda genellikle onu çekinmeden söylerim ifadesine hastaların % 73,4 ünün evet, % 26,6 sının hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum, hastaların alkol veya madde etkisindeyken kendilerini daha iyi ifade ettiklerini düşündüklerinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Tablo 54. “Annem ve Babam Beni Anlayabiliyor” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	48	75,0	75,0
Hayır	16	25,0	100,0
Total	64	100,0	

Annem ve babam beni anlayabiliyor ifadesine hastaların % 75,0 inin evet, % 25,0 inin hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum, araştırmaya katılan hasta grubunun, bağımlılık tedavisi ile ilgili aile desteği aldıklarını düşündürmektedir. Aynı zamanda tablo 20'nin verileri doğrultusunda alkol-madde bağımlısı çocukların ebeveynlerinin zaman içerisinde empati becerilerini geliştirdikleri ifade edilebilir.

Tablo 55. “İnsanların Çoğu Benden Daha Çok Seviliyor” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	20	31,3	31,3
Hayır	44	68,8	100,0
Total	64	100,0	

İnsanların çoğu benden daha çok seviliyor ifadesine hastaların % 31,3 ünün evet, % 68,8 inin hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum hastaların kendilerine olan benlik saygılarının yüksek olduğu ve kendilerini diğer bireylerden farklı görmediklerini düşündürmektedir.

Tablo 56. “Çoğu Zaman Anne ve Babamın Beni Sanki Zorladıklarını Hissediyorum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	36	56,3	56,3
Hayır	28	43,8	100,0
Total	64	100,0	

Çoğu zaman anne ve babamın beni sanki zorladıklarını hissediyorum ifadesine hastaların % 56,3'ünün evet, % 43,8'inin hayır dediği tespit edilmiştir.

AMATEM hastaların gönüllülük esasına bağlı olarak geldikleri tedavi merkezi olmasına rağmen bazı hastalar ailelerinin zorlamalarıyla gelmekte, bazı hastalar ise tamamen kendi istekleriyle gelmektedirler. Ailelerin hastalarını tedaviye zorlaması bunun sebebi olarak düşünülebilir.

Tablo 57. “Okulda Çoğu Zaman Cesaretim Kırılıyor” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	20	31,3	31,3
Hayır	44	68,8	100,0
Total	64	100,0	

Okulda çoğu zaman cesaretim kırılıyor ifadesine hastaların % 31,3'ünün evet, % 68,8'inin hayır dediği tespit edilmiştir. Bu durum bağımlılığın vermiş olduğu bir suni benlik saygısının varlığını düşündürmektedir.

Tablo 58. “Sık Sık Keşke Başka Birisi Olsam Diye Arzularım” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	28	43,8	43,8
Hayır	36	56,3	100,0
Total	64	100,0	

Sık sık keşke başka birisi olsam diye arzularım ifadesine hastaların % 43,8'inin evet, % 56,3'ünün hayır dediği tespit edilmiştir.

Hastaların % 56,3'ünün kendi durumlarından ve buldukları konumdan memnun olduğu, %43,8'inin ise oldukları durumdan memnun olmadıkları ve başka birinin yerinde olmayı düşündüklerini göstermektedir. Bu durum hastaların oldukları kişi olmalarından memnun olmaları tedavi sürecinde verilen önerileri dikkate aldıkları

takdirde istedikleri kişi olabileceklerine olan inançları ya da kullandıkları alkol ya da maddenin hayatlarında oluşturdukları zararın farkında olmamaları olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 59. “Güvenilir Biri Değilim” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Evet	11	17,2	17,2
Hayır	53	82,8	100,0
Total	64	100,0	

Güvenilir biri değilim ifadesine hastaların % 17,2sinin evet, % 82,8 inin hayır dediği tespit edilmiştir.

Bu durum hastaların büyük çoğunluğunun güvenilir biri olduklarını düşündüklerini ve benlik saygılarının yüksek olduğunu göstermektedir.

İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ

NOT: Hastalara bu anket uygulandığında, ankette yer alan “Ruhsal hastalık” ifadesinin “Alkol-madde bağımlılığı” olarak algılanıp buna göre soruları yanıtlamaları belirtilmiştir.

Tablo 60. “Ruhsal Bir Hastalığım Olduğu İçin Kendimi Bu Dünyada Bir Yabancı Gibi Hissediyorum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	19	29,7	29,7
Aynı Fikirde Değilim	23	35,9	65,6
Aynı Fikirdeyim	14	21,9	87,5
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	8	12,5	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum ifadesine

Hastaların

% 29,7 sinin Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 35,9 unun Aynı Fikirde Değilim

% 21,9 unun Aynı Fikirdeyim

% 12,5 inin Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun kendilerini hayata yabancı hissetmedikleri normal yaşamlarını sürdürürken zorluk yaşamadıklarını düşündürmektedir. Bu durumun hastaların bağımlılık tedavisi sonrasında normal hayata devamları konusunda güçlüklerle karşılaşmayacaklarından tedavinin başarılı olmasını sağlayan çevresel faktörlerin uygun olduğu fikrini oluşturmaktadır.

Tablo 61. “Ruhsal Hastalığı Olan Kişiler Saldırgan Olmaya Eğilimlidirler” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	12	18,8	18,8
Aynı Fikirde Değilim	21	32,8	51,6
Aynı Fikirdeyim	20	31,3	82,8
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	11	17,2	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler ifadesine

Hastaların

% 18,8 inin Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 32,8 inin Aynı Fikirde Değilim

% 31,3 ünün Aynı Fikirdeyim

% 17,2 sinin Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların bir kısmı belirtilen ifadeye katılırken diğer kısmı katılmadıklarını belirtmişlerdir. Bu durum hastaların bir kısmının içselleştirilmiş damgalamada bulduklarını, diğer kısmının ise içselleştirilmiş damgalamada bulunmadıklarını göstermektedir.

Tablo 62. “Ruhsal Bir Hastalığım Olduğu İçin İnsanlar Bana Farklı Davranıyorlar” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	14	21,9	21,9
Aynı Fikirde Değilim	17	26,6	48,4
Aynı Fikirdeyim	21	32,8	81,3
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	12	18,8	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar ifadesine Hastaların

% 21,9 unun Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 26,6 sının Aynı Fikirde Değilim

% 32,8 inin Aynı Fikirdeyim

% 18,8 inin Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların bir kısmının sahip oldukları hastalık (bağımlılık) nedeniyle insanların kendilerine farklı davranmadıklarını belirtmiş olup “ötekileştirmeyi” hissetmedikleri, hastaların diğer kısmının ise toplum tarafından “ötekileştirildiklerini” düşündükleri tespit edilmiştir.

Tablo 62. “Reddedilmemek İçin, Ruhsal Hastalığı Olmayan Kişilere Yaklaşmaktan Kaçınıyorum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	21	32,8	32,8
Aynı Fikirde Değilim	18	28,1	60,9
Aynı Fikirdeyim	18	28,1	89,1
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	7	10,9	100,0
Total	64	100,0	

Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşmaktan kaçınıyorum ifadesine

Hastaların

% 32,8 inin Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 28,1 inin Aynı Fikirde Değilim

% 28,1 inin Aynı Fikirdeyim

% 10,9 unun Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların çoğunun, alkol- madde bağımlısı bireylerle iletişim kurabildikleri ve bağımlı olmayan bireylere yaklaşımdan kaçınmadıklarını belirttikleri tespit edilmiştir. Bu durumun hastaların bağımlılık tedavisi sonrasında yeni arkadaşlar edinmeleri ve bağımlı arkadaşlarla görüşmemeyi başarabilmeleri noktasında güçlü yön olduğunu düşündürmektedir. Bağımlı bireylerin, bağımlı olmayan bireylerle iletişime geçmelerinin güç olduğu ve kendilerini iyi ifade edemedikleri düşünülse de verilen cevapların bu hipotezi çürütmekte olduğu söylenilebilir.

Tablo 63. “Ruhsal Bir Hastalığım Olduğundan Dolayı Utanıyorum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	19	29,7	29,7
Aynı Fikirde Değilim	19	29,7	59,4
Aynı Fikirdeyim	18	28,1	87,5
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	8	12,5	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum ifadesine

Hastaların

% 29,7 sinin Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 29,7 sinin Aynı Fikirde Değilim

% 28,1 inin Aynı Fikirdeyim

% 12,5 inin Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğunun alkol-madde bağımlısı olmalarından utanç duymadıkları tespit edilmiştir. Hastaların bağımlılığı normal bir süreç olarak algılamaları bağımlılıkla mücadele noktasında fayda sağlayacağını düşündürmekle birlikte, bağımlılığı devam ettirmeyi isteme düşüncesiyle de açıklanabileceği fikri oluşmuştur.

Tablo 64. “Ruhsal Hastalığı Olan Kişiler Evlenmemelidir” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	19	29,7	29,7
Aynı Fikirde Değilim	18	28,1	57,8
Aynı Fikirdeyim	14	21,9	79,7
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	13	20,3	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir ifadesine

Hastaların

% 29,7 sinin Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 28,1 inin Aynı Fikirde Değilim

% 21,9 unun Aynı Fikirdeyim

% 20,3 ünün Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların bir kısmının bağımlı bireylerin evlenmemelerinin gerektiği fikrini belirtmiş olmalarının, bağımlı bireyin sorumluluklarını yerine getirmesinde karşılaşılabilecek zorluklardan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Hastaların büyük bir kısmı bağımlı bireylerin de evlenebileceği ve evlilik sorumluluklarını yerine getirebilecekleri fikrini belirtmişlerdir.

Tablo 65. “Ruhsal Hastalığı Olan Kişiler Topluma Önemli Katkılarda Bulunurlar” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	4	6,3	6,3
Aynı Fikirde Değilim	18	28,1	34,4
Aynı Fikirdeyim	21	32,8	67,2
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	21	32,8	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar ifadesine

Hastaların

% 6,3 ünün Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 28,1 inin Aynı Fikirde Değilim

% 32,8 inin Aynı Fikirdeyim

% 32,8 inin Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğunun bağımlı bireylerin topluma önemli katkılarda bulunabileceklerini düşündükleri tespit edilmiştir. Bu durumun tedavi sonrası süreç için faydalı olabileceği fikrini oluşturmuştur. Böylelikle bağımlı bireyin kendini toplumla daha kolay bütünleştirebileceği ve toplumsal anlamda katkı sağlayabileceği işlere yönelebileceği fikri oluşmuştur.

Tablo 66. “Kendimi Ruhsal Hastalığı Olmayan Kişilerden Daha Aşağı Hissediyorum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	25	39,1	39,1
Aynı Fikirde Değilim	20	31,3	70,3
Aynı Fikirdeyim	15	23,4	93,8
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	4	6,3	100,0
Total	64	100,0	

Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum ifadesine

Hastaların

% 39,1 inin Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 31,3 ünün Aynı Fikirde Değilim

% 23,4 ünün Aynı Fikirdeyim

% 6,3 ünün Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğunun kendilerini bağımlı olmayan bireylerden yetersiz görmediklerini düşündükleri tespit edilmiştir. Hastaların diğer kısmı ise kendilerini bağımlı olmayan bireylerden daha aşağı hissettiklerini belirttikleri tespit edilmiştir. Bu durum araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun kendilerini damgalamadıkları sonucuna götürdüğü söylenilebilmektedir.

Tablo 67. “Ruhsal Hastalığım Benim “Garip” Görünmeme Ya Da Davranmama Neden Olabileceğinden Dolayı Eskisi Kadar Sosyal Değilim” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	10	15,6	15,6
Aynı Fikirde Değilim	15	23,4	39,1
Aynı Fikirdeyim	26	40,6	79,7
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	13	20,3	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim ifadesine

Hastaların

% 15,6 sının Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 23,4 ünün Aynı Fikirde Değilim

% 40,6 sının Aynı Fikirdeyim

% 20,3 ünün Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğunun alkol-madde bağımlılığı nedeniyle sosyal aktivitelerinde azalma olduğunu belirttikleri tespit edilmiştir. Bu durum, bağımlılığın bireylerin sosyal aktivite yapmalarını engellediği fikrini güçlendirmektedir. Aynı zamanda içselleştirilmiş bir damgalama görülmektedir.

Tablo 68. “Ruhsal Hastalığı Olan Kişiler İyi ve Doyum Verici Bir Hayat Yaşayamazlar” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	15	23,4	23,4
Aynı Fikirde Değilim	14	21,9	45,3
Aynı Fikirdeyim	26	40,6	85,9
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	9	14,1	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar ifadesine

Hastaların

% 23,4 ünün Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 21,9 unun Aynı Fikirde Değilim

% 40,6 sının Aynı Fikirdeyim

% 14,1 inin Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların bir kısmının, alkol-madde bağımlısı bireylerin iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamayacaklarını düşündükleri; diğer kısmının ise bu düşünceye katılmadıkları tespit edilmiştir. Bağımlı bireylerin iyi hayat yaşayamayacağı fikrini savunan hastaların tedavilerine daha çok sahip çıkarak bağımlılıktan kurtulma konusunda motivasyonlarının daha yüksek olabileceği fikri oluşmuştur.

Tablo 69. “İnsanları Ruhsal Hastalığımla Sıkamak İstemediğimden Dolayı, Kendi Hakkımda Fazla Konuşmam” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	9	14,1	14,1
Aynı Fikirde Değilim	16	25,0	39,1
Aynı Fikirdeyim	27	42,2	81,3
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	12	18,8	100,0
Total	64	100,0	

İnsanları ruhsal hastalığımla sıkamak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam ifadesine

Hastaların

% 14,1 inin Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 25,0 inin Aynı Fikirde Değilim

% 42,2 sinin Aynı Fikirdeyim

% 18,8 inin Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların çoğunluğunun, bağımlılık sorunlarını diğer insanlarla paylaşmadıkları tespit edilmiştir. Bu durum bağımlılığın toplum tarafından diğer hastalıklar gibi normal karşılanmadığından kaynaklanmış olabileceği fikrini oluşturmuştur. Bu nedenle içselleştirilmiş bir damgalama görülmektedir.

Tablo 70. “Halk Arasındaki Ruhsal Hastalıklarla İlgili Olumsuz Düşünceler, Benim “Normal” Yaşamın Dışında Kalmama Neden Oluyor” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	13	20,3	20,3
Aynı Fikirde Değilim	19	29,7	50,0
Aynı Fikirdeyim	23	35,9	85,9
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	9	14,1	100,0
Total	64	100,0	

Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor ifadesine

Hastaların

% 20,3 ünün Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 29,7 sinin Aynı Fikirde Değilim

% 35,9 unun Aynı Fikirdeyim

% 14,1 inin Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların bir kısmının toplum tarafından dışlandıklarını düşündükleri, diğer kısmının ise bu ifadeye katılmadıkları tespit edilmiştir. Damgalamanın en başarılı tedaviyi bile engelleyebileceği düşünüldüğünde bu durumun taburculuk sonrası süreç için hastanın tedavisinin başarısızlıkla sonuçlanmasına sebep olacak etkenlerden biri olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 71. “Ruhsal Hastalığı Olmayan Kişilerle Birlikteyken, Kendimi Sanki O Ortama Ait Değilmiş ve Yetersizmişim Gibi Hissediyorum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	13	20,3	20,3
Aynı Fikirde Değilim	18	28,1	48,4
Aynı Fikirdeyim	21	32,8	81,3
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	12	18,8	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum ifadesine

Hastaların

% 20,3 ünün Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 28,1 inin Aynı Fikirde Değilim

% 32,8 inin Aynı Fikirdeyim

% 18,8 inin Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların bir kısmının bağımlı olmayan bireylerle birlikteyken kendilerini o ortama ait olmadıklarını, diğer kısmının ise tam tersi fikri belirttikleri görülmektedir. Bağımlı olmayan bireylerle vakit geçirilirken kendini o ortama ait olarak hisseden

hastaların tedavi sonrasında madde kullanmayan kişilerle görüşme olasılıkları artacağından (aldıkları S.A.M.B.A eğitimleri nedeniyle) bu durumun tedavilerine olumlu katkı sağlayacağı fikri oluşmaktadır.

Tablo 72. “Ruhsal Hastalığı Açıkça Anlaşılan Biriyle Toplum İçinde Birlikte Görülmek Beni Rahatsız Etmez” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	9	14,1	14,1
Aynı Fikirde Değilim	22	34,4	48,4
Aynı Fikirdeyim	20	31,3	79,7
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	13	20,3	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez ifadesine

Hastaların

% 14,1 inin Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 34,4 ünün Aynı Fikirde Değilim

% 31,3 ünün Aynı Fikirdeyim

% 20,3 ünün Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların bir kısmının, alkol-madde bağımlısı olduğu toplum tarafından açıkça bilinen biriyle görülmenin kendisi açısından rahatsızlık vermeyeceğini düşündüklerini belirtirken, hastaların diğer kısmının bu durumun kendilerini rahatsız edeceği düşüncesini paylaştıkları tespit edilmiştir. Bu durumun toplum tarafından dışlanmama ve damgalanmamak kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 73. “Sırf Ruhsal Hastalığımdan Dolayı İnsanlar Bana Sık Sık Ne Yapmam Gerektiğini Söyleyip, Sanki Çocukmuşum Gibi Davranırlar” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	19	29,7	29,7
Aynı Fikirde Değilim	14	21,9	51,6
Aynı Fikirdeyim	24	37,5	89,1
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	7	10,9	100,0
Total	64	100,0	

Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar ifadesine

Hastaların

% 29,7 sinin Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 21,9 unun Aynı Fikirde Değilim

% 37,5 inin Aynı Fikirdeyim

% 10,9 unun Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların bir kısmının bu fikre katıldığı, diğer kısmının ise katılmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 74. “Ruhsal Hastalığım Olduğu İçin Kendimden Memnun Değilim” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	13	20,3	20,3
Aynı Fikirde Değilim	9	14,1	34,4
Aynı Fikirdeyim	26	40,6	75,0
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	16	25,0	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim ifadesine

Hastaların

% 20,3 ünün Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 14,1 inin Aynı Fikirde Değilim

% 40,6 sının Aynı Fikirdeyim

% 25,0 inin Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğunun alkol-madde bağımlısı olmalarından dolayı kendilerinden memnun olmadıklarını belirttikleri görülmektedir. Bu durum hastaların içselleştirilmiş damgalama yaptıklarını göstermektedir.

Tablo 75. “Ruhsal Hastalığının Olması Hayatımı Berbat Etti” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	10	15,6	15,6
Aynı Fikirde Değilim	6	9,4	25,0
Aynı Fikirdeyim	28	43,8	68,8
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	20	31,3	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal hastalığının olması hayatımı berbat etti ifadesine

Hastaların

% 15,6 sının Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 9,4 ünün Aynı Fikirde Değilim

% 43,8 inin Aynı Fikirdeyim

% 31,3 ünün Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğunun alkol-madde bağımlılığının hayatını berbat ettiği fikrine katıldıklarını belirttikleri tespit edilmiştir. Bu durum, hastaların alkol-madde kullanımının kendilerine ve çevrelerine verdiği zararın farkında olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda yüksek bir içselleştirilmiş damgalama görülmektedir.

Tablo 76. “İnsanlar Görünüşümden Ruhsal Bir Hastalığımın Olduğunu Anlayabilirler” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	15	23,4	23,4
Aynı Fikirde Değilim	17	26,6	50,0
Aynı Fikirdeyim	24	37,5	87,5
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	8	12,5	100,0
Total	64	100,0	

İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler ifadesine Hastaların

% 23,4 ünün Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 26,6 sının Aynı Fikirde Değilim

% 37,5 inin Aynı Fikirdeyim

% 12,5 inin Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların yarısının bu fikre katıldığını, diğer yarısının da katılmadığı tespit edilmiştir. Dış görünüşünden alkol-madde bağımlısı olduğunun diğer insanlar tarafından anlaşıldığını düşünen hastaların toplumdan kaçmaya eğilimli oldukları düşünülmektedir.

Tablo 77. “Ruhsal Hastalığımın Dolayı Benimle İlgili Çoğu Kararı Başkalarının Vermesine İhtiyaç Duyarım” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	23	35,9	35,9
Aynı Fikirde Değilim	22	34,4	70,3
Aynı Fikirdeyim	15	23,4	93,8
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	4	6,3	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal hastalığımın dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyuyorum ifadesine

Hastaların

% 35,9 unun Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 34,4 ünün Aynı Fikirde Değilim

% 23,4 ünün Aynı Fikirdeyim

% 6,3 ünün Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğunun kendi kararlarını kendilerinin verdiklerini belirttikleri tespit edilmiştir. Bu durum örneklem grubunun çoğunun içselleştirilmiş damgalamayı reddettiğini göstermektedir.

Tablo 78. “Ailemi ve Arkadaşlarımı Utandırmamak İçin Sosyal Ortamlardan Uzak Dururum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	16	25,0	25,0
Aynı Fikirde Değilim	16	25,0	50,0
Aynı Fikirdeyim	27	42,2	92,2
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	5	7,8	100,0
Total	64	100,0	

Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum ifadesine Hastaların

% 25,0 inin Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 25,0 inin Aynı Fikirde Değilim

% 42,2 sinin Aynı Fikirdeyim

% 7,8 inin Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların yarısının, ailesi ve arkadaşlarını utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak durdukları, diğer yarısının ise bu düşünceye katılmadıkları tespit edilmiştir. Hastaların sosyal ortamlardan uzak durmalarının, bağımlılık tedavisinin başarılı olması konusunda olumsuz sonuçlara sebep olabileceği düşünülmektedir. Örneklem grubunun yarısı içselleştirilmiş damgalamayı kabul ederken diğer yarısı reddetmektedir.

Tablo 79. “Ruhsal Hastalığı Olmayanların Beni Anlamaları Mümkün Değildir” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	17	26,6	26,6
Aynı Fikirde Değilim	15	23,4	50,0
Aynı Fikirdeyim	18	28,1	78,1
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	14	21,9	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir ifadesine Hastaların

% 26,6 sının Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 23,4 ünün Aynı Fikirde Değilim

% 28,1 inin Aynı Fikirdeyim

% 21,9 unun Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların yarısının bağımlı bireyler dışındaki kimsenin kendisini anlamayacağı fikrini savundukları, diğer yarısının ise bu fikre katılmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 80. “Sırf Ruhsal Hastalığım Olduğu İçin İnsanlar Beni Göz Ardı Eder Ya Da Pek Ciddiye Almazlar” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	17	26,6	26,6
Aynı Fikirde Değilim	14	21,9	48,4
Aynı Fikirdeyim	25	39,1	87,5
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	8	12,5	100,0
Total	64	100,0	

Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar ifadesine

Hastaların

% 26,6 sının Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 21,9 unun Aynı Fikirde Değilim

% 39,1 inin Aynı Fikirdeyim

% 12,5 inin Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların bir kısmının bağımlılıkları nedeniyle insanların kendilerini ciddiye almadıklarını belirttikleri, diğer kısmının ise bu fikre katılmadığı tespit edilmiştir. Bu durumun, hastaların bir kısmının toplum tarafından ötekileştirildiklerini hissetmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Tablo 81. “Ruhsal Hastalığım Olduğu İçin Topluma Hiçbir Katkı Olamaz” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	23	35,9	35,9
Aynı Fikirde Değilim	19	29,7	65,6
Aynı Fikirdeyim	16	25,0	90,6
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	6	9,4	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz ifadesine

Hastaların

% 35,9 unun Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 29,7 sinin Aynı Fikirde Değilim

% 25,0 inin Aynı Fikirdeyim

% 9,4 ünün Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğunun topluma katkılarının olacağı fikrini savundukları tespit edilmiştir. Bu durumun içselleştirilmiş damgalamanın büyük bir çoğunluk tarafından reddedildiğini göstermektedir.

Tablo 82. “Ruhsal Bir Hastalıkla Yaşamak Beni Mücadeleci Bir İnsan Yaptı” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	12	18,8	18,8
Aynı Fikirde Değilim	18	28,1	46,9
Aynı Fikirdeyim	20	31,3	78,1
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	14	21,9	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı ifadesine

Hastaların

% 18,8 inin Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 28,1 inin Aynı Fikirde Değilim

% 31,3 ünün Aynı Fikirdeyim

% 21,9 unun Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların bir kısmı, bağımlılıklarının kendilerini mücadeleci biri yaptığını belirttikleri tespit edilmiştir.

Tablo 83. “Ruhsal Bir Hastalığım Olduğu İçin Kimse Bana Yakınlaşmak İstemez” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	22	34,4	34,4
Aynı Fikirde Değilim	16	25,0	59,4
Aynı Fikirdeyim	16	25,0	84,4
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	10	15,6	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez ifadesine

Hastaların

% 34,4 ünün Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 25,0 inin Aynı Fikirde Değilim

% 25,0 inin Aynı Fikirdeyim

% 15,6 sınıfın Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların çoğunun, alkol madde bağımlısı oldukları için insanların kendilerine yakınlaşmayacağı ifadesine katılmadıkları tespit edilmiştir. Bu durumun, hastaların toplum tarafından damgalanmadıklarını düşünmeleri ve topluma karışmaları açısından önemli olarak düşünülebilmektedir.

Tablo 84. “Genel Olarak, Hayatı İstedğim Şekilde Yaşayabiliyorum” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	8	12,5	12,5
Aynı Fikirde Değilim	19	29,7	42,2
Aynı Fikirdeyim	23	35,9	78,1
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	14	21,9	100,0
Total	64	100,0	

Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum ifadesine

Hastaların

% 12,5 inin Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 29,7 sinin Aynı Fikirde Değilim

% 35,9 unun Aynı Fikirdeyim

% 21,9 unun Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların çoğunun hayatlarını istedikleri şekilde yaşadıklarını belirttikleri tespit edilmiştir. Bu durum hastaların çoğunun hayatlarından memnun oldukları fikrini oluşturmaktadır. Hastaların diğer kısmının bu fikre katılmadığı, bağımlı olmasalardı daha iyi bir hayat yaşayabileceklerini düşündükleri fikrini oluşturmuştur. Aynı zamanda hastaların çoğunun hayatlarını istedikleri gibi yaşadıklarını ifade etmeleri kendilerine yönelik bir damgalamanın olmadığını düşünmelerinden kaynaklanmaktadır.

Tablo 85. “Ruhsal Hastalığıma Rağmen, İyi Ve Dolu Dolu Yaşadığım Bir Hayatım Var” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	5	7,8	7,8
Aynı Fikirde Değilim	19	29,7	37,5
Aynı Fikirdeyim	24	37,5	75,0
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	16	25,0	100,0
Total	64	100,0	

Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var ifadesine Hastaların

% 7,8 inin Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 29,7 sinin Aynı Fikirde Değilim

% 37,5 inin Aynı Fikirdeyim

% 25,0 inin Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların çoğunluğunun, alkol-madde bağımlılıklarına rağmen iyi bir hayat yaşadıklarını belirttikleri tespit edilmiştir. Elde edilen veriler tablo 26'yı destekler niteliktedir. Kişiler toplumca farklı algılanmadıklarını düşünmektedirler.

Tablo 86. “İnsanlar Ruhsal Bir Hastalığım Olduğu İçin Hayatta Fazla Başarılı Olamayacağımı Düşünüyorlar” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	20	31,3	31,3
Aynı Fikirde Değilim	15	23,4	54,7
Aynı Fikirdeyim	26	40,6	95,3
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	3	4,7	100,0
Total	64	100,0	

İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olmayacağımı düşünüyorlar ifadesine

Hastaların

% 31,3 ünün Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 23,4 ünün Aynı Fikirde Değilim

% 40,6 sının Aynı Fikirdeyim

% 4,7 sinin Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların bir kısmı alkol-madde bağımlısı olmaları nedeniyle diğer insanların kendilerinin hayatta başarılı olamayacaklarını düşünmediklerini belirttikleri tespit edilmiştir. Yarıdan fazlası bu algının olmadığını ifade ederek damgalamayı reddetmektedirler.

Tablo 87. “Akıl Hastalarıyla İlgili Olumsuz Yaygın İnanışlar Benim Durumum Dikkate Alındığında Hiç De Yanlış Sayılmaz” İfadesine Verilen Cevapların Dağılımı

	KİŞİ SAYISI	YÜZDE	YÜZDE (KÜMÜLATİF)
Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim	12	18,8	18,8
Aynı Fikirde Değilim	23	35,9	54,7
Aynı Fikirdeyim	22	34,4	89,1
Kesinlikle Aynı Fikirdeyim	7	10,9	100,0
Total	64	100,0	

Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz ifadesine

Hastaların

% 18,8 inin Kesinlikle Aynı Fikirde Değilim

% 35,9 unun Aynı Fikirde Değilim

% 34,4 ünün Aynı Fikirdeyim

% 10,9 unun Kesinlikle Aynı Fikirdeyim dediği tespit edilmiştir.

Hastaların çoğunun belirtilen ifadeye katılmadıkları tespit edilmiştir. Bu da toplumca her hangi bir yanlış algı içerisinde olmadıklarına inanmalarından kaynaklanmaktadır.

SONUÇ

Bu çalışmada uygulanan benlik saygısı ölçeği sorularına hastaların verdiği cevaplar göz önüne alındığında, örnekleme oluşturan hastaların benlik saygılarının orta düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Ölçekte benlik saygısını ölçen sorular incelendiğinde hastaların çoğu benlik saygısının yüksek olduğuna işaret eden 13 soruya benlik saygısının yüksek olduğu yönünde cevap verirken, hastaların çoğu da benlik saygısının düşük olduğunu düşündürten 12 soru ya benlik saygısının düşük olduğu yönünde cevap vermişlerdir. Sorulara verilen cevap ortalamaları, hastaların benlik saygısının orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Aynı AMATEM servisinde yapılan bir diğer çalışma sonuçları da benlik saygısının orta düzeyde olduğu sonucunu destekler niteliktedir (Ersöğütçü, 2015: 39).

Bu çalışmada hastaların İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği sorularına verdikleri cevaplar göz önünde tutulduğunda, örnekleme oluşturan hastaların sanılanın aksine içselleştirilmiş damgalama yapmadıkları sonucuna varılmıştır.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; araştırmaya katılan örneklem grubunun 18-29 yaş aralığında yoğunlaşmış olduğu (% 76,6) tespit edilmiştir.

Araştırma örnekleminde AMATEM servisinde yatarak tedavi gören hastaların büyük bir kısmının bekar olduğu (% 67,2) tespit edilmiştir. Bu durum alkol-madde bağımlısı olan bireylerden bekar olanlarının sorumluluk almak istemediklerinden evlenmeyi tercih etmemiş olabilecekleri fikrini düşündürmektedir. Aynı zamanda işsizliğin bu kişileri alkol-madde bağımlılığına sürüklediği de düşünülebilir. Öte yandan evli olanların alkol-madde bağımlılığında ikinci sırayı alması bekarlarda olduğu gibi sosyo-ekonomik nedenlerin bu grupta da etkili olduğunu düşündürmektedir.

Anket uygulanan hastalardan %3,1 inin medeni durum olarak “dini nikahlı evli” olan hastaların “diğer” şikkını belirttikleri gözlemlenmiştir. Anketin uygulanması esnasında hastaların % 4,7 sinin boşanma nedenlerinin alkol-madde kullanmaları nedeniyle evin sorumluluklarını yerine getiremediklerinden, kazandıkları gelirin neredeyse tamamını alkol-maddeye harcadıkları, kira-elektrik-su gibi giderleri bile karşılayamadıkları ve bu nedenle eşlerinin kendilerinden boşanmak istedikleri bilgisi edinilmiştir.

Aynı AMATEM servisinde yapılan başka bir çalışmada da hastaların çoğunun bekar olduğu tespit edilmiştir (Ersöğütçü, 2015: 39).

Bu çalışmada hastaların çoğunun düşük eğitim düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Örneklem grubunun eğitim durumunun düşük olması; bu durum eğitimsiz bireylerin alkol-madde kullanımının eğitim durumlarını olumsuz etkilediğini düşündürdüğü gibi eğitimin bu süreç içerisinde belirleyici olduğunu da düşündürmektedir. Bu veriler ayrıca eğitim durumu ile iş arasında ki paralelliği ve ekonomik yansımayı da çağrıştırmaktadır.

Ülkemizde konu ile ilgili yapılmış çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Bilici ve Arkadaşları, 2012: 223-227 – Yıldırım ve Arkadaşları, 2011: 25-30).

Hastaların % 89,1 inin serbest meslek yaptığı ve düzenli bir işlerinin ve gelirlerinin olmadığı bilgisi edinilmiştir. Bu durum alkol-madde bağımlılığı ile sosyo-ekonomik durum arasındaki ilişkiyi açıklar niteliktedir.

Hastaların sosyal güvenceleri incelendiğinde % 34,4 ünün SSK, % 6,3 ünün Bağ-Kur, % 1,6 sının Emekli Sandığı, % 57,8 inin Yeşil Kart (Genel Sağlık Sigortası) olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların daha önce AMATEM tedavisi görmüş olma durumu incelendiğinde, % 56,3 ünün daha önce AMATEM tedavisi gördükleri, % 43,8 inin AMATEM deki ilk tedavisi olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %56,3 ünün daha önceden AMATEM de tedavi görmüş oldukları bilgisi, bağımlılığın tekrarlayan bir hastalık olduğu yargısını güçlendirdiği görülmektedir. Aynı zamanda sürecin tekrar gözden geçirilmesi gerekliliğini de ortaya koymaktadır.

Hastalardan daha önce AMATEM tedavisi görmüş kişilerin kaçınıcı tedavileri olduğu incelendiğinde, % 45,3 ünün ilk tedavileri olduğu, % 18,8 inin ikinci, % 14,1 inin üçüncü, % 7,8 inin dördüncü, % 7,8 inin beşinci, % 1,6 sının altıncı ve % 4,7 sinin yediden fazla tedavisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu durum bağımlılığın tekrarlayan bir hastalık olduğunu desteklemektedir.

Bu çalışmada hastaların % 10,9 unun alkol, % 67,2 sinin madde ve % 21,9 unun alkol-madde tedavisi nedeniyle gelmiş olduğu tespit edilmiştir.

Bu araştırmada kişilerin alkol-madde başlama nedeni arkadaş ortamı olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun özellikle gençler arasında arkadaş ortamına kabul edilme ya da merak-özenti kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan gençlerin kendilerini ifade edebilecek grup arayışları bu süreci kaçınılmaz kılmaktadır. Anket sorusu açık uçlu sorulduğundan, şıklar hastaların belirttikleri sebeplerden oluşturulmuştur. Hastaların belirttikleri sebepler incelendiğinde; alkol-madde başlama

nedenlerinin arasında karşılaştıkları sorunlarla mücadele etmek yerine alkol-madde kullanmaya yöneldikleri tespit edilmiştir.

Bu çalışmada hastaların % 79,7 sinin alkol ve/veya madde bağımlısı olduğunu kabul ettiği, % 20,3 ünün ise alkol ve/veya madde bağımlısı olduğunu kabul etmediği tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun alkol-maddenin hayatlarında oluşturduğu olumsuzlukların farkında olmaları nedeniyle bağımlı olduklarını kabul ettikleri ve AMATEM e bu nedenle başvurdukları bilgisi edinilmiştir. Hastaların % 20,3 ünün farkındalık öncesi aşamada olmalarından kaynaklı alkol-madde kullanımının yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğinin farkında olmadıkları, bu nedenle bağımlı olduklarını kabul etmedikleri düşünülmektedir. Örneklem grubunun yarıdan fazlasının alkol-madde bağımlılıklarını kabul ediyor olmaları tedavi süreci için olumlu bir veri olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışmada hastaların alkol-madde kullanım sürelerinin % 34,4 ünün 1-5 yıl, % 34,4 ünün 6-10 yıl, % 9,4 ünün 11-15 yıl ve % 21,9 unun 16 yıl üzeri olduğu tespit edilmiştir. Hastaların alkol-madde kullanım sürelerinin 1-5 yıl ile 16 yıl üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Bu durum örneklem grubunu oluşturan bireylerin uzun süredir alkol-madde bağımlısı olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bu durum tedavi sürecini de olumsuz olarak etkilemektedir.

Bu çalışmada hastaların % 75,0 inin bırakma girişiminin olduğu, % 25,0 inin bırakma girişiminin olmadığı tespit edilmiştir. Bu durum bağımlılığın tekrarlayan bir hastalık olduğu düşüncesini desteklemektedir.

Bu çalışmada daha önce alkol-maddeyi bırakma girişimleri olan hastaların tekrar alkol-madde kullanmaya başlama nedenleri incelenmiş olup, % 34,4 ünün arkadaş ortamı, % 4,7 sinin işsizlik, % 17,2 sinin stres-sıkıntı, % 14,1 inin istek duyma, % 3,1 inin maddi sıkıntılar, % 4,7 sinin can sıkıntısı ve % 1,6 sının tedavi kontrollerini aksatma kaynaklı olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada Alkol-madde bırakma girişimi olan hastaların tekrar alkol-madde kullanmaya başladıklarında kullandıkları maddenin önceki kullandıklarıyla aynı olanların oranı 57,8, tekrar kullanmaya başlayan hastaların kullandıkları maddenin öncekiyle aynı olmadığını belirtenlerin oranı % 34,4 olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışmada hastaların AMATEM servisinde gördükleri tedavi süresince almış oldukları S.A.M.B.A (Sigara Alkol Ve Madde Bağımlılığı) eğitimlerinin taburculuk

sonrasındaki hayatlarında faydalı olduğunu düşünenlerin oranı % 90,6 gibi yüksek, faydalı olmadığını düşünen hastaların oranı ise % 9,4 olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışmada AMATEM de hafta içi her gün yapılan Günaydın Toplantılarının taburculuk sonrası hayatlarında faydalı olduğunu düşünen hastaların oranı % 87,5, faydalı olmadığını düşünenlerin oranı ise % 12,5 olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışmada AMATEM de uygulanan tedavinin yeterli olduğunu düşünen hasta oranı % 81,3, yeterli olmadığını düşünenlerin oranı ise % 18,8 olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışmada AMATEM de uygulanan tedavide hastaların eksik gördüğü yönler olup olmadığı incelendiğinde, % 25,0 inin tedavide eksik gördüğü yönlerin olduğu, % 75,0 inin ise eksik gördüğü yönlerin olmadığı tespit edilmiştir.

Bu çalışmada AMATEM tedavi sürecinde hastaların faydalandıkları aktivitelerin (resim, müzik, spor vb) yararlı olup olmadığı incelendiğinde, hastaların % 90,6 sı yararlı bulduklarını, % 9,4 ü ise yararlı bulmadıkları tespit edilmiştir.

Bu çalışmada hastaların çoğunun (%39,1) Doğu Anadolu bölgesi ve Güneydoğu Anadolu bölgesinden (%57,8) gelen hastalar oluşturmaktadır. Çalışma yapılan AMATEM servisinin Doğu Anadolu bölgesinde olması bu oranın yüksek olmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada madde kullanımına başlama yaşının 16-18 yaşında (% 39,1) yoğunlaştığı tespit edilmiştir.

Bu çalışmada hastaları alkol-madde ile tanıştıran kişinin yakınlık dereceleri % 92,2 olarak arkadaş çevresi olduğu tespit edilmiştir. Arkadaş çevresi alkol-madde bağımlılığında en önemli ayağı oluşturmaktadır.

Bu çalışmada kardeş sayısının fazla olmasının (%37,5) bağımlılığı etkilediği tespit edilmiştir. Bu durum alkol-madde bağımlılığı arasında azda olsa bir ilişkinin mevcuttur. Bu durum aile içi iletişim/iletişimsizliği düşündürmektedir.

Yapılan literatür taramasında araştırma konusuyla ilgili yapılmış çalışmalara rastlanılmamıştır.

KAYNAKÇA

- Adlaf EM., Hamilton HA., Wu F., Noh S. (2009),“Adolescent stigma towards drug addiction: effects of age and drug use behaviour”,*Addict Behaviors*34(4):360–4.
- Andreasen N., Black D. (1991) “Introductory Textbook of Psychiatry”, Washington, 356-367.
- Arıkan, Z., Yasin Genç, D., Çetin Etik, D., Aslan, S., ve Parlak, P. İ. (2004), “Alkol Ve Diğer Madde Bağımlılıklarında Hastalar Ve Yakınlarında Etiketleme”, *Journal of Dependence*, 5, 52-56.
- Asan Ö., Tıkır B., Okay İ.T., Göka E. (2015), “Bir AMATEM Birimine Başvuran Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu olan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri” *Bağımlılık Dergisi*, 16(1).
- Bayar, R. (2008), “Alkol Bağımlılığı”,*İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62: 221-230
- Bilge, A. ve Çam, O. (2010),“Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele”,*TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 71-78.
- Bilici R, Karakaş Uğurlu G, Tufan E, Güven T, Uğurlu M. Bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastaların sosyo demografik özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*, 2012, 17: 223-227
- Corrigan PW, (2010), “Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness”,*Clinical Psychology Review*, 30, 907–922.
- Corrigan PW, River P, Lundin RK, Penn DL, Wasowski KU, Campion J. (2001), “Three strategies for changing attributions about severe mental illness”,*Schizophrenia Bulletin*, 28, 293-309.
- Corrigan PW, Watson AC. (2002), “Understanding the impact of stigma on people with mental illness”,*WorldPsychiatry*, 1, 16-20.
- Corrigan PW. (2005), “On the Stigma of Mental Illness”,*Washington: American Psychological Association*, 71-75
- Cunningham JA, Sobel LC, Chow VMC (1993),“What’s in a label? The effect of substance types and labels on treatment considerations and stigma”,*J Stud Alcohol*, 693- 699.
- Çakmak D, Evren C. (2006), “Alkol ve madde kullanım bozuklukları”,*Özgül matbaacılık, İstanbul*.

- Çam, O., ve Bilge, A. (2013), “Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme”,*Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*,4(2), 91-101.
- Çam, O., ve Çuhadar, D. (2011), “Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama”,*Journal of Psychiatric Nursing*,2(3), 136-140.
- Çelikkol A. “Alkol-madde kullanımında bazı tanımlar”<http://www.tiprehberi.com/>
Erişim 22.04.2017)
- Doğan T, Eryılmaz A. İki boyutlu benlik saygısı ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2013, 33: 107-117
- Doğanavşargil GÖ, Sertöz ÖÖ, Coşkunol H, Şen G. (2004), “EÜTF Psikiyatri anabilim dalı bağımlılık tedavi biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelenmesi: Madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri”,*Bağımlılık Dergisi*, 5(3):115-120
- Duran, Çakmak ve diğerleri.(1997),“Uyuşturucu Madde Kullanımının Aile Üstüne Etkisi”.Ankara: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayını.
- EGM-KOSMDB, Emniyet Genel Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı. Türkiye Uyuşturucu Raporu 2012 Raporu. Ankara.
- Ergeneilek, E. (2005), “Sigara Kullanan Hemşirelerin Sigarayı Bırakmaya Yönelik Girişimleri ve Sonuçları”,Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Ersögütçü, F. (2015), “Madde Bağımlılığı Tanısı AlmışBireylerdeSosyal İşlevsellikVe Benlik Saygısı”Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Goffman E. (1963), “Stigma: Notes on the management of spoiled identity”,*New York: Prentice-Hall*,1-40.
- Güleç C, Köroğlu E. (1997), Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara. s.299-321.
- Havva, T. E. L., ve PINAR, Ş. E. (2012),“Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı”,*Journal of Psychiatric Nursing*,3(2), 61-66.

İkişik, H. (2008)“Tıp Fakültesi Öğrencelerinde Şizofreniye Yönelik Damgalamanın (Stigmatizasyonun) Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma”,Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

İnternet Kaynakları

KARADAĞ G, GÜNER Ğ, ÇUHADAR D, UÇAN Ö. (2008), Gaziantep üniversitesi sağlık yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin benlik saygıları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3: 29-42.

Karadağ G, Güner Ğ, Çuhadar D, Uçan Ö. Gaziantep üniversitesi sağlık yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin benlik saygıları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008, 3: 29-42

Karagöl, A., Deniz, Ç. ve Murat, B., (2013), “Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama”, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 22(3), 98-99.

Kocabaşoğlu N., Aliustaoğlu S. (2003),“Stigmatizasyon”,*Yeni Symposium*, 41,4: 190-192.

Koçum, E. (2012), “Bağımlılık Yapan Maddeler ve Etkileri”, Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmasötik Kimya Anabilim Dalı, Kayseri.

Korkmaz, G.:(2013) “Akut Psikiyatri Servislerinde Yatan Hastalarda İçselleştirilmiş Stigma Ve Algılanan Aile Desteği”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Köroğlu E, Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, DSM-IV, 4. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995: 219-251

Köroğlu E. (2013), “DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı”, HYB Yayıncılık, İstanbul.

Kulaksızoğlu, A. (2004). Ergenlik Dönemi İçinde Olduğu Eser A. Kot (Ed), Ailede Çocuk Eğitimi. Ankara : Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Yayını, 124 (S.103-135).

Le AD, Li Z, Funk D, Shram M, Li TK, Shaham Y. (2006),“Increased vulnerability to nicotine self-administration and relapse in alcohol-naive offspring of rats selectively bred for high alcohol intake”,*J Neurosci*, 26(6):1872-9.

Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. (1997), “On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse”,*J Health Soc Behav*, 38(2):177-90.

- Mutlu E. (2007). <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/ucucumaddeler.doc>. Madde Bağımlılığı (Uçucu Maddeler). Erişim 05.05.2017.
- Oktan V, Şahin M. Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2010, 7: 544-556.
- Ögel K, Tamar D, Çakmak D. (1997), Türkiye'de madde bağımlılığı. AMATEM'in 1997 Yılı Çalışmalarının Derleme Raporu. s: 8-43.
- Ögel K, Taner S, Eke C.Y, (2006), *Bağımlılık Dergisi*, Cilt: 7, Sayı: 1, s:18-23
- Ögel K. (2005), "Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi", *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 1(47).
- Ögel K. (2010), "Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme", İstanbul: Yeniden Yayınları, www.yeniden.org.tr. Erişim 23.04.2017)
- Ögel K. (2010), "Bağımlılık Yapan Maddeler. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme", Yeniden Yayınları, İstanbul.
- Ögel K. (2014) "Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) - Uygulayıcılar için kaynak kitapçık. 2. Sürüm", Yeniden Yayınları, İstanbul, 2014.
- Ögel K., Tamar D. ve Çakmak D., Madde Kullanımı Sorununda Türkiye'nin Yerine Bir Bakış, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol Madde Araştırma ve Tedavi Merkezi.
- Ögel, K. (2001), "İnsan, Yaşam ve Bağımlılık Tartışmalar ve Gerekçeler", İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Ögel, K. (2004), "Alkol ve Madde kullanım bozukluklarında Damgalama", *3P Dergisi*, Eylül 12(3).
- Ögel, K. (2012). Bağımlılık Yapan Maddeler.
- Özmen, Ö. (2009). Uyuşturucu Veya Uyarıcı Madde Suçları.
- Peter D. (2001), "The face of recovery", *Washington, DC: Hart Research Associates*.
- Rankin J, Ashley M. (1992), "Alcohol Related Health Problems", *P Health Prev Med*.233-271.
- Soygür, H., ve Özalp, E. (2005), "Şizofreni ve damgalanma sorunu", *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 1(12), 74-80.
- Taşdemir, A. (2014), "Şizofreni Ve Benzeri Psikotik Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Veren Birinci Derece Yakınlarının Damgalama Konusundaki Tutumlarına Çocukluk Çağı Travmasının Etkileri", *Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı*

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.

Taşkın, E. O. (2007),“Ruhsal Hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık”, *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, 17-30.

Tazegül Ü, Bayan badmintoncuların benlik saygısı ve narsisizm düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 2013, 6: 983-996

Tözün M. Benlik saygısı. *Actual Medicine*, 2010, 1: 52-56

Tuncer, L. (2007), “Cumhuriyet Döneminden Bugüne Madde Bağımlılığı İle Mücadelede İç Güvenlik Ve Milli Ahlak Faktörlerinin Yeri Ve Önemi Üzerine Bir Deneme (Elazığ Örneği)”,Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ.

Türk Dil Kurumu, Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü <http://www.tdk.org.tr/index.php?option=comİbilimsanat&view=bilimsanat> (Ekim 22 tarihinde erişildi).

Uğurlu TT, Şengül CB, Şengül C. (2012), “Bağımlılık Psikofarmakolojisi”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1), 37-50.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2014*. New York: United Nations; 2014.

UYANIK Balat G, AKMAN B. (2004) Farklı sosyo-ekonomik düzeydeki lise öğrencilerinin benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14: 175-183

Uzday İT, (2009),“Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler”, MİSED Türk Eczacıları Birliği Yayını, Sayı 21-22, Yorum Basın Yayın Sanayi Ltd. Şti,:5-73.

Vardar E. (2009), “Alkol ve Madde Bağımlılığında Damgalama”,*Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2):62-63.

Weiner BW. (1995),“Judgements of responsibility. A foundation for a tehory of a social conduct New York: Guilford Press”.

Yaman, E., ve Güngör, H. (2013), “Damgalama (stigma) ölçeği'nin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması”,*Değerler Eğitimi Dergisi*,11(25), 251-270.

- Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. (2011), "Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness" *Journal of International Group Psychotherapy*, 61:576-95.
- Yapıcı, A. (2006), "Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yeti yitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi", Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Yıldırım B, Engin E, Yıldırım S. Alkol ve madde bağımlılarında yalnızlık ve etki eden faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011, 2: 25-30
- Yıldırım E, Sokullu DA, Köknel Ö. (2012), "Alkol Bağımlılığında İçselleştirilmiş Damgalanma : Depresif Belirtilerle İlişki", 1(32):1-12.
- Yılmaz, N. (2015), "Alkol ve Madde Bağımlılığı: Bireysel ve Toplumsal Sonuçları", Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
(<http://www.armpsikiyatri.com/category/eriskin/alkol-ve-uyusturucu-bagimlilik> Erişim 14.04.2017)
- (<http://www.armpsikiyatri.com/esrar-kannabis-bagimlilik> Erişim 14.04.2017)
- (<http://www.armpsikiyatri.com/kokain-bagimlilik> Erişim 14.04.2017)
- (<http://www.ogelk.net/makale/112-kisisel-kitaplarim-bagimlilik-temel-kitabi.html> Erişim 22.04.2017)
- (<http://yeniden.org.tr/bilgimerkezi/maddeler/nikotin.asp> Erişim, 12.04.2017.)
- (Join together. Recommendations from a national policy panel, ending discrimination against people with alcohol and drug problems, 2003 http://www.drugpolicy.org/docUploads/jto_discrimination.pdf Erişim 23.04.2017)

EKLER

Ek 1. Orjinallik Raporu



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Adı-Soyadı	KÜBRA ALBAN
Öğrenci Numarası	151214103
Enstitü Anabilim Dalı	SAĞLIK YÖNETİMİ
Programı	SAĞLIK YÖNETİMİ
Danışmanın Unvanı, Adı-Soyadı	Dr. Öğr. Üyesi Hasan UZUN
Tez Başlığı (Türkçe)	ALKOL-MADDE BAĞIMLISI BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA VE BENLİK SAYGISI; ELAZIĞ RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI HASTANESİ AMATEM ÖRNEĞİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 114 sayfalık kısmına ilişkin, 10/05/2018 tarihinde şahsım/tez danışmamın tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orjinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 23'tür.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç/dâhil
- 4- 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen öğrencinin doktora tezi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygularım ile arz ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Hasan UZUN
Danışmanın Adı-Soyadı
(İmzası)

Doç. Dr. Erkan Turan DEMİREL
Anabilim Dalı Başkanı
(İmzası)

Lisansüstü tezler, savunma öncesinde intihal program raporu ile birlikte enstitüye teslim edilir.

İntihal raporu ile ilgili olarak etik kurallar dâhilindeki benzerlik oranları ilgili Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenir. (Enstitü Yönetim Kurulu tarafından tezin, intihal kapsamı dışında değerlendirilmesi için TURNITIN'den alınan raporda "benzerlik oranı"nın, "alıntılar hariç" en fazla %10, "alıntılar dâhil" % 30'u geçmemesi şeklinde kabul edilmiştir).

Ek 2. Etik Kurul Onay Formu


T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÇALIŞMACININ ADI SOYADI
16.11.2017	15	7	Yrd. Doç. Dr. Hasan UZUN

KARAR

"Alkol-Madde Bağımlısı Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı: Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Amatemi Örneği" konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mustafa KAPLAN (Başkan)			
Prof. Dr. Demet ÇİÇEK (Üye)	İmza	Prof. Dr. Figen DEVECİ (Üye)	İmza
Prof. Dr. Erdal TAŞKIN (Üye)	Bulunmadı	Prof. Dr. Nuri GÖMLEKSİZ (Üye)	İmza
Doç. Dr. Funda GÜLCÜ BULMUŞ (Üye)	İmza	Doç. Dr. Süleyman İLHAN (Üye)	İmza
Doç. Dr. İrfan EMRE (Üye)	İmza	Doç. Dr. Sebahattin DEVECİOĞLU (Üye)	Bulunmadı
Doç. Dr. Özge HANAY (Üye)	İmza	Doç. Dr. Taner YILDIRIM (Üye)	İmza
Yrd. Doç. Dr. Nurhan HALİSDEMİR (Üye)	Bulunmadı	Yrd. Doç. Dr. Mehmet TUZCU (Üye)	İmza

Ek 3. Cooper Smith Benlik Saygısı Ölçeği

	Evet (Benim Gibi)	Hayır (Benim Gibi Değil)
1. Olanlara genellikle bozulmam.		
2. Sınıfın önünde konuşma yapmak bana oldukça zor gelir.		
3. Eğer gücüm yetse değiştirmek isteyeceğim pek çok özelliğim var.		
4. Fazla zorlanmadan karar verebilirim.		
5. Benimle birlikte olmak zevkli ve eğlencelidir.		
6. Evdeyken kolayca canım sıkılır, moralim bozulur.		
7. Yeni bir şeye alışmam çok zaman alır.		
8. Yaşıtlarım arasında popülerim.		
9. Annem ve babam genellikle duygularımı dikkate alır.		
10. Genellikle pek direnmeden kolayca vazgeçme gibi bir huyum var.		
11. Ailemin benden beklentisi çok fazla.		
12. Benim yerimde olmak oldukça zordur.		
13. Hayatımdaki her şey karmakarışık.		
14. Arkadaşlarım genellikle benim fikirlerimi izler.		
15. Kendime ilişkin olumsuz bir imajım var.		
16. Pek çok kere evden ayrılmayı (kaçmayı) düşündüm.		
17. Okuldayken sık sık canım sıkılır.		
18. Çoğu insan kadar güzel görüntüslü biri değilim.		
19. Söyleyecek bir şeyim olduğunda genellikle onu çekinmeden söylerim.		
20. Annem ve babam beni anlayabiliyor.		
21. İnsanların çoğu benden daha çok seviyor.		
22. Çoğu zaman anne ve babamın beni sanki zorladıklarını hissediyorum.		
23. Okulda çoğu zaman cesaretim kırılıyor.		
24. Sık sık keşke başka birisi olsam diye arzularım.		
25. Güvenilir biri değilim.		

Ek 4. İcselleştirilmiş Damgalama Ölçeği

İRHDÖ

Bu testte sık sık geçen "ruhsal hastalık" terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

- "Kesinlikle aynı fikirde değilim" diyorsanız (1) rakamını ;
 "Aynı fikirde değilim" diyorsanız (2) rakamını ;
 "Aynı fikirdeyim" diyorsanız (3) rakamını ;
 "Kesinlikle aynı fikirdeyim" diyorsanız (4) rakamını daire içine alarak

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

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

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

Ek 5. Anket

Değerli katılımcı;

Bu anket bilimsel amaçla düzenlenmiştir. Her bir ifadeyi inceleyerek, kendinize en yakın gelen cevabı işaretleyiniz (X). İfadelerin doğru ya da yanlış yanıtları yoktur. Bilgiler Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) de yatan alkol-madde bağımlılarının mevcut durumunu ortaya çıkarmak içindir ve tamamen bilimsel bir çalışma için kullanılacaktır. Katılımınız ve samimiyetle vereceğiniz cevaplardan ötürü teşekkür ederiz.

ANKET NO:

TARİH:

ANKET SORULARI

1.Doğum yılınız.....

2.Medeni durumunuz () Bekar () Evli () Boşanmış () Diğer

3.Öğrenim durumunuz ()Okur- yazar değil () İlkokul () Lise () Önlisans () Lisans ()Diğer

4.Mesleğiniz.....

5. Sosyal güvenceniz

6.Daha önce AMATEM tedavisi gördünüz mü? ()Evet ()Hayır

7.Cevabınız Evet ise kaçınıcı tedaviniz olduğunu yazar mısınız?.....

8.AMATEM servisinde bulunma nedeniniz () Alkol () Madde () Alkol-madde ()Diğer

9.Alkol ve/veya maddeye başlama nedeninizi yazınız.....

10.Alkol ve/veya madde bağımlısı olduğunuzu düşünüyor musunuz? ()Evet ()Hayır

11.Alkol ve/veya madde kullanım süreniz? () 1-5 yıl () 6-10 yıl () 11-15 yıl ()16 yıl ve üzeri

12.Daha önce alkol ve/veya maddeyi bırakma girişimiz oldu mu? ()Evet ()Hayır

13.Cevabınız Evet ise;

a)Tekrar alkol ve/veya maddeye başlama nedeninizi yazınız.....

b) yeniden Alkol ve/veya madde kullanımına başladığımızda kullandığımız madde öncekiyle aynı mıydı? ()Evet ()Hayır

14.AMATEM’de aldığımız S.A.M.B.A (Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı) eğitimlerinin taburculuk sonrası hayatınız için faydalı olduğunu düşünüyor musunuz? ()Evet ()Hayır

15.Cevabınız Hayır ise nedenini yazınız.....

16.AMATEM’de yapılan Günaydın toplantılarının taburculuk sonrası hayatınız için faydalı olduğunu düşünüyor musunuz? ()Evet ()Hayır

17.Cevabınız Hayır ise nedenini yazınız.....

18.AMATEM’de uygulanan tedavinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? ()Evet ()Hayır

19.Cevabınız Hayır ise sebebini yazınız.....

20.AMATEM’de uygulanan tedavide eksik gördüğünüz yönler var mıdır? ()Evet ()Hayır

21.Cevabınız Evet ise bu eksikliği yazınız.....

22. AMATEM tedavi sürecinizde faydalandığınız aktivitelerin (resim, müzik, spor vb) yararlı olduğunu düşünüyor musunuz? ()Evet ()Hayır

23. Cevabınız Evet ise size göre en faydalı aktiviteyi yazınız.....

24. Yaşadığınız şehri yazar mısınız.....

25. Alkol ve/veya madde kullanımına kaç yaşında başladınız?.....

26. Alkol ve/veya madde kullanmadan önce aile ilişkileriniz nasıldı? ()İyi ()Normal ()Kötü

27. Alkol ve/veya madde kullandıktan sonra aile ilişkileriniz nasıl oldu? ()İyi ()Normal ()Kötü

28. AMATEM tedavisi sürecinde OLMASINI istediğiniz 3 uygulama nedir yazınız?

1.

2.

3.

29. AMATEM tedavisi sürecinde OLMAMASINI istediğiniz 3 uygulama nedir yazınız?

1.

2.

3.

TEŞEKKÜR EDERİZ...

ÖZGEÇMİŞ

Kübra ALBAN, 26.10.1989 tarihinde Bingöl’de doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise eğitimini Bingöl’de tamamladı. 2008-2009 Eğitim-Öğretim yılında Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümünde lisans eğitimine başladı. 2013 yılında lisans eğitimini tamamladı. Aynı yıl Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine Sosyal Hizmet Uzmanı olarak atandı. 2015-2016 Eğitim-Öğretim yılında Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans programına başlamıştır. Halen Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM servisinde Sosyal Hizmet Uzmanı olarak görev yapmaktadır.

