T.C
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
BAĞIMLILIK ANABİLİM DALI

ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞINDA SOSYAL DESTEK ALGISININ ÖZKIYIM OLASILIĞI VE DEPRESYON DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ

Yusuf TOPALOĞLU

BAĞIMLILIK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Soner ÇAKMAK

T.C
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
BAĞIMLILIK ANABİLİM DALI

ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞINDA SOSYAL DESTEK ALGISININ ÖZKIYIM OLASILIĞI VE DEPRESYON DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ

Yusuf TOPALOĞLU

BAĞIMLILIK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Soner ÇAKMAK

KABUL ve ONAY

Bağımlılık Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan

"Alkol ve Madde Bağımlılığında Sosyal Destek Algısının Özkıyım Olasılığı ve Depresyon Düzeyi ile İlişkisi"

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 15/05/2024

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Soner ÇAKMAK (Başkan)
Başkan

Prof. Dr. Lut TAMAM
Çukurova Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Şengül ŞAHİN (Üye)
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Sunay FIRAT
Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitü Müdürü

ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

1. Tez içerisinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
2. Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
3. Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
4. Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
5. Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi takdirde aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

08/05/2024

Yusuf TOPALOĞLU

ÖN SÖZ

Öncelikle bu araştırmanın tüm aşamalarında danışmanlığını, bilgi ve tecrübesini esirgemeyen tez danışmanım/ hocam Doç. Dr. Soner ÇAKMAK'a teşekkürlerimi sunarım. Yüksek lisans ders aşaması ve sonrasında desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam Prof. Dr. Sunay FIRAT'a teşekkür ederim.

Araştırma süreci boyunca bana her zaman güç veren, yanımda olan, bu uğurda fedakarlıklar yapan sevgili eşime minnetimi sunarım.

Eğitim-öğretim hayatımın her aşamasında maddi-manevi olarak beni destekleyen, 'eğitime ve sağlığa harcanan para boşa değildir' sözleriyle koşulsuz destek veren, bu günlere gelmemde büyük paya sahip olan anne ve babama saygılarımı sunarım.

Araştırmanın gerçekleştirildiği Mersin ili Toros Devlet Hastanesi Başhekimliğine, Mersin AMATEM kliniği çalışanlarına ve araştırmaya katılan bireylere teşekkür ederim.

Yusuf TOPALOĞLU

ADANA / 2024

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY I
ETİK BEYANI II
ÖN SÖZ III
İÇİNDEKİLER IV
TABLOLAR DİZİNİ VIII
KISALTMALAR IX
ÖZET X
ABSTRACT XI
1. GİRİŞ 1
1.1. Problem 3
1.2. Araştırmanın Amacı 4
1.3. Araştırmanın Önemi ve Gerekçesi 5
1.4. Araştırma Hipotezleri 6
1.5. Sayıltılar 6
1.6. Sınırlılıklar 7
2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR 8
2.1 Bağımlılık 8
2.1.1. Bağımlılık Türleri 10
2.1.1.1. Fiziksel Bağımlılık 10
2.1.1.2. Psikolojik Bağımlılık 10
2.1.2. Madde ile İlişkili Kavramlar 10
2.1.2.1. Yoksunluk 10
2.1.2.2 Yatışma (Remisyon) 11
2.1.2.3. Sürçme (Slip) 11
2.1.2.4. Kayma (Laps) 11
2.1.2.5 Depreşme (Nüks) 11
2.1.2.6 Tolerans 11
2.1.2.7 Çapraz Tolerans 11
2.1.2.8 Entoksikasyon 12
2.1.2.9 Aşerme 12
2.1.3. Madde Türleri 12

2.1.3.1 Tütün 12
2.1.3.2. Alkol 13
2.1.3.3 Esrar (Kenevir) 13
2.1.3.4. Eroin 14
2.1.3.5. Amfetamin ve Metamfetamin 14
2.1.3.6. Kokain 15
2.1.3.7. Uçucular (İnhalanlar) 15
2.1.3.8. Varsandıranlar (Halüsinojenler) 16
2.1.3.9. Sedatifler 16
2.1.4. Risk Faktörleri 16
2.1.4.1. Çevre 17
2.1.4.2. Kalıtım 17
2.1.4.3. Bireysel Sebepler 18
2.1.4.4. Ergenlik Dönemi 18
2.1.4.5. Risk Faktörlerine Kuramsal Bakış 18
2.1.4.6. Psikiyatrik Eştanı 19
2.1.5 Epidemiyoloji 19
2.1.6 Kuramsal Açıdan Bağımlılık 20
2.1.6.1. Psikodinamik – Psikoanalitik Kuram 20
2.1.6.2. Davranışçı Kuram 20
2.1.6.3. Bilişsel Davranışçı Kuram 21
2.1.6.4. Psikososyal Kuram 21
2.1.6.5. Genetik Kuram 21
2.1.7. Bağımlılık Tedavisi 22
2.1.7.1. Psikoterapi 23
2.1.7.2. Kendi Kendine Yardım Grupları 23
2.1.7.3. Rehabilitasyon 23
2.1.7.4. Türkiye'de Bağımlılık Tedavisi 24
2.2. Özkıyım (İntihar) 25
2.2.1. Bağımlılık ve Özkıyım 25
2.3. Depresyon 26
2.3.1. Bağımlılık ve Depresyon 26
2.4. Algılanan Sosyal Destek 27
2.4.1. Bağımlılık ve Algılanan Sosyal Destek 28

2.4.2. Algılanan Sosyal Destek ve İntihar 28
2.4.3. Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon 29
2.5. Bağımlı Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon İlişkisi 29
2.6. Bağımlı Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ile İntihar Olasılığı İlişkisi 29
3. GEREÇ ve YÖNTEM 30
3.1. Araştırmanın Modeli 30
3.2. Örneklem ve Araştırma Grubu 30
3.3. Veri Toplama Araçları ve Teknikleri 31
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu 31
3.3.2. İntihar Olasılığı Ölçeği 31
3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği 33
3.3.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 33
3.4. İşlem 34
3.5. Veri Analizi 35
4. BULGULAR 36
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler 36
4.2. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Ölçek Sonuçlarının Karşılaştırılması 39
4.3. Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyi İlişkisi 53
4.3.1. Sosyodemografik Verilere Göre Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyi İlişkisi 53
4.4. Algılanan Sosyal Destek ve İntihar Olasılığı İlişkisi 59
4.4.1. Sosyodemografik Verilere Göre Algılanan Sosyal Destek ile İntihar Olasılığı İlişkisi 60
5. TARTIŞMA 66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 70
6.1. Sonuç 70
6.2. Öneriler 73
KAYNAKÇA 74
EKLER 82
Ek-1. Etik Kurul İzni 82
Ek-2. Araştırma Kurulu Onay Yazısı 83
Ek-3. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Resmi İzin Yazısı 84

Ek-4. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Komisyon Kararı 85
Ek-5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....86
Ek-6. Beck Depresyon Ölçeği.....87
Ek-7. İntihar Olasılığı Ölçeği.....90
Ek-8. Kişisel Bilgi Formu 92
Ek-9. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....94

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Tanımlayıcı İstatistikler 36
Tablo 2. Tedavi Olmak İstenen Madde Türü Pasta Grafiği 38
Tablo 3. Çarpıklık ve Basıklık Değerleri 38
Tablo 4. Ölçek Sonuçlarının Tedavi Olmak İstenen Madde Türü Değişkenine Göre Karşılaştırılması 39
Tablo 5. Ölçek Sonuçlarının Yaş Değişkenine Göre Karşılaştırılması 40
Tablo 6. Ölçek Sonuçlarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması 41
Tablo 7. Ölçek Sonuçlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması 42
Tablo 8. Ölçek Sonuçlarının Çocuk Sahibi Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması 43
Tablo 9. Ölçek Sonuçlarının Beraber Yaşadığı Kişi Değişkenine Göre Karşılaştırılması 44
Tablo 10. Ölçek Sonuçlarının Ebeveyn Hayatta Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması 45
Tablo 11. Ölçek Sonuçlarının Suç Kaydı Değişkenine Göre Karşılaştırılması 47
Tablo 12. Ölçek Sonuçlarının İntihar Girişimi Değişkenine Göre Karşılaştırılması 47
Tablo 13. Ölçek Sonuçlarının Yatılı Tedavi Sayısı Değişkenine Göre Karşılaştırılması 49
Tablo 14. Ölçek Sonuçlarının Madde Kullanım Süresi Değişkenine Göre Karşılaştırılması 50
Tablo 15. Ölçek Sonuçlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması 51
Tablo 16. Ölçek Sonuçlarının Tedavi Süresi Değişkenine Göre Karşılaştırılması 52
Tablo 17. Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyi İlişkisi 53
Tablo 18. Sosyodemografik Verilere Göre Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyi İlişkisi 54
Tablo 19. Algılanan Sosyal Destek ile İntihar Olasılığı İlişkisi 59
Tablo 20. Sosyodemografik Verilere Göre Algılanan Sosyal Destek ile İntihar Olasılığı İlişkisi 60

KISALTMALAR

AMATEM : Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

ÇEMATEM : Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

İOÖ : İntihar Olasılığı Ölçeği

MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

ÖZET

ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞINDA SOSYAL DESTEK ALGISININ ÖZKIYIM OLASILIĞI VE DEPRESYON DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ

Yusuf TOPALOĞLU
Yüksek Lisans Tezi, Bağımlılık Anabilim Dalı
Danışman : Doç. Dr. Soner ÇAKMAK
Mayıs 2024, 107 Sayfa

Nicel ve kesitsel olarak planlanan bu araştırma ile öncelikle alkol ve madde bağımlılarının sosyal destek algısı ile özkıyım olasılığı ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bunun ardından alkol ve madde bağımlılarının sosyodemografik değişkenlere göre algıladıkları sosyal destek, özkıyım olasılığı ve depresyon düzeyi ölçek sonuçları incelenmiştir. Çalışma Mersin ili Toros Devlet Hastanesine bağlı AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi) kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Ayakta tedavi gören 240 erkek bireyle görüşme yapılmıştır. Katılımcıların yaşları 18 ile 67 arasında değişmektedir. Görüşme yapılan bireylere Kişisel Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmada tütün (sigara) madde tanımı dışında bırakılmıştır. Katılımcılar basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilmiş olup onay veren bireyler ile araştırma gerçekleştirilmiştir. Çalışmadan elde edilen veriler 3 aylık bir çalışma sonunda toplanmış, SPSS-25 paket programı ile analiz edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri ve algıladıkları sosyal destek ile intihar olasılıkları arasında orta düzeyde negatif, anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sonuçlara bakıldığında alkol ve madde bağımlılarının algıladıkları sosyal destek arttığında depresyon düzeylerinin ve intihar olasılıklarının azaldığı görülmüştür. Sosyodemografik verilere göre ölçek sonuçları incelendiğinde; çalışma durumu ve intihar girişimi değişkenine göre depresyon düzeyi anlamlı fark göstermektedir. Çalışma durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma ve intihar öyküsü değişkenlerine göre intihar olasılığı anlamlı fark göstermektedir. Suç kaydı ve eğitim düzeyine göre de algılanan sosyal destek anlamlı fark göstermektedir. Çalışma sonucunda; bağımlı bireylerde önemli risk faktörü olarak kabul edilen intihar olasılığı ve depresyonun azaltılması için, bireylerin algıladığı sosyal desteği artırmaya yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Alkol ve madde, bağımlılık, depresyon, intihar, sosyal destek algısı

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF THE PERCEPTION OF SOCIAL SUPPORT WITH THE POSSIBILITY OF SUICIDE AND THE LEVEL OF DEPRESSION IN ALCOHOL AND DRUG ADDICTION

Yusuf TOPALOĞLU

Master's Thesis, Department of Addiction
Advisor : Assoc. Dr. Soner ÇAKMAK
May 2024, 107 pages

In this quantitative and cross-sectional study, the relationships between the perception of social support and the likelihood of suicide and depression levels of alcohol and substance addicts were examined. Following this, the social support, suicide probability and depression level scale results perceived by alcohol and substance addicts according to sociodemographic variables were examined. The study was carried out at the AMATEM (Alcohol and Substance Addiction Treatment Center) clinic affiliated with Toros State Hospital in Mersin province. Interviews were conducted with 240 male individuals receiving outpatient treatment. The ages of the participants ranged from 18 to 67. Personal Information Form, Multidimensional Perceived Social Support Scale, Beck Depression Scale and Suicide Probability Scale were administered to the interviewed individuals. In the study, tobacco (cigarette) was excluded from the substance definition. Participants were selected by simple random sampling method and the research was conducted with individuals who gave consent. The data obtained from the study were collected at the end of a 3-month study and analyzed with the SPSS-25 package program. According to the findings, a moderately negative and significant relationship was found between the participants' perceived social support and their depression levels, and between their perceived social support and their likelihood of suicide. Looking at the results, it was seen that when the social support perceived by alcohol and substance addicts increased, their depression levels and likelihood of suicide decreased. When the scale results are examined according to sociodemographic data; There is a significant difference in the level of depression depending on the variables of employment status and suicide attempt. The probability of suicide varies significantly according to variables such as employment status, marital status, having children and suicide history. Perceived social support also shows significant differences according to criminal record and education level. In the results of working; It is recommended that studies be carried out to increase the social support perceived by individuals in order to reduce the possibility of suicide and depression, which are considered important risk factors in addicted individuals.

Keywords: Alcohol and substance, addiction, depression, suicide, perception of social support

1. GİRİŞ

Bağımlılık, bir varlığa karşı hissedilen, karşı koyması çok zor olan arzular ile kendini belli eden, bir varlığın güdümüne girme halidir (1). Bağımlı birey, fiziksel ve ruhsal olarak zarar gördüğünü bilmesine rağmen takıntılı bir şekilde madde aramaya devam etmekte ve madde kullanmaya yönelik yoğun bir arzu duymaktadır. Bir süre madde kullanan bireyin vücudunda, kullandığı maddeye yönelik fizyolojik ve psikolojik uyum oluşur. Madde kullanımının bırakılması sonucunda ise bu uyum bozularak vücutta kriz olarak adlandırılan birtakım belirtiler ortaya çıkar (2). Birey uyuma tekrardan ulaşmak ve madde kullanırken hissettiği hazzı yeniden yaşamak için madde aramaya devam eder. Bağımlı birey, kullandığı maddenin türüne göre miktarı değişebilmekle birlikte, maddeye ciddi anlamda paralar harcayabilmektedir. Parası olmayan bağımlı birey ise maddeye ulaşabilmek için hırsızlık, gasp, fuhuş, yasadışı madde ticareti gibi yollara başvurabilmektedir (3). Bağımlı bireyler ortak enjeksiyon kullanımına bağlı olarak hepatit gibi bulaşıcı rahatsızlıklara yakalanabilmekte, bunun yanında kullandığı kimyasal maddelere bağlı olarak bilişte ve organlarda ciddi tahribat oluşabilmektedir. Bağımlılık, bireye verdiği bu zararların yanında toplumsal etkileri de olan bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan çalışmalar takip edildiğinde, madde bağımlılığına eşlik eden rahatsızlıkların görülme sıklığının arttığı bilinmektedir (4). Örneğin depresif belirtiler madde bağımlılarında yaygın olarak görülebilmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre opioid bağımlılığı olan bireylerin yaklaşık %30-35'inde, alkol bağımlılarının ise yaklaşık %40'ında yaşam boyu en az bir defa majör depresyon görüldüğü belirtilmiştir (5). Depresyon; üzüntü, umutsuzluk, karamsarlık, suçluluk, değersizlik hissi, insanlardan uzaklaşma, uyku bozukluğu, iştah ve cinsel arzu kaybı, rutin faaliyetlere karşı ilgisizlik gibi belirtileri olan bir duygu durumudur (3). Yapılan araştırmalarda alkol bağımlılığı olan kişilerde depresyon oranı % 30-60 olarak verilmektedir (6). Türkiye'de yapılan bir araştırmada, alkol ve madde kullanan genç erkeklerde en çok karşılaşılan iki tanıdan birinin majör depresyon olduğu belirlenmiştir (7). Bu durum alkol ve madde bağımlılarındaki yüksek depresyon düzeyinin azaltılmasında etkili olabilecek faktörleri düşündürmekte ve araştırmacılara alan açmaktadır. Yüksek depresyon düzeyi gibi bağımlılıkla ilişkili problemlerden biri de intihar (özkıyım)'dır. İntihar, kişinin ölümle sonuçlanacağını bilerek kendini kasten öldürme girişimi sonucu yaşanan ölüm olayı

olarak tanımlanmaktadır (8). İntihar girişimi ise başarısız olan intihar eylemini ifade etmektedir. Bağımlılık, özkıyım davranışı için önemli risk faktörlerinden biridir. Madde bağımlılarında özkıyım sonucu ölüm riski, bağımlı olmayan nüfusa göre 20 kat daha yüksektir. Alkol bağımlılığı olan bireylerin ise yaklaşık %15'inde tamamlanmış intihar gerçekleşir (5). Yapılan bir araştırmaya göre 527 opioid bağımlısı ile görüşülmüş, hastaların %39'unda intihar girişimi öyküsü bulunduğu tespit edilmiştir (9). Bu araştırmalarla bağımlılığın intihar için önemli bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Bağımlılık konusunda ele alınması gereken başka önemli bir kavram da algılanan sosyal destektir. Sosyal destek, bireyin hayatında olumlu değişiklikler yaratan, bireye destek sunan, hissedebileceği veya fark edebileceği yardım anlamına gelir. Algılanan sosyal destek ise bir kişinin hissettiği ve inandığı sosyal destektir (10). Algılanan sosyal desteğin madde kullanan bireyin ruh sağlığına önemli katkıları bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda alkol ve madde bağımlılarında algılanan sosyal destek arttıkça depresyon düzeyinin düştüğü görülmektedir (11,12). Türkiye'de yapılan bir araştırma da bu veriyi destekler niteliktedir. Yapılan bu çalışmada madde kullanan hükümlü bireylerin algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki görülmüş, sosyal destek algıları arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı görülmektedir (13) Bir diğer risk faktörü olan intihar davranışına yönelen ergenler incelendiğinde, intihar riski taşımayan akranlarına göre algıladıkları sosyal desteklerinin daha az olduğu görülmektedir (14). Başka bir araştırmada 980 lise öğrencisiyle görüşme gerçekleştirilmiş, sosyal destek algısı yüksek olan ergenlerin intihar olasılığının düşük olduğu bulunmuş ve algılanan sosyal desteğin özkıyım olasılığının yorumlanmasında yardımcı olacağı ifade edilmiştir (15). Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde 550 sağlıklı gönüllü ile yapılan diğer bir çalışmada algılanan sosyal desteği yüksek olan grubun intihar olasılığının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu gözlenmiştir (16). Sosyal destek; aile, arkadaşlar gibi sosyal kaynaklarla kişinin iyi hissetmesine katkıda bulunmakta, zayıf sosyal ağlar ise kişiyi intihar davranışı ve düşüncesine itebilmektedir (17). Madde bağımlılığı olan bireyler incelendiğinde genel olarak benzer sonuçlar çıkmakta, algılanan sosyal destek arttıkça intihar olasılığının düştüğü görülmektedir (18). Bu bakımdan algılanan sosyal desteğin depresyon düzeyi ve intihar olasılığı başlıklarıyla ilişkisi, sağlıklı bireylerde olduğu gibi bağımlı

bireylerde de önemli inceleme konularındandır. Bu ilişkinin sosyodemografik değişkenlere göre detaylı incelenmesi önemlidir.

1.1. Problem

Bağımlılık, bir varlığa yönelik karşı koyması çok zor olan arzular ile kendini belli eden, bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal olarak zarar gördüğünü bilmesine rağmen takıntılı şekilde maddeye ulaşmaya çalıştığı bir bozukluktur (1,2). Bağımlı birey sürekli ihtiyaç duyduğu maddeyi kullanmayı bıraktığında vücudunda kriz adı verilen semptomlar ortaya çıkar. Bu semptomları ortadan kaldırmak ve tekrar haz alabilmek isteyen bağımlı birey, hayatını madde bulmaya ve kullanmaya adar. Bağımlı bireyin maddeye bu denli bağlılığı pek çok soruna neden olur. Bağımlılığın yarattığı problemler yalnızca kişisel değil, toplumsal nitelik de taşımaktadır. Bu nedenle bağımlılık toplum sağlığını ciddi şekilde tehdit eden bir halk sağlığı sorunudur. Madde kullanımı sonucu suç işlenmesi, madde kullanım bozukluğunun toplumsal sorunlarından bir tanesidir (19). Yapılan araştırmalar bağımlılık ile suç davranışı arasında ilişki olduğunu ve aktif bağımlılık döneminde suç davranışının normal döneme göre daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır (20,21). Öyle ki bağımlı birey maddeye erişebilmek için madde satıcılığı, hırsızlık, fuhuş gibi yasadışı yollara başvurabilmektedir (3). Bağımlı bireylerde madde etkisindeyken bilinçte bozulma, psikotik semptomlar gibi sebeplerle suç davranışı görülebilmektedir. Yani kısaca madde kullanan bireyler maddenin yarattığı bilişte bozulma ile suç davranışında bulunabilmekte veya madde etkisinde olmadan maddeye ulaşabilmek için de suç işleyebilmektedir. Bağımlılık ile ilişkili problemlerden biri de madde bağımlılığına eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkların fazla oluşudur (4). Yapılan araştırmalar bağımlılık ile psikiyatrik rahatsızlıkların ilişkisini ortaya koymuş, bağımlılığın özellikle depresyon ve intihar gibi başlıklarla ilişkisi vurgulamıştır (7,22,23,24,25). Yapılan araştırmalarda bağımlı bireyin algıladığı sosyal destek ile intihar olasılığı arasındaki ilişki görülmüştür (15,16,26). Sosyal destek, "stres" ve "başa çıkma" konularında önemli bir işlev görür. Bu durum depresyon ve intihar gibi yaşam olaylarında algılanan sosyal desteğin koruyucu olabileceğini göstermektedir (27). Kişinin algıladığı sosyal desteğin, yaşadığı stresli yaşam olaylarına karşı tampon görevi sağladığı da belirtilmektedir (28). Bu durumda algılanan destek, günümüzün önemli problemlerinden sayılan intihar olasılığı ve depresyonu ciddi sonuçlar doğurmadan

azaltabilmektedir. Riskin arttığı bağımlı bireylerde de bu problemi azaltabilmek için yol gösterici olacak alan çalışmalarının yapılması önem kazanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın iki ana amacı bulunmaktadır. Ana amaçlarla birlikte yan amaçlar da inceleme konusu olmuştur.

Ana amaçlar :

- Katılımcıların algıladığı sosyal destek ile intihar olasılığı arasındaki ilişkinin genel olarak incelenmesi
- Katılımcıların algıladığı sosyal destek ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin genel olarak incelenmesi
- Sosyodemografik verilerin gruplarına göre alkol ve madde bağımlılarında algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin ayrı ayrı incelenmesi
- Sosyodemografik verilerin gruplarına göre alkol ve madde bağımlılarında algılanan sosyal destek düzeyi ile intihar olasılığı arasındaki ilişkinin ayrı ayrı incelenmesi

Yan amaçlar :

- Alkol ve madde bağımlılarına ait sosyodemografik bilgilerin araştırılması
- Alkol ve madde bağımlılarında sosyodemografik değişkenlere göre intihar olasılığı ölçek sonuçlarının anlamlı fark gösterip göstermediği, anlamlı fark gösteriyorsa bu farkın hangi gruplar arasında olduğunun incelenmesi
- Alkol ve madde bağımlılarında sosyodemografik değişkenlere göre depresyon düzeyi ölçek sonuçlarının anlamlı fark gösterip göstermediği, anlamlı fark gösteriyorsa bu farkın hangi gruplar arasında olduğunun incelenmesi
- Alkol ve madde bağımlılarında sosyodemografik değişkenlere göre algılanan sosyal destek puanının anlamlı fark gösterip göstermediği, anlamlı fark gösteriyorsa bu farkın hangi gruplar arasında olduğunun incelenmesi

1.3. Araştırmanın Önemi ve Gerekçesi

Bağımlılık, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak zarar görmesine rağmen bir varlığa karşı hissettiği karşı koyması çok güç olan arzular ile kendini belli eden, takıntılı davranışlarla devam eden bir varlığın güdümüne girme halidir (1,2). Yapılan çalışmalar sonucu madde bağımlılığına eşlik eden rahatsızlıkların görülme sıklığının zamanla arttığı belirlenmiştir (4). Örneğin depresif belirtiler madde bağımlılarında görülebilmektedir (22). Depresyon tanısı almış ergenlerle yapılan bir araştırmada, bağımlılık öyküsü olan ergenlerin depresyon düzeyinin, bağımlılık öyküsü olmayan ergenlerin depresyon düzeyinden anlamlı oranda daha fazla olduğu bulunmuştur. Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada, alkol ve madde kullanan genç erkeklerde en sık karşılaşılan iki tanıdan birinin majör depresyon olduğu saptanmıştır (7). Diğer bir araştırmada madde kullanan ve kullanmayan erbaş/erlerin depresyon düzeyleri incelenmiş, madde kullanan erbaş/erlerin madde kullanmayanlara göre depresyon düzeylerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (23). Yatan alkol bağımlılarıyla yapılan bir çalışmada ise hastaların %50 sine en az bir ek tanı konulduğu belirlenmiş, ek tanıların içerisinde majör depresyon ve distimi'nin önemli bir yer kapladığı bildirilmiştir (24). Bu durum gösteriyor ki bağımlı bireylerde depresyon araştırılması gereken ciddi bir problemdir. Bağımlılık, intihar için de önemli risk faktörlerinden biridir. Madde bağımlılarında özkıyım ile yaşamını sonlandırma riski normal nüfusa göre 20 kat daha fazladır. Alkol bağımlılığı olan bireylerin intihar girişimlerinin ise yaklaşık %15'i ölümle sonuçlanır (5). Madde bağımlılığında intihar oranlarıyla ilgili yapılan araştırmalarda intihar riskinin yüksekliği dikkat çekmektedir. Madde kullanan 298 kişi ile yapılan başka bir araştırmada; araştırmaya katılanların %67'sinin intihar düşüncesi bulunmuş, %30'unun en az bir kez intihar girişiminin olduğu ve %25'inin ise birden fazla intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir (29). Başka bir araştırmada eroin bağımlılarında intihar özellikleri araştırılmıştır. Yatılı bağımlılık tedavisi gören 100 eroin bağımlısının intihar girişimi ve intihar düşüncesi incelenmiştir. Çalışma sonucunda eroin bağımlısı bireylerin %70'inde özkıyım düşüncesi, %27'sinde ise özkıyım girişimi olduğu tespit edilmiştir (30). Bu durum da bağımlılık ve intihar olasılığı arasındaki ilişkinin incelenmesinin önemli olduğunu göstermektedir. Sosyal destek bireylerin ruh sağlığı için önemli bir değişkendir. Bireyin hayatında yaşadığı zorluklarla mücadelesinde ona destek veren insanların olmaması durumunda yalnızlık

ve depresyon sorunlarıyla baş edebilmek için madde bir kaçış aracı olabilir. Nitekim 2013 yılında yapılan araştırmada; aile, arkadaş ve özel insanlardan alınan sosyal desteğin artması durumunda bireylerin madde kullanım davranışının azaldığı görülmüştür (31). Diğer bir çalışmada; algılanan sosyal destek ile madde bağımlılığı tedavisinin başarısı arasında ilişki olmadığı tespit edilmiş; sosyal desteğin fazla olmasının bireyin madde kullanmaya tekrar başlamasını her zaman engelleyemeyeceği belirtilmiştir (32). Literatür gösteriyor ki algılanan sosyal destek ile intihar ve depresyon arasındaki ilişkileri inceleyen genel olarak yeterli çalışma olsa da, alkol ve madde bağımlılığı olan bireyler özelinde çok az sayıda araştırma vardır. Bağımlı bireylerde yapılacak olan bu ilişkisel araştırmanın uygun örneklem sayısı ile sosyodemografik verilere göre incelenmesi, literatür için önemli ve gerekli olduğu görülmektedir.

1.4. Araştırma Hipotezleri

H1: Algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Sosyodemografik verilerin gruplarına göre incelendiğinde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4: Sosyodemografik verilerin gruplarına göre incelendiğinde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında anlamlı bir fark yoktur.

H5: İntihar olasılığı ölçeği puanları sosyodemografik değişkenlere göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur.

H6: Beck depresyon ölçeği puanları sosyodemografik değişkenlere göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur.

H7: Algılanan sosyal destek ölçeği puanları sosyodemografik değişkenlere göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur.

1.5. Sayıltılar

1) Bağımlılık tedavisi gören bireylerin, doldurdukları ölçeklerdeki sorulara içtenlikle ve dürüst yanıt verdikleri varsayılmıştır.
2) Görüşülen bireylerin ölçekleri doldurdukları esnada madde etkisinde olmadığı varsayılmıştır.

3) Yapılan güç analizine göre örneklem sayısının yeterli olduğu varsayılmıştır.

1.6. Sınırlılıklar

1) Araştırma Mersin Toros Devlet Hastanesi'ne bağlı AMATEM kliniğine ayakta tedavi için gelen 18-67 yaş arasındaki araştırmaya katılmaya gönüllü erkek hastalar ile sınırlıdır.
2) Çalışma yalnızca erkek bireylerle gerçekleştirildiği için kadın hastalar örneklemde yer almamış ve bu sebeple cinsiyet değişkenine bakılamamıştır.
3) Görüşme yapılan bazı bireylerde psikiyatrik eş tanısı olanların bulunması araştırmayı sınırlamaktadır.
4) Çalışma 18 yaş üzeri bireylerle gerçekleştirildiği için daha küçük yaş grubu çalışmada yer almamaktadır.
5) Görüşme yapan ve formları dolduran hastaların en son ne zaman madde kullandığı bilinmemektedir fakat görüşmeden önce idrar tahlili sonucuna göre madde etkisinde olmadığı bilinmektedir.
6) Bireylerin asıl bağımlı oldukları ve sık kullandıkları maddeyi ifade etmelerine rağmen, hastaların çoğu çoklu madde kullanımına sahiptir. Bu durum incelemeye konu olmamış, tedavi olmak için geldikleri asıl madde sorulmuştur.
7) Hastaların çoğunluğunu Mersin ve yakın illerden gelenler oluşturmaktadır.
8) Araştırmada sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu bulunmamaktadır. Bu sebeple araştırma sonucunu sağlıklı bireylerdeki sonuçlarla karşılaştırmak için literatür taraması yapılmıştır.

2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Çalışmanın bu bölümünde; bağımlılık kavramı, bağımlılığın türleri, madde ile ilişkili kavramlar, madde türleri, risk faktörleri, epidemiyoloji, kuramsal açıdan bağımlılık, bağımlılık tedavisi, bağımlılık suç ilişkisi, depresyon, bağımlılık ile depresyon, intihar, bağımlılık ile intihar, algılanan sosyal destek, algılanan sosyal destek ile bağımlılık ilişkisi, algılanan sosyal destek ile depresyon ilişkisi, algılanan sosyal destek ile intihar ilişkisi konularına ilişkin yurt içi ve yurt dışı çalışmalar bulunmaktadır.

2.1 Bağımlılık

Bağımlılık literatürde araştırmacılar tarafından farklı ifadelerle tanımlanmaktadır. Bağımlılık kavramı genel anlamda 'Bir maddeye yönelik karşı koymakta güçlük çekilen arzularla kendini gösteren bu varlığın güdümüne girme hali' olarak tanımlamaktadır (1). Birey fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak zarar görmesine rağmen takıntılı bir biçimde kendini madde kullanmaya adamaktadır. Bağımlılık aynı zamanda tekrarlanan madde kullanımı sonucunda oluşan yoksunluk sendromunu hafifletmek adına bireyi madde kullanmaya zorlayan bir döngüdür (33). Geleneksel düşünceye göre bağımlılık, bireyin kullandığı maddeye karşı gösterdiği fiziksel adaptasyon sürecidir. Bu bakımdan bağımlılık tanımı fiziksel bağımlılık ile eşdeğer görülmüştür. Bağımlılık kavramının günümüzdeki tanımı ise yalnızca fiziksel bağımlılığı içeren bir tanımdan uzaklaşmış, bir maddeye duyulan yoğun istek ile kompulsif davranışları içeren daha geniş bir anlamda anlaşılmaktadır (34). Bu bakımdan bağımlılık türleri haz içeren birçok aktivitenin tanıma dahil olmasıyla birlikte kumar, alışveriş, seks, internet, yiyecek gibi davranışsal bağımlılıklarla çeşitlenmiştir. Bağımlılık aynı zamanda ruhsal gerilimin hızlı şekilde boşaltılması için tekrarlayıcı şekilde devam eden madde kullanım döngüsüdür (35).

DSM-5'te madde kötüye kullanımı kavramı hafif düzeyde madde kullanım bozukluğu olarak tanımlanmaktadır.

DSM-5'e (2014) göre madde ile ilişkili bozukluklar, aşağıdaki şekilde iki kümeye ayrılmıştır.

- Madde kullanım bozuklukları
- Maddenin yol açtığı bozukluklar

DSM 5'e (36) göre madde kullanım bozukluğunu gösteren tanı kriterleri ise şu şekildedir: On iki aylık bir zaman diliminde aşağıdaki maddelerden en az ikisinin olduğu, klinik bakımdan belirgin bir sıkıntıya veya işlevsellikte azalmaya neden olan problemli madde kullanım örüntüsü:

1. Maddenin çoğu zaman planlandığından daha yüksek dozlarda ya da uzun bir süredir kullanılması
2. Maddeyi bırakmak veya kontrol etmek için devamlı bir istek duyma, çaba gösterme ya da boşa çıkan çabalar.
3. Maddeye ulaşılması, kullanılması ya da maddenin etkilerinden kurtulmak amacıyla çok zaman harcama.
4. Maddeyi kullanmaya aşırı bir arzu duyma, aşerme veya zorlanmış hissetme.
5. Tekrarlayıcı biçimde madde kullanımı sonucunda işte, okulda ya da evde beklenen sorumlulukları yerine getirememe.
6. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, devamlı ya da tekrarlayıcı sosyal ve kişilerarası problemler yaşanmasına rağmen madde kullanımına devam etme.
7. Madde kullanımından dolayı bir takım sosyal etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme faaliyetlerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Tekrarlanan bir şekilde tehlikeli olabilecek düzeylerde madde kullanma.
9. Madde kullanımının sebep olduğu veya alevlendirdiği devamlı veya yineleyici fiziksel ya da psikolojik bir sorun olduğu bilinmesine rağmen madde kullanımına devam etme.
10. Aşağıdaki maddelerden biriyle tanımlanmak üzere, tolerans gelişmiş olması: -Kişinin entoksikasyon ya da istenen etkiyi ortaya çıkarmak için belirgin olarak artan miktarda madde kullanma gereksinimi. -Aynı miktarda madde kullanmaya devam etmesine rağmen belirgin olarak azalmış bir etkinin ortaya çıkması.
11. Bir maddeye karşı yoksunluk gelişmiş olması (36).

2.1.1. Bağımlılık Türleri

Bağımlılık türleri psikolojik ve fiziksel bağımlılık olmak üzere iki farklı şekilde tanımlanır.

2.1.1.1. Fiziksel Bağımlılık

Fiziksel bağımlılıkta bireyin bir süredir kullandığı maddeye karşı bedeninde fiziksel bir uyum gerçekleşir. Kullanılan madde bırakıldığı zaman bu uyum bozulur ve bireyde kriz adı verilen fiziksel belirtiler ortaya çıkar (2). Fiziksel belirtiler, güçlü baş ağrısı, bulantı, kusma, terleme, mide bulantısı, ishal, terleme, uykusuzluk, kasılmalar, sara nöbetleri gibi belirtilerdir. Madde alımının azaltılması veya bırakılması durumunda bireyde yoksunluk belirtileri ortaya çıkmıyorsa fiziksel bağımlılığın olmadığı söylenebilir. Bu bakımdan fiziksel bağımlılık ile yoksunluk belirtileri arasında doğru bir orantı vardır (37). Yani fiziksel bağımlılığın derecesi ne kadar yüksekse bireyin madde kullanmadığından sonra yoksunluk sendromunun şiddetini de o kadar yüksek hissedeceği söylenebilir (38).

2.1.1.2. Psikolojik Bağımlılık

Psikolojik bağımlılık, bağımlılığın zihinsel yönünü oluşturup bireyin madde etkisindeyken hissettiği zevki ve rahatlamayı tekrar hissetmek için güçlü bir istek duymasıdır. Bu durumdaki birey sıkıntı ve huzursuzluktan kurtulmak için sürekli olarak maddeyi düşünerek ve maddeyi arayarak zaman geçirmektedir. (2). Sadece psikolojik bağımlılığın söz konusu olduğu durumda madde kullanımı bireyin kişisel sınırları içerisinde gerçekleşebilmekte ve birey madde miktarını artırmadan kullanıma devam edebilmektedir (38).

2.1.2. Madde ile İlişkili Kavramlar

2.1.2.1. Yoksunluk

Bir süredir kullanılan maddenin kullanımının azaltılması veya bırakılması sonucu ortaya çıkan, bireyin maddeye yoğun bir şekilde ihtiyaç duyduğu durumdur (5,39). Bağımlıların hastalık veya kriz olarak ifade ettiği yoksunluk sendromunda güçlü baş ağrısı, bulantı, kusma, terleme, mide bulantısı, ishal, terleme, uykusuzluk, kasılmalar, sara nöbetleri gibi birtakım fiziksel belirtiler görülmektedir.

2.1.2.2 Yatışma (Remisyon)

Madde kullanmayı bırakma ve bu süreçte hiç madde kullanmama durumudur. Bu süre 3-12 ay arasında ise erken yatışma, 12 aydan uzun süreliyse geç yatışma olarak adlandırılmaktadır (5,40).

2.1.2.3. Sürçme (Slip)

Yatışma dönemindeki bir bireyin tek seferlik veya 24 saatle sınırlı olmak üzere bir veya birden çok madde kullanmasıdır. Erken müdahale ile depreşme (nüks) engellenebilir (5,40).

2.1.2.4. Kayma (Laps)

Yatışma dönemindeki bir bireyin bağımlılık döngüsüne tekrar girmeyecek kadar kısa fakat sürçmeye göre daha uzun süreli olarak madde kullanmasıdır (5,40).

2.1.2.5 Depreşme (Nüks)

Yatışma dönemine girmiş bir bireyin madde kullanımına yoğun olarak tekrar başlaması ve bağımlılık döngüsüne tekrar girmesidir. (5,40).

2.1.2.6 Tolerans

Uzun süreli ve tekrarlayan madde kullanımı sonrasında bireyin aynı miktarda madde kullanımından istediği etkiyi bulamaması bu sebeple aynı etkiyi görebilmek için daha fazla madde kullanımına ihtiyaç duymasıdır (5,39). Tolerans derecesi madde türüne göre değişmekle beraber, tolerans gelişimi kişinin yüksek dozlara dayanma gücünü de artırmaktadır. Öyle ki yoğun bir şekilde madde kullanan bireyler, kullanmayanlar için öldürücü olarak bilinen dozların 10 katı kadar dozlara karşı tolerans oluşturabilmektedir (41).

2.1.2.7 Çapraz Tolerans

Çapraz bağımlılık olarak da ifade edilen bu durumda, bir madde ile aynı fizyolojik ve psikolojik etkilere sahip başka bir maddenin diğerinin yerine kullanılmasıdır. Bu durumda iki maddeye karşı da bağımlılık gelişmektedir (5).

2.1.2.8 Entoksikasyon

Bir maddenin yüksek dozlarda kullanımı sonrası yargılama, hafıza, duygulanım gibi zihinsel işlevlerden bir veya daha fazlasını etkileyen; bilişsel, davranışsal ve sosyal işlevselliği önemli ölçüde bozan, zehirlenme olarak da tabir edilen bir sendromdur (5).

2.1.2.9 Aşerme

Aşerme, madde kullanımını bıraktıktan sonraki ilk aylarda aktif olarak görülen, başa çıkılması son derece güç belirtilerdir. Aşerme çoğu zaman maddeyi bırakmaktaki aşılması en zor engel olarak görülmektedir (42). Aşerme diğer bir ifadeyle madde kullanımının bırakılmasının ardından bireyin yoğun olarak tekrar maddeyi arzulamasıdır.

2.1.3. Madde Türleri

DSM-5'e (36) göre, madde ile ilişkili bozukluklar aşağıdaki madde kategorilerini kapsamaktadır:

- Alkol
- Kenevir
- Kokain
- Hallüsinojenler (varsandıranlar)
- Opiyatlar (eroin, kodein vb.)
- Amfetamin veya benzer etkili simpatomimetikler
- Tütün (nikotin)
- İnhalanlar (uçucular)
- Fensiklidin veya benzer etkili arilsikloheksilaminler - Sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler

2.1.3.1 Tütün

Tütünün en zararlı içerikleri karbonmonoksit, katran ve bağımlılığa neden olan nikotindir. Tütün aynı zamanda beynin haz merkezinde yer alan reseptörleri uyaran bir maddedir (3). Sigara kullanımı, nikotinin beyne ulaşmasını sağlayan en kısa yoldur. Bağımlılığa yol açan nikotin; vücutta noradrenalin, asetilkolin, dopamin, endorfin gibi farklı mediatörlerin salınımını sağlar ve ardından öforik duygular oluşturur (43). Sigara

kullanımı fiziksel bağımlılık oluşturur. Tütün bağımlılığı akciğer kanseri, solunum yolu hastalıkları, gırtlak ve yemek borusu kanserleri, kalp damar hastalıkları gibi pek çok ölümcül hastalığa yol açabilir (3).

2.1.3.2. Alkol

Alkol diğer maddelerden farklı olarak çoğu ülkede yasal olarak satılmadır ve bu nedenle kullanımı daha yaygındır. Alkol, kaygı giderici bir psikoaktif madde olup beynin haz merkezini uyardığı için bağımlılık potansiyeli bulunmaktadır (44). Alkolün ilk kullanımı ergenlik dönemine denk gelebilmektedir. Ergenlik döneminde bireyin motivasyonu kültürel değerleri korumak yerine kendi özerkliğini sağlamaya çalışmaktır. Ebeveynleriyle çatışma içerisinde bulunan birey bu dönemde oldukça kırılgandır. Çekingenlikten kurtulmak isteyen, kendini huzurlu ve güçlü hissetmek isteyen ergen birey, bu dönemde alkol kullanarak sahte bir güven duygusu oluşturabilmektedir (45). Bunun yanında içerisine bulunduğu arkadaş grubunun davranış örüntüsüne dahil olmak adına veya merak ettiği için de bu dönemde alkol kullanımına başlayabilmektedir. Alkol bağımlılığı diğer madde bağımlılıklarında olduğu gibi hem bireysel sorunlar oluşturmakta hem de ekonomik, ailevi, sosyal sorunlara sebep olmaktadır (25).

2.1.3.3 Esrar (Kenevir)

Etken maddesi tetrahidrokannabinol (THC) olan esrar, kenevir bitkisinin yaprağının kurutulması ile elde edilir. Yeşil veya gri renkli bir bitki kurusu olarak satılan kenevir, dünyada en fazla kullanılan yasa dışı maddedir (46). Kenevir otu sigara gibi kullanılır. Bu yolla hızlı bir şekilde akciğerlerden kana geçerek beyne ulaşır. Kenevir kana karıştıktan sonra yaklaşık 3 saatlik etkisi vardır. Kullanan bireyde gevşeme, ani duygu yükselmeleri, öfori, hareketlerde yavaşlama, duygu karmaşası gibi durumlar gözlenir. Kenevir aynı zamanda kannabinoid reseptörlerini etkileyerek psikomotor davranışın bozulması, kısa süreli hafıza kaybı, zehirlenme, iştahın artması gibi etkiler ortaya çıkarabilmektedir (47). Esrar vücuda alındığında duyarlılık artar, renkler ve sesler yoğun olarak algılanır (48). Madde miktarına ve bireyin mizacına göre değişse de esrar kullanımında bazı genel belirtiler vardır. Bu belirtiler; ağızda kuruluk, nabızda artış, göz bebeklerinin büyümesi ve kanlanması, yüzün kızarması, bulantı ve kusma hissi, iştahta artma, cinsel arzu artışı, duygu karmaşası, bilişte bozulma şeklinde

sıralanabilir (49). Kullanıcıları arasında ot, yeşil, sarıkız, kuru, derman gibi adlarla anılan kenevir, genellikle ilk kullanılan yasadışı madde olmaktadır. Eroin, kokain gibi daha ağır maddelere geçişe neden olabilmektedir. Bu nedenle geçiş maddesi olarak da bilinmektedir (50).

2.1.3.4. Eroin

Düşük dozlarda kullanıldığında rahatlatıcı, öksürük azaltıcı, ağrı kesici gibi etkileri olan yatıştırıcı maddeler opiyat olarak adlandırılır. Doğal opiyatlara morfin, yarı sentetiklere eroin, sentetik opiyatlara ise kodein örnek verilebilir (51). Vücudun opioid sisteminde yer alan sinir hücresi reseptörlerini uyaran opiyatlar, fiziksel bağımlılığa neden olur. Opiyatlar damar yoluyla alınırsa hızla kana karışır ve yüksek miktarda haz verici etki yaratır. Opiyat kullanan bireylerde uyku hali, uyuşukluk, konsantre olamama, zihin bulanıklığı, çevreye ilgisizlik, psikomotor faaliyetlerde yavaşlama, solunum ve nabızda azalma, göz bebeklerinde küçülme, daha yüksek dozlarda ise koma ve solunumun durmasına bağlı ölüm gelişebilmektedir (41). Opiyatlar arasında kötüye kullanım oranı en fazla olan madde eroindir. Afyon bitkisinden elde edilen eroin, güçlü bağımlılık yapma potansiyeli olan bir opiyat türüdür (52). Kelime anlamı 'etkisi yüksek' olan heroin'den gelen eroin maddesi, yüksek düzey fiziksel bağımlılık yaratır ve hızlı bir şekilde tolerans geliştirir. Kullanım süresi arttıkça fiziksel bağımlılığın derecesi de buna paralel olarak artmaktadır. Bu sebeplerle maddeyi bıraktıktan sonra yeniden başlama oranı yüksektir (53). Eroin maddesinin alımının bırakılması durumunda burun akıntısı, halsizlik, kas ağrıları, uykusuzluk gibi belirtiler görülebilmektedir (50).

2.1.3.5. Amfetamin ve Metamfetamin

Amfetamin ve türevleri, uyarıcı olarak kullanılan sentetik bir maddedir. Kullanıcı bireylerde fiziksel ve zihinsel faaliyetleri artıran bir etkiye sahiptir (54). İlk kullanıldığında enerjik hissettiren sonrasında ise bitkinliğe sebep olan bir maddedir (40). Tüketilmesi sonrasında genelde bireylerde yüksek kan basıncına ve adrenalin yükselmesine sebep olmaktadır. Bu durum, yüksek doz kullanımlarda kalp krizine yol açabilmektedir (55). Sürekli kullanımda davranış ve kişilik bozukluklarına yol açabilir, paranoid şizofrenik davranışları tetikleyerek bireyi şüphe ve kaygı içerisinde bırakabilmektedir (40,54). Bu durum diğer maddelerde olduğu gibi suç davranışına

neden olabilmektedir. Metamfetamin de amfetamin tipi uyarıcılar adı altında yer almakta ve etkileri amfetamine benzemektedir. Ağız yoluyla alınabilen, burundan çekilebilen, dumanı solunarak tüketilebilen veya enjekte edilerek kullanılan metamfetamin maddesi, ateş-buz, tebeşir, meth, kristal gibi farklı ifadelerle adlandırılır. Metamfetamin kullanımı uzun süre uyanıklık, kalp atım hızı, kan basıncı, vücut ısısı ve iştahsızlıkta artışa sebep olmaktadır. Uzun süreli metamfetamin kullanımı ise kilo kaybı, iç organ hasarları, diş çürükleri, enfeksiyon, solunum problemleri, paranoya, psikoz, depresyon ve kaygı bozukluklarına sebep olabilmektedir (56).

2.1.3.6. Kokain

Srilanka, Boliva gibi tropikal iklime sahip ülkelerde yetişen koka bitkisinden elde edilen kokain, ilk kullanımda uyarıcı ve enerji verici etki yapmaktadır. Merkezi sinir sistemini uyararak kalp atım hızını, kan basıncını ve solunumu artırır. Bir süre sonra ise uyarıcı etkisini kaybederek uyuşturucuya benzer belirtiler ortaya çıkarır. Bu etkiler arasında psikomotor hareketlerin yavaşlaması, duyarlılığın azalması, bulantı ve halsizlik sayılabilir. Çok miktarda alınması durumunda algı yanılsamaları ve varsanılar görülebilmektedir (37). Sürekli kullanımlarda iştahsızlık, halsizlik, uykusuzluk, zayıflama, cinsel gücün azalması gibi etkiler görülür (57).

2.1.3.7. Uçucular (İnhalanlar)

Tiner, tüp-çakmak gazı, benzin, bali, boya gibi uçucu maddelerin solunması yoluyla farklı bir zihinsel duruma ulaşılan madde türüdür (58). Ucuz, yasal ve kolay ulaşılabilir olduğundan suistimal olasılığı yüksektir. Öyle ki evimizde ve sanayi sektöründe bulunan pek çok ürün koklanarak bu tür maddelere bağımlı olunabilir (54). Bu gibi sebeplerle çocuk ve ergenlerde en sık kullanılan hatta kimi zaman da ilk başlanılan madde türü olmaktadır (59). Uçucu madde kullanımı bireyde saldırganlığa, uyuşukluğa, halüsinasyonlara neden olmaktadır. Uzun süreli kullanımda ise beyinde kalıcı değişiklikler meydana getirerek davranışsal ve nörolojik bozukluklara neden olur (60).

2.1.3.8. Varsandıranlar (Halüsinojenler)

Fensiklidin, ekstazi, ketamin, liserjik asit dietilamid (LSD), psilosibin ve peyote gibi halüsinojenleri içeren, kullanımı esnasında bireyde ciddi fiziksel ve psikolojik etkileri olan maddelerdir. Kullanımı sırasında kişide taşikardi, hipertansiyon, algıda bozulma, uyku problemleri, sanrı, varsanı, paranoya, öfori gibi belirtiler gösterir (61). Halüsinojen maddeler bireyin algısını artırarak madde etkisinde olmadığı zamanlarda algılayamadığı uyaranların da algılanmasına neden olur. Beden, mekan, zaman algısının değişmesi ile yanılsamalar görülür (48). Son zamanlarda kullanımı yaygınlaşan LSD ve ekstazi de bu gurubun içinde yer almaktadır. Ekstazi, genellikle üzerinde gülen surat, kuş, kanat, kalp gibi semboller olan renkli kapsül veya tabletler olarak bulunmaktadır. Alındıktan yaklaşık 40 dakika sonra etkisini göstermeye başlar ve 4-6 saat arasında etkisi sürmektedir. Kullanan bireylerde canlılık, algıda artış, mutluluk, güven, zevk gibi unsurlar yaratmaktadır (50).

2.1.3.9. Sedatifler

Merkezi sinir sistemini baskılayıcı özelliğe sahip olan sedatif maddeler, uyuşturucu ve sakinleştirici etkisi bulunmaktadır. Türkiye'de kulanımı yasak olmakla beraber yalnızca özel reçeteler ile kullanılabilir. Meprobamat, metakulon, benzodiazepinler, barbiturat ve benzeri hipnotikler gibi maddeler sedatif örnekleridir. Sedatif madde bağımlılığı sonucunda duygusal dengesizlik, konuşmada yavaşlama, dikkat eksikliği, hafıza zayıflığı gibi belirtiler görülebilmektedir (48). Sedatif maddeler genellikle uyku ilacı olarak kullanıldığından bağımlılık masum ve sinsice gelişir (41).

2.1.4. Risk Faktörleri

Madde bağımlılarının bir kısmı olumsuz yaşam olaylarının gerilimini azaltmak için madde kullanırken, bir kısmı olumlu duyguları artırabilmek için madde kullanır. Madde kullanımı aynı zamanda bireyin duygusal durumlarla başa çıkma konusundaki başarısızlığını gösterebilir (3). Çocukların üzerinde denetimsiz veya aşırı baskıcı aile yapısı, parçalanmış aile yapısı, ebeveyn kaybı, ebeveynlerdeki madde kullanımını onaylayıcı tutum da risk faktörleridir. (62). Uçucu madde bağımlılığının oluşumuna yönelik risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla 6760 ergen birey ile yapılan bir araştırmada; düşük aile desteği (%13.9), ailede bağımlılık öyküsü (%18.4), ebeveynin

sigara içmesi (%32), zayıf benlik algısı (%18.2), depresyon belirtilerinin varlığı (%14.7), intihar girişimlerinin varlığı (%6.9), akranlarının madde kullanımı ile ilgili olumlu algısı (%21.6), akranlarının madde kullanımını kanıksaması (%9.6), kurallara uygun olmayan davranışlara yönelmeye istek (%15.1) ve suç içeren davranışların varlığı (%18.9) önemli risk faktörleri olarak ortaya çıkmıştır (63).

2.1.4.1. Çevre

Madde kullanımının pek çok sebebi vardır. Bunlardan biri kişinin sosyal çevresidir. Bireyin ailesi ve arkadaş çevresinde yaşadığı problemler madde kullanım sebepleri arasında olabilmektedir. Bunun yanında bireyin duygusal doyumsuzluğu da madde kullanımına sebep olabilmektedir (64). Ailenin madde kullanımı durumunda ailenin diğer üyeleri bu durumu gözlemlemekte ve sosyal öğrenme ile model alarak madde kullanımına başlayabilmektedir. Bu noktada ebeveynlerin madde kullanımı çocuğun madde kullanımı için bir risk faktörüdür (65). Kişinin ailesi, arkadaşları, kültürü ve medyanın maddeyi kabul edilir bulup bulmaması da kişinin madde kullanasında risk faktörleridir (3). Kanunlar, maddeye ulaşabilirlik gibi çevresel faktörler de madde kullanımına etki eder. Sosyoekonomik düzey ise madde kullanımının sıklığından ziyade kullanılan maddenin türünü etkiler. (39). Örneğin son zamanlarda metamfetamin ve uçucu maddeler sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerce kullanılırken kokain ise daha yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bireylerce tercih edilir (40). Çocuğun aileyle olan ilişkisinin niteliği ve türü de madde kullanımında etkilidir (66). Madde bağımlısı olan bireylerin aileleri incelendiğinde genellikle şiddet, geçimsizlik ve çatışmaların olduğu aile yapısı mevcuttur. İletişimsizliğin doğurduğu şiddet, bireyin aileden uzaklaşmasına ve kaçışa sebep olur. Madde kullanımı da bu kaçış yollarından biridir (67). Madde bağımlılığında kurulan sosyal ilişkiler de önemlidir. Birey bulunduğu ortama uyum sağlayamaz ve sosyalleşemezse olumsuz yaşam olaylarıyla başa çıkabilmek için maddeye başvurabilmektedir (40).

2.1.4.2. Kalıtım

Psikiyatrik hastalıkların temelinde genetik faktörlerin etkili olduğunu bilinmektedir. Bağımlılık ile genetik arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda tek yumurta ve çift yumurta ikizleri incelenmiştir. Bunun sonucunda genetiğin bağımlılıkta

etkili olduğu görülmüş, aile bireylerinde bağımlılık olan bireyin de bağımlılık oranının yüksek olduğu belirtilmiştir (3,68). Yapılan çalışmalarda alkol bağımlısı bireylerin çocuklarında bağımlılık görülme oranın sağlıklı bireylerin çocuklarına göre 4 kat fazla olduğu saptanmıştır (48).

2.1.4.3. Bireysel Sebepler

Bağımlılığa başlanması ve devamında bireyin kişilik özellikleri önemli bir etkendir. Madde kullanan bireylerde; hazzı erteleyemeyen, özgüveni düşük, kaygılı, bencil, sosyal becerilerde yetersiz kişilik özellikleri görülebilmektedir. Fakat madde bağımlılarının tamamına bu kişilik özelliklerini genellemek doğru değildir (40).

2.1.4.4. Ergenlik Dönemi

Madde bağımlılığı riski ergenlik öncesi dönemde başlar, 18-22 yaş arasında zirveye ulaşır, 25 yaşından sonra ise yavaş yavaş azalmaya başlar. (69). Heyecan duyma isteği, bir gruba ait hissetme, risk alıcı davranışlar ve haz almaya yönelik davranışlar ergenlik döneminin karakteristik özelliklerindendir. Bu özellikler bireyi madde kullanmaya itebilmektedir. Madde kullanan bireyler kendi arasında bir alt kültür oluşturur. Bu alt kültürün kendine has tabirleri, müzik tarzları, giyim tarzları, saç stilleri ve boş zaman etkinlikleri bulunmaktadır (70). Ergenlik döneminde bireyin yaşamında arkadaşlarının öneminin artması merak duygusuyla birleşince madde kullanımı kolaylaşmaktadır.

2.1.4.5. Risk Faktörlerine Kuramsal Bakış

Madde bağımlılığında risk faktörlerine kuramlar farklı açılardan bakmıştır. Davranışçı yaklaşımlarda edimsel koşullanmaya göre bireyin maddeyi kullanmasıyla birlikte hissettiği haz duyguları pozitif pekiştireçtir. Bireyin maddeyi bırakması ile oluşan kriz durumunu hafifletmek ve ızdıraptan kurtulmak için madde kullanması ise negatif pekiştireç görevi görmektedir (71). Davranışçı kuramlardan bir diğeri olan klasik koşullanmaya göre ise madde kullanımı; maddenin kokusu, tadı, ortam, maddenin kullanıldığı arkadaş çevresi, çevredeki sesler gibi uyaranlarla eşleştirilir. Çevresel etmenlerle eşleştirilen madde kullanımı bu etmenleri koşullu uyarıcıya çevirir bu da madde kullanım davranışını tetikler (72). Bilişsel kurama göre çarpık bilişler

madde kullanım davranışını teşvik eder (39). Psikoanalitik kurama göre madde kullanım davranışı gösteren birey psikoseksüel gelişimin oral dönemine saplı kalmıştır (40). Biyopsikososyal modele göre ise madde kullanımında biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere birden fazla faktörün birleşiminin etkisi vardır (40).

2.1.4.6. Psikiyatrik Eştanı

Yapılan araştırmalar sonucunda madde bağımlılığına eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklarda artış olduğu görülmüştür (4). Antisosyal kişilik bozukluğu sıklıkla madde kullanımına eşlik eden unsurlardan biridir. Madde kullanan bireylerde antisosyal kişilik bozukluğu oranlarının %35-60 civarında olduğu düşünülmektedir (39,5). Depresif belirtiler de madde bağımlılarında sıklıkla görülebilmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre opioid bağımlılarının yaklaşık %30-35, alkol bağımlılığı olanların ise yaklaşık %40'ında hayatlarında en az bir defa majör depresyon görüldüğü tespit edilmiştir (5).

2.1.5 Epidemiyoloji

Madde kullanımının ciddi sorunlar oluşturduğunun fark edilmesi ve buna yönelik kayıtların tutulması 1960'lı yıllarda ABD'de Vietnam savaşından dönen askerler ile önem kazanmıştır. Savaştan dönen 200 binden fazla askerin madde kullanımı ile ilişkili problemler yaşaması bunda etkili olmuştur (1). 2017 yılında, dünyada 15-64 yaş arası nüfusun yaklaşık yüzde 5,5'i yani 271 milyon kişinin bir önceki yılda bağımlılık yapan madde kullandığı ve kullanıcıların yaklaşık %13'ünün yani 35 milyon kişinin ise madde bağımlılığı tanısının olduğu öngörülmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalara bakıldığında Özkan (2002) tarafından 1990-2000 yılları arasında yapılan 'Adana İl Merkezinde Bulunan Liselerde Okuyan Öğrencilerde Alkol ve Uyuşturucu Yatkınlığının Araştırılması' adlı araştırmada, lise öğrencilerinde alkol ve madde kullanım oranlarının incelenmesi hedeflenmiştir. Araştırma ile belirlenen 10 farklı liseden 2352 öğrenci (1179'u erkek; 1173'ü kız) çalışmaya katılmıştır. Çalışma sonucunda ulaşılan verilere göre, öğrencilerin hayat boyu madde kullanım oranı %1,7'dir ve erkek öğrencilerde hayat boyu madde kullanım oranı kız öğrencilerde 2 kat fazla olduğu görülmüştür. Öğrenciler arasında kullanım yaygınlığı en fazla olan madde esrardır ve başlama yaşı en düşük olan madde uçucu maddeler grubunda yer alan

uhudur (73). Lise öğrenimi gören 3483 öğrencinin katılımıyla 2004 yılında gerçekleştirilen başka bir araştırmada ise en az bir defa uçucu madde kullanım oranı %5,9, esrar kullanım oranı %5,8, flunitrazepam kullanım oranı %4.4, benzodiazepin kullanım oranı %3.7, ekstazi kullanım oranı %3.1 ve eroin kullanım oranı ise %1.6 olarak tespit edilmiştir (74). Boğaziçi Üniversitesi öğrencileriyle 2005 yılında yapılan araştırmada ise 735 öğrenciden hayatı boyunca en az bir kere esrar kullanan kişi oranı %9,2, benzodiazepin oranı %3,4, ekstazi oranı %2,7, uçucu madde oranı %1,2, flunitrazepam oranı %0,6, kokain oranı %0.4, eroin oranı ise %0.3 olarak saptanmıştır (75). Alkol kullanım yaygınlığının araştırıldığı bir araştırmada İstanbul'da 12-65 yaşları arasındaki 1550 kişi ile görüşme yapılmış ve alkol kullanım yaygınlığı %33,5 olarak saptanmıştır (76). Eroin kullananlar ile yapılan başka bir çalışmada ise; bekar olma, işsizlik, madde kullanımına bağlı sosyal sorunlar yaşama, ebeveynle beraber yaşama, intihar girişimi ve ilk kullanılan maddenin esrar olma oranları yüksek bulunmuştur (77).

2.1.6 Kuramsal Açıdan Bağımlılık

Kuramlar bağımlılığa farklı açılardan bakmakta ve bütünü görmenin önemli parçalarını oluşturmaktadır.

2.1.6.1. Psikodinamik – Psikoanalitik Kuram

Psikodinamik modeller madde kullanımını mastürbasyon benzeri cinsel haz, gizli eşcinsel arzulardan kaçış yolu veya oral gerilemenin bir belirtisi olarak görmektedir (78). Öyle ki bazı opioid bağımlıları madde kullanımının başlangıç zamanlarındaki öforik etkiyi cinsel orgazma benzetmektedir. Örneğin kokain kullanıcılarının kokain kullandıklarında beyninde aktive olan alanlarla, cinsel aktivite sonrası beynin aktive olan alanlarının aynı bölgeler olduğu görülmüştür (79,5). Güncel psikodinamik görüşler aynı zamanda madde kullanımını daha çok ego işlevlerindeki bozulmayla ilişkilendirmektedir (5).

2.1.6.2. Davranışçı Kuram

Davranışçı kurama göre bağımlılıkta maddenin pekiştirici etkileri beyindeki ödül mekanizmasını harekete geçirmektedir (80). Madde kullanımında depreşmenin ortaya çıkmasında farklı öğrenme mekanizmaları etkili olmaktadır. Madde kullanan birey,

maddenin fiziksel belirtilerinden kurtulduğu ve madde kullanımını bıraktığı uzun bir sürenin ardından çevresel bir uyarana maruz kaldığında, koşullanmış yoksunluk veya koşullanmış aşerme yaşayabilmektedir. En yoğun aşerme bağımlı bireyin yanında başka birinin madde kullanması, sigara yakması veya madde kullanmasını teklif etmesi gibi durumlarda yaşanır (5).

2.1.6.3. Bilişsel Davranışçı Kuram

Bilişsel davranışçı terapi son zamanlarda madde bağımlılığı tedavisinde etkin olarak kullanılmaktadır. Bu tür terapide sorun çözme becerileri, çarpık bilişler, sorunlarla başa çıkma, beceri geliştirme gibi özelikler üzerinde durulmaktadır. (39).

2.1.6.4. Psikososyal Kuram

Psikososyal kuram, bireyin aileden başlayarak içerisinde bulunduğu çevrenin madde kullanım davranışıyla ilişkisini vurgulamaktadır (78). Kişinin ailesi, akran grubu, medya ve kültür gibi pek çok sosyal unsur madde kullanımında etkilidir (3). Maddenin ulaşılabilirliği, madde kullanımının kabul edilebilirliği, içinde bulunulan sosyal ortam, sosyal cezalandırılma, maddeye karşı toplumsal tepki, akran değerleri, din ve kitle iletişim araçlarının etkisi bireylerin madde kullanımlarında belirleyici olan faktörler olarak görülmektedir (72). Sosyal öğrenme bağımlılığın başlamasında ve sürdürülmesinde etkilidir. Özellikle ergenlik döneminde bir sosyal grup içerisinde yer alabilmek, o gruba ait hissetmek, genç bireylerin hayatının merkezinde olabilmektedir. Ergen birey, grup içerisinde yer alabilmek için grubun benimsediği değerleri ve kuralları içselleştirmektedir. Aksi durumlarda ergen gruptan dışlanır. Eğer üyesi olunan grupta madde kullanımına değer veriliyorsa ve gruba dahil olmanın anahtarı haline geldiyse genç birey madde kullanımını deneyebilir ve bağımlı olma riski ile karşı karşıya kalabilmektedir (81).

2.1.6.5. Genetik Kuram

Genetiğin bağımlılığa etkisi konusunda yapılan ilk çalışmalarda ikiz ve aile deneyleri yapılmış, bunun sonucunda genetiğin bağımlılıkta etkili bir unsur olduğuna yönelik bulgulara ulaşılmıştır. Bağımlıların birinci derece yakınlarında bağımlılık oranlarının yüksek olduğu belirtilmiştir (68). Alkol bağımlılığı ile genetik arasındaki

ilişkiyi inceleyen araştırmalarda da bireyin ailesinde veya akrabalarında alkol kullanımı durumunda bu durumun birey için risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (82).

2.1.7. Bağımlılık Tedavisi

Bağımlılık, maddeyi bırakma ve nükslerle kendini gösteren bir hastalıktır. Bu sebeple uzman kadrolarla uzun süreçli tedavi gerektiren bir hastalıktır. Madde bağımlılığı tedavisinin temelde 3 aşaması bulunmaktadır. İzole dönemi : Bağımlı birey bir klinikte yatarak tedavi görür ve toplumdan izole olur. Temizlenme dönemi : Maddenin vücuttan atılması yoksunluk döneminin geçmesi sağlanır. Bu süreçte düşük oranda madde içeren ve sakinleştiren ilaçlar verilerek vücudun maddeden temizlenmesi sağlanır. Rehabilitasyon dönemi : Bireyi madde kullanmaya iten sosyal, ailesel, psikolojik sorunlar üzerinde çalışılarak bu durumlarla baş etme becerileri üzerinde çalışılır. Uzun süreçli bir tedavi dönemidir buna rağmen nüks oranı yüksektir (1). Madde bağımlılığı tedavisi, detoksifikasyon (temizlenme) ile başlamaktadır. Tedaviye başlamadan bir süre önce madde kullanımını bırakan bireylerde uygulanır. İlaçla tedavi yaklaşımında ise antagonizm, yerine koyma ve antabuse olmak üzere üç yöntem kullanılmaktadır (83) :

- Antagonizm: Antagonizm yönteminde maddenin etkilerini ortadan kaldırmak amacıyla bireye maddenin antagonisti yani engelleyici verilir. Maddenin antagonisti beyindeki ilgili reseptöre maddeden önce ulaşarak beynin maddeye olan talebini engeller.
- Yerine Koyma (Substitution): Kullanılan maddeyle benzer özelliklere sahip başka bir ilacın uzman kontrolünde kullanılmasıdır. Örneğin nikotini sigaradan almak yerine nikotin bandı kullanmak. Bu tedavi türü genellikle opiyat tedavisinde kullanılır. Opiyat tedavisinde en fazla kullanılan ilaçlar buprenorfil ve metadondur.
- Antabuse tedavisi:. Antabuse tedavisi genellikle alkol bağımlılığında tedavi olarak tercih edilmektedir. Detoksifikasyon tedavisinin sonlanmasının ardından bireydeki fiziksel yoksunluk belirtileri önemli oranda azalır. Bağımlı birey bu süreçten sonra bireysel veya gruplara yönelik planlanan tedavilere katılmaktadır.

2.1.7.1. Psikoterapi

Madde bağımlılığı tedavisinde ilaç tedavisinin yanında psikoterapi de sıklıkla kullanılmaktadır. Bilişsel davranışçı kurama göre bireyin madde kullanmasına sebep olan tetikleyiciler vardır. Bu tetikleyiciler psikiyatrist ve hasta tarafından tespit edilip bir strateji belirlenir. Belirlenen strateji ile bilişsel çarpıtmaları yeniden düzenleme gibi uygulamalar yapılır (84). Aile terapisinde madde bağımlılığı olan bireyin aileye olumsuz etkilerini iyileştirmek ve tedavi motivasyonu için aileden güç alınarak çalışma yapılır. Network terapi, madde bağımlılığı rehabilitasyonunda, madde bağımlısı bireyin maddeyi bırakmayla ilişkili faaliyetlerinde destek olacak aile üyeleri ve arkadaşların belirlendiği bir terapi yöntemidir (85). Relaps terapi nükse sebep olabilecek riskli durumların belirlenmesi, başa çıkma eğitimleri, "slipler"den ders alma ve yaşam tarzında dengenin sağlanması temelli bir yaklaşımdır. Tedavi sürecinde nüks yaşandıysa nüks analizi yapılır (86).

2.1.7.2. Kendi Kendine Yardım Grupları

Aynı hastalıktan veya dertten müzdarip olan insanların belirli aralıklarla (örneğin haftada bir) buluşarak faaliyetlerini sürdürdükleri yardım gruplarıdır (87). Bu gruplar yaklaşık 15-20 kişiden oluşan, grup içerisinde konuşulacak konulara kendileri karar veren oluşumlardır. Grupta profesyonel olmayan gönüllü yardımcılar belirlenir ve grup üyeleri birbiriyle güçlü bir iş birliği içindedir. Grup içerisinde tüm üyeler eşit haklara sahiptir ve grupta konuşulanlar grup içerisinde kalır. Düzenli aralıklarla yapılan bu toplantılarda birey, yaşadığı problemin sadece kendisinde olmadığını görür ve diğerlerinin yardımı ile destek görür. Anonim gruplar yeni üyelere açıktır ve uzmansız çalışırlar. Grubun tecrübeli üyesi gruba liderlik eder. (87).

2.1.7.3. Rehabilitasyon

Bağımlılık tedavisinde tıbbi uygulamalar kadar rehabilitasyon uygulamaları da önemlidir. Rehabilitasyon hizmeti, alanında uzman kişiler tarafından belirli yöntem ve tekniklerle verilmektedir. Doğumla veya sonradan bireyin fiziksel ve ruhsal yeteneğini yitirmesinden sonra bireyin eski sağlığına kavuşması veya var olan yeteneklerini güçlendirmek için yapılan faaliyetlere denir. Bireyin fiziksel, ruhsal, psikolojik, sosyal ve ekonomik anlamda en üst kapasiteye ulaşmasını hedefleyen tüm faaliyetlere denir

(88). Bağımlılıkta sosyal rehabilitasyon çalışmaları ise kişinin sosyal açıdan iyileşmesini ve sosyalleşmesini sağlamaya yöneliktir. Sosyal rehabilitasyonda aile yaşamına ve toplumsal hayata hazırlanmak, bireyin ruhsal sorunlarının çözümlenmesi, kişinin yaşamında temel ihtiyaçlarının karşılaması adına ekonomik desteğin sağlanması, bireye meslek edindirilmesi gibi çeşitli hizmetler bulunmaktadır (81). Bağımlılıkta enjektör paylaşımına bağlı olarak AIDS, Hepatit gibi hastalıklar ortaya çıkabilmektedir (50). Bu hastalıkların tedavi ve takibi de rehabilitasyon kapsamında değerlendirilmektedir.

2.1.7.4. Türkiye'de Bağımlılık Tedavisi

Türkiye'de bağımlılık konusunda hizmet sunan farklı kurum ve kuruluşlar bulunmaktadır. Öncelikle yasadışı madde kaçakçılığı ile mücadelede hizmeti veren kurumlardan bahsedilebilir. Bu kurumlar yasa dışı maddelerin ülkeye girmesini, taşınmasını, bulundurulmasını, saklanmasını ve ticaretini engellemek ve bu tür yasadışı faaliyette bulunanları tespit ederek gerekli işlemleri yapmak hedefiyle çalışmalar yürütmektedir. (89). Yasadışı bağımlılık yapıcı maddeler ile mücadele eden kuruluşlar şunlardır: Emniyet Genel Müdürlüğü, Jandarma Genel Komutanlığı, Gümrük Muhafaza Genel Müdürlüğü ve Sahil Güvenlik Komutanlığı. Bu kurumlar haricinde Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu, Mali Suçlar Araştırma Kurulu Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu da yasadışı maddelerin takibinde ve mücadele edilmesinde rol üstlenmektedir (89). Yasadışı maddeler ile mücadelede adı verilen kurum ve kuruluşların yanında, Türkiye'de farkındalığı artırma hedefi ile çalışmalar yürüten kurum ve kuruşlar da bulunmaktadır. Bu kurum ve kuruluşlar şu şekilde sıralanabilir: Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Radyo ve Televizyon Üst Kurulu, Yerel Yönetimler, Sivil Toplum Kuruluşları ve Üniversiteler (89). Görüldüğü gibi madde bağımlılığında bilinçlendirme ve farkındalık faaliyetleri ile ilgili çok geniş bir alanda mücadele verilmektedir. Bu kurumlar arasında bir örnek olarak TUBİM verilebilir. 'Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi' adıyla çalışmalar yürüten kamu kurumu, bağımlılık konusunda yıllık raporlar hazırlamakta ve yapılabilecekler üzerine görüş bildirmektedir. Bir diğer örnek ise bir sivil toplum kuruluşu olan Yeşilay

Derneğidir. Yeşilay, kamu yararına çalışan dernek statüsünde olup, bağımlılıkla ilgili farkındalık yaratıcı, önleyici çalışmalarda bulunmaktadır. Tedavi ve rehabilitasyon alanlarında uygulamalarda bulunan başka bir kuruluş olan AMATEM (Alkol ve Madde Tedavi Merkezleri) ise hastanelere bağlı kliniklerde bağımlı bireylerin tedavisi konusunda hizmet vermektedir (89). Çocuk ve ergenlerin tedavisinde ÇEMATEM (Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi) yine hastanelere bağlı faaliyet gösteren kliniklerdir. Madde bağımlılığı tedavisinde 2013 yılında yürürlüğe giren madde bağımlılığı tedavi yönetmeliği ile, özel sektörde de bu alanda çalışmalar yapılmaya başlanmış, bağımlılık tedavisi için özel psikiyatri klinikleri hasta kabulüne başlamıştır.

2.2. Özkıyım (İntihar)

İntihar, kişinin ölümle sonuçlanacağını bilerek kendini kasten öldürme girişimi sonucu yaşanan ölüm olayı olarak tanımlanmaktadır (8). İntihar girişimi ise başarısız olan intihar eylemini ifade etmektedir. Bağımlılık, intihar için önemli risk faktörlerinden biridir.

2.2.1. Bağımlılık ve Özkıyım

Bağımlılık, intihar için önemli risk unsurlarından biridir. Madde bağımlılarında intihar sonucu ölüm riski sağlıklı bireylere göre 20 kat daha fazladır. Alkol bağımlılığı olan bireylerde intihar girişimlerinin ise yaklaşık %15'inde tamamlanmış intihar görülür. Bu oran major depresif bozukluktaki intihar oranından sonra ikinci sıradadır (5). Madde bağımlılığında intihar oranlarıyla ilgili yapılan araştırmalarda intihar riskinin yüksekliği dikkat çekmektedir. Balcıoğlu ve Abanoz (2009) 'un madde kullanan 298 kişi üzerinde yaptıkları araştırmada; çalışmaya katılanların %67'sinin intihar düşüncesi bulunmuş, %30'unun en az bir kez intihar ettiği ve %25'inin ise birden fazla intihar girişiminin olduğunu belirlenmiştir (29). Başka bir araştırmada eroin bağımlılarında intihar özellikleri araştırılmıştır. Yatılı bağımlılık tedavisi gören 100 eroin bağımlısı bireyin intihar düşüncesi ve intihar girişimi incelenmiştir. Çalışma sonucunda eroin bağımlısı bireylerin %70'inde intihar düşüncesi, %27'sinde ise intihar girişimi olduğu tespit edilmiştir (30). Alkol kullanımı bireyin intihar düşüncesini uygulamaya koyması için ihtiyaç duyduğu "cesaretlendirici sıvı" olarak

değerlendirilebilmektedir. Bu şekilde kişinin yaşamını sonlandırma düşüncesinin verdiği stres, alkol kullanımı ile birlikte azaltılabilmektedir. Alkol kişinin zihninin sağlıklı ve mantıklı kararlar vermesine engel olarak alkollüyken intiharı makul bir seçenek olarak görmesine neden olabilir. Buna ek olarak alkol, dürtüselliği tetikleyerek de intihar girişimine sebep olabilir (92). Öyle ki alkol içtikten hemen sonra intihar girişimi riski yaklaşık yedi kat artmaktadır ve bu risk yüksek alkol kullanımından sonra 37 kat artmaktadır (93) İntihar üzerine yapılan bir literatür taramasında, 17 ülkede yapılan 89 araştırmada, alkol tüketimi arttıkça intihar oranının arttığı görülmüştür (94).

2.3. Depresyon

Depresyon, büyük bir üzüntü, karamsarlık, endişe, suçluluk, değersizlik hissi, insanlardan uzaklaşma, uyku, iştah ve cinsel arzu kaybı, her zaman yapılan faaliyetlere karşı ilgisizlik gibi belirtileri olan bir hastalıktır (3). Psikolojik rahatsızlıklar arasında yaygın görülenlerden biri olan depresyon, 18-44 yaşları arasındaki bireylerde daha sık görülmektedir. İlk kez ortaya çıkışı ise çoğunlukla yetişkinlik döneminin başları olan 25-34 yaşları arasına denk gelmekte ve erkeklere göre kadınlarda daha fazla görülmektedir (95). Depresyondaki birey, içinde bulunduğu duygu durumunun hiç değişmeyeceğini ve gelecekte de tekrarlı şekilde aynı durumla karşılaşacağına inanmaktadır (96).

2.3.1. Bağımlılık ve Depresyon

Depresyon, tek başına veya alkol ve madde bağımlılığıyla birlikte görülebilen hastalıklardandır. İkisinin birlikte görüldüğü durumlarda hastalığın şiddeti artmakta, ve daha ciddi problemler doğurmaktadır. Yoğun alkol ve madde kullanımı sırasında da depresyon belirtileri saptanabilmektedir. Yapılan çalışmalar bağımlılık ile depresyonun ilişkisini göstermekle birlikte, aşırı alkol kullanımının mı depresyona yol açtığı yoksa altta yatan psikiyatrik bozukluğun mu alkol kullanımını başlatıcı etken olduğu sorusuna yanıt bulamamıştır (97). Alkol veya madde kullanımı bırakıldıktan sonraki günlerde yoğun depresif belirtiler görülebilmektedir. Fakat bu depresif belirtilerin bağımsız depresif belirtiler olup olmadığı tartışmalıdır. Örneğin kokain yoksunluk döneminde görülen enerji azlığı, huzursuzluk, anhedoni gibi belirtiler depresyonla karıştırılabilir (97). Şireli (2012) de depresyon tanısı almış ergenler üzerinde yaptığı çalışmada,

bağımlılık öyküsü olan ergenlerin depresyon oranının, bağımlılık öyküsü olmayan ergenlerin depresyon oranından, anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuştur (22). Yine Türkiye'de yapılan bir araştırmada, alkol ve madde kullanan genç erkeklerde en çok karşılaşılan iki tanıdan birinin majör depresyon olduğu saptanmıştır (7). Koçhan (2014) tarafından madde kullanan ve kullanmayan erbaş/erlerin depresyon düzeylerinin incelendiği başka bir araştırmada, madde kullanan erbaş/erlerin madde kullanmayanlara göre depresyon düzeylerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (23). Türkçapar (2002) ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada yatılı bağımlılık tedavisi gören alkol bağımlılarının %50' sinde en az bir ek tanının olduğu belirlenmiştir. Majör depresyon ile distimi ise bu ek tanılar arasında önemli bir payı oluşturmaktadır (24). Erkek alkol bağımlıları ile yapılan bir araştırmada ise en sık görülen tanı % 25.5 ile depresyon olmuştur (24). Pelissier ve O'Neil (2000) tarafından 467 erkek ve 142 kadınla yapılan bir araştırmada alınan madde türü sayısı arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı bulunmuştur. Maddenin türüne göre depresyon düzeyinin değiştiğine dair bir bulgu ise elde edilmemiştir. (98).

2.4. Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destek, kişinin yaşamında olumlu bir değişiklik yaratan, bireye iyi hissettiren yardım anlamına gelir. Algılanan sosyal destek, bir bireyin destek alırken aldığına inandığı, hissettiği destektir; alınan destek ise bir kişinin gerçekten başkalarından aldığı desteği ifade etmektedir (10). Algılanan sosyal destek diğer bir ifadeyle ihtiyaç hissedildiğinde, çevrenin destek verebileceğine ilişkin kişisel değerlendirmeleri içermektedir. Kişinin çevresinde destek olabilecek insanların varlığı ve var olan destekten sağlanan doyum, algılanan sosyal desteğin iki önemli boyutudur (99). Arkadaşlar ve aileden alınan sosyal destek, "stres" ve "başa çıkma" konularında önemli bir işlev görür (27). Nitekim Piko (1998) da, alınan sosyal destekten ziyade algılanan sosyal desteğin sağlık sorunları üzerinde öncelikle önemli olduğunu belirtmiştir (100). Cohen ve Wills (1985), bireyin algıladığı sosyal desteğin, yaşadığı stresli yaşam olaylarına karşı tampon görevi sağladığını belirtmiştir. Bu bağlamda, sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişkiye yönelik iki model ileri sürülmüştür. Tampon modeli olarak adlandırdıkları ilk modelde; kişinin çevresinden algıladığı sosyal destek, stresli yaşam olayları karşısında koruyucu bir işlev göstermektedir. Algılanan destek,

kişinin yaşadığı stresli olaylarda yaşanılan stresi, ciddi problemler doğurmadan azaltabilmektedir. Ortaya koyulan ikinci model olan temel etki modelinde ise, kişinin yaşamında olan sosyal destek ağı, stres yaşantısından bağımsız olarak kişiye yarar sağlamaktadır (28).

2.4.1. Bağımlılık ve Algılanan Sosyal Destek

Bireyin aldığı sosyal desteğin olmaması durumunda yalnızlık ve depresyon ile mücadelede madde bir kaçış aracı olabilir. Saleem ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada; alınan sosyal desteğin bireylerin madde kullanım davranışlarını azalttığı görülmüştür (31). Buna rağmen yapılan bir araştırmada alkol ve madde bağımlılarının sağlıklı bireylere göre algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (101). Başka bir araştırmada madde bağımlılığı olan ergenlerle yapılan çalışmada, madde bağımlılığı olan ergenlerin toplam sosyal destek algısının ve aile sosyal desteğinin madde kullanım bozukluğu olmayan ergenlere göre daha düşük olduğunu, madde bağımlılığı olan bireylerde arkadaş desteğinin ise madde kullanmayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğunu bulmuştur (102). McMahon ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında; algılanan sosyal destek ile bağımlılık tedavisinin başarısı arasında ilişki olmadığı tespit edilmiş; madde kullanımının tekrar başlamasında sosyal desteğin her zaman yeterli olmayabileceği belirtilmiştir (32). Bunun yanında yapılan başka bir araştırmada bağımlı bireylerde algılanan sosyal destek arttıkça tedavi motivasyonunun arttığı görülmüştür (103).

2.4.2. Algılanan Sosyal Destek ve İntihar

Algılanan sosyal desteğin yüksek olması özkıyım (intihar) için koruyucu ve önleyici bir unsur olabilmektedir. Özellikle ergenlik döneminin yapısı gereği bireylerde arkadaş ve sosyal destek önem kazanmaktadır. Bu bağlamda, intihara yönelen ergenler incelendiğinde, intihar riski taşımayan akranlarına göre algıladıkları sosyal destek konusunda daha fazla eksiklik hissettikleri belirtilmiştir. (14). Topal (2003) tarafından Eskişehir'de 980 lise öğrencisiyle yapılan araştırmada algılanan sosyal desteği yüksek olan ergenlerin intihar olasılığının düşük olduğu belirlenmiş ve algılanan sosyal desteğin intihar ile ilişkisi ortaya koyulmuştur (15). Karacabey (2012) tarafından yapılan başka bir çalışmada İstanbul'da 265 lise öğrencisiyle yapılan görüşmelerde

ergenin ailesinden algıladığı sosyal destek yükseldikçe intihar olasılığının azaldığı tespit edilmiştir (26). Arsel (2010) tarafından 3 ilde 550 sağlıklı gönüllü ile yapılan çalışmada ise algılanan sosyal desteği yüksek olan gönüllülerin intihar olasılığının daha az olduğu gözlemlenmiştir (16).

2.4.3. Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon

Arkadaşlar ve aileden alınan sosyal destek, "stres" ve "başa çıkma" konularında önemli bir işlev görür. Bu durum depresyon gibi yaşam olaylarında algılanan sosyal desteğin koruyucu olabileceğini göstermektedir (27). Cohen ve Wills (1985), bireyin algıladığı sosyal desteğin, stresli yaşam olaylarında tampon görevi sağladığını belirtmiştir (28). Bu durumda algılanan destek, kişinin yaşadığı stresli olaylarda, yaşanılan stresi ve depresyonu patolojik sonuçlar doğurmadan azaltabilmektedir.

2.5. Bağımlı Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon İlişkisi

Alkol ve madde bağımlısı bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon ilişkisini ortaya koyan az sayıda çalışma mevcuttur. Yapılan bir araştırmada yatılı bağımlılık tedavisi gören 231 hasta ile görüşme gerçekleştirilmiş, katılımcıların algıladıkları sosyal destek arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir (12). Türkiye'de madde kullanan hükümlü bireylerle yapılan bir araştırmada ise katılımcıların algılanan sosyal destek puanı ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu verilere göre katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (13).

2.6. Bağımlı Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ile İntihar Olasılığı İlişkisi

Literatürde bağımlı bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı ilişkisini inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur. Uyuşturucu madde kullanan hastalarla yapılan bir araştırmada algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuş, hastaların algıladıkları sosyal destek arttıkça intihar olasılıklarının azaldığı saptanmıştır (11). Türkiye'de yapılan bir araştırmada madde kullanım bozukluğu ile hastaneye yatırılan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Algılanan sosyal desteğin sadece aile alt boyutu ile intihar düşüncesi arasında zayıf düzeyde negatif bir ilişki bulunmuştur (104).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, değişkenler arasındaki ilişkilerin incelendiği nicel araştırma modeli kullanılarak yapılmıştır. Katılımcılardan tek seferlik veri toplanarak sonuçların analiz edildiği kesitsel bir araştırmadır. Katılımcılara doldurmaları için Kişisel Bilgi Formu, İntihar Olasılığı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği verilmiştir. Öncelikle katılımcılara ait sosyodemografik verilere ulaşılmış, bunlara ait frekans ve yüzdelik değerleri incelenmiştir. Ardından sosyodemografik verilere göre algılanan sosyal destek, intihar olasılığı ve depresyon ölçeklerinin sonuçları incelenmiştir. Sosyodemografik verilere göre ölçek sonuçlarının anlamlı fark gösterip göstermediği, gösteriyorsa bunun hangi gruplar arasında olduğu değerlendirilmiştir. Daha sonra teze adını veren algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi ilişkisi ve algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı ilişkisi korelasyon analizi yöntemiyle incelenmiştir. Genel ilişki incelendikten sonra sosyodemografik verilerin gruplarına göre ayrı ayrı test uygulanma yoluyla bu ilişkilerin detayına inilmiştir.

3.2. Örneklem ve Araştırma Grubu

Araştırmanın örneklemini Mersin AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi) kliniğine ayakta bağımlılık tedavisi için gelen 240 erkek hasta oluşturmaktadır. Örneklem sayısını belirlemek için GPower 3.1 programı ile güç analizi yapılmıştır. Cohen %25 orta etki büyüklüğü ve %90 üzerinde güç oranı ile 240 örneklem sayısı belirlenmiştir. Araştırma 2021 yılının Ekim, Kasım, Aralık aylarında 3 aylık bir çalışma sonucu gönüllü katılımcılarla gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Çalışma için Mersin Toros Devlet Hastanesi'nden izin alınmış, AMATEM kliniği araştırmacıya uygun bir oda sağlanmıştır. Görüşmeler ve ölçek uygulamaları hafta içi 8.30-16.00 saatleri arasında bu odada gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 32,01'dir. Katılımcılar 18-67 yaş arasında tamamı erkek bireylerden oluşmaktadır. Çalışmanın 18 yaş ve üzeri erkek bireylerle gerçekleşmesinin sebebi AMATEM'de 18 yaş ve üzeri erkek bireyler tedavi görmesidir. 18 yaş altı çocuklar ile kadın hastalar ise ÇEMATEM kliniğinde tedavi görmektedir. Araştırma gerçekleştirilen bireylerden bipolar bozukluğu ve çoklu kişilik

bozukluğu olduğu öğrenilenler araştırmadan çıkarılmıştır. Araştırmaya katılmayı onaylayan hastalarla AMATEM kliniğinde öncelikle yüz yüze görüşme gerçekleştirilmiş, ardından doldurmaları için Kişisel Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve İntihar Olasılığı Ölçeği verilmiştir. Hasta formları doldururken yanında bulunulmuş, anlamadığı kısımlarda açıklama yapılmıştır. Bu çalışmada katılımcıların gizliliklerini korumak için adları verilmeden veri sonuçları değerlendirilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları ve Teknikleri

Katılımcılara; Kişisel Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve İntihar Olasılığı Ölçeği uygulanmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini betimlemek amacı ile araştırmacı tarafından geliştirilen "Kişisel Bilgi Formu" kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunda araştırmaya katılan hastalara ilişkin 13 soru yer almaktadır. Bireyin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, çocuğu olup olmadığı, kimle beraber yaşadığı, ebeveynlerinin sağ olup olmadığı, tedavi olmak için gelinen madde, kaç yıldır madde kullandığı, yatılı bağımlılık tedavisi sayısı, suç kaydının olup olmadığı, daha önceden intihar girişiminin bulunup bulunmadığı, ne kadar süredir bağımlılık tedavisi gördüğü sorularını içermektedir.

3.3.2. İntihar Olasılığı Ölçeği

Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilen İntihar Olasılığı Ölçeği (Suicide Probability Scale), ergenler ve yetişkinlerde intihar olasılığını ölçmek amacıyla kullanılan, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. İntihar Olasılığı Ölçeği, 36 maddeden oluşur. Ölçeğin orijinalinde sorular “hiçbir zaman veya nadiren”, “bazen”, “sık sık”, “çoğu zaman veya her zaman" seçeneklerinden oluşmakta, 4'lü likert tipi bir ölçek üzerinden cevaplanmaktadır. Ölçek maddeleri, 1 ile 4 arasında değişen derecelendirilmiş bir puanlama anahtarıyla puanlanmaktadır. Toplam puan 36-144 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen genel skor yükseldikçe bu durum intihar olasılığının da yükseldiğine işaret etmektedir (105). Ölçeğin intihar girişimi olan kişiler,

psikiyatrik hastalar ve normal örneklem üzerinde yapılan çalışma sonucunda Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının .93, test tekrar test güvenirlik katsayısının .92, iki yarım güvenilirliği ise 0.93 olduğu belirtilmektedir (105). Türkçeye ilk çevirisi ve üzerinde çalışma Eskin (1993) tarafından yapılmıştır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bu çalışmada iç tutarlılık katsayısı .87, test-tekrar test güvenirlik katsayısı .89 olarak bulunmuştur (106). Ölçeğe son halini 2000 yılında Şahin ve Durak vermiştir (107). Bu araştırmada Şahin ve Durak'ın testi uygulanmıştır. İntihar Olasılığı Ölçeği, Şahin ve Durak (2000)'ın yaptığı bir çalışma ile bir miktar değiştirilmiştir. Ölçeğin orijinalinde yer alan bazı maddelerin (Örneğin: "başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünüyorum", "Ölürsem insanların daha iyi olacağını düşünüyorum", "kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm" vb.) doğrudan intiharı düşündürücü türden maddeler olması nedeniyle rahatsızlık uyandırabileceği düşünülmüş ve kişileri olumsuz etkileyebileceği yönünde duyulan etik kaygılar nedeniyle bazı maddelerin ifadelerinde bir miktar değişiklik yapılarak (örneğin: "intihar etmeyi düşünüyorum" maddesi "intihar etmeyi hiç düşünmedim" şeklinde, "Kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm" maddesi "Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim" şeklinde değiştirilerek) bunların kişilere uygunluk derecesi sorulmuştur. Ayrıca, ölçeğin daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla, bazı maddelerin çevirisinde de değişiklikler yapılmıştır (Örneğin: Başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünüyorum" maddesi "İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığını düşünüyorum" şeklinde değiştirilmiştir. İntihar girişiminde bulunanlar, depresyon tanısı alan psikiyatrik hastalar ve normal grubun ele alındığı bu çalışmada, Yanıtlar "%0 uygun", "%30 uygun", "%70 uygun" ve "%100 uygun" şeklinde alınmıştır. Bu çalışmada da ölçek bu şekli ile kullanılmıştır. Bu formda 2., 6., 7., 10., 11., 18., 20., 21., 22., 24., 25., 26., 27., 30., 32., 35. ve 36. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin, intihar girişiminde bulunan hastalar, depresyon tanısı almış olanlar ve hiçbir tanı almamış sağlıklı bireylerden oluşan 133 kişilik bir örneklem grubuna uygulanması sonucu elde edilen Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .95 olarak saptanmıştır. (107). Ölçek bu formu ile bir tez çalışmasında da kullanılmış ve geçerlik ve güvenirliğine ilişkin kanıtlar buradan da elde edilmiştir. 14-62 yaş arası 619 kişiden oluşan bir örneklemden elde edilen Cronbach Alfa katsayısı .86'dır. (108).

3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği

Depresyonda görülen bedensel, duygusal ve bilişsel belirtileri ölçmek amacıyla Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş olan BDÖ, 21 maddeden oluşan depresyon düzeyini ve şiddetini ölçen çoktan seçmeli likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir (109). Ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmış, buna göre Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak rapor edilmiştir (110). Ölçekte yer alan her bir madde depresyon şiddetine göre sıfırdan üçe kadar puanlanan dört seçenek ile değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında olup ölçekten alınan toplam puan arttıkça depresif duygu veya durumun daha yoğun yaşandığı anlaşılmaktadır. Toplam puan 0-9 arası normal durumu (depresyon yok), 10-18 arası hafif depresyonu, 19-29 arası orta derecede depresyonu ve 30-63 arası puan şiddetli depresyona işaret eder. Ölçeğin kesim noktası 17 puan olup, envanterden ≥17 puan alan bireylerin normalin üzerinde depresyon düzeyinin olduğu sonucuna varılmaktadır. Ölçek sonunda alınabilecek en düşük puan sıfırdır, alınabilecek en yüksek puan ise altmış üçtür. Yüksek puan depresyonun şiddetinin yüksekliğini işaret etmektedir.

3.3.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Amerika Birleşik Devletleri'nde Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley (1988) tarafından geliştirilmiştir (111). 12 maddeden oluşan MSPSS, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğinin, birey tarafından değerlendirilmesine dayanmaktadır. Desteğin kaynağına yönelik olarak belirlenmiş bu üç grup; aile, arkadaş ve özel bir insan olarak tanımlanmaktadır. Her bir grup 4 maddeden oluşmaktadır. Bu üç ayrı kaynaktan algılanan sosyal destek düzeyi "Kesinlikle hayır" ve "Kesinlikle evet" yanıtları arasında 1'den 7'ye likert tipi olarak ölçülür. Her bir alt ölçekteki 4 maddenin toplanmasıyla alt ölçek puanları ve alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nde; ölçek bazında 12 ila 84 puan arasında, alt ölçek bazında ise 4 ila 28 puan arasında değişen puanlar alınabilmektedir. Elde edilen toplam puanın yüksekliği, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğuna işaret etmektedir (111). Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından hazırlanan ölçeğin güvenilirliği (Cronbach Alfa katsayısı) ilk testte 0,88, test-yeniden test sonunda ise 0,85 olarak (Diğer önemli

kişiler/özel bir insan alt ölçeğinde α=0,72; aile alt ölçeğinde α=0,85; arkadaşlar alt ölçeğinde α=0,75) hesaplanmıştır (111). Türkçe uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması ise 1995 yılında Doğan Eker ve Haluk Arkar tarafından yapılmıştır (112). Araştırmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı üniversite (α=0,85), hastane ziyaretçileri (α=0,87), psikiyatri hastaları (α=0,88), böbrek hastaları (α=0,86) ve üniversite sağlık merkezine başvuran öğrenciler (α=0,77) olmak üzere beş ayrı örneklemde hesaplanmış; alt ölçeklerdeki güvenilirlik katsayıları ise özel bir insan alt ölçeğinde 0,79-0,91; aile alt ölçeğinde 0,82-0,92; arkadaş alt ölçeğinde ise 0,78-0,90 değerleri arasında bulunmuştur. 2001 yılında ölçek tekrardan gözden geçirilmiş; ölçeğin gözden geçirilmiş formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan Eker, Haluk Arkar ve Hülya Yaldız (2001) tarafından yapılmıştır. Gözden geçirilmiş formunda ölçeğin güvenilirlik katsayısı hastane ziyaretçileri (α=0,83), psikiyatri hastaları (α=0,86) ve cerrahi hastaları (α=0,91) olmak üzere beş ayrı örneklemde hesaplanmış; alt ölçeklerdeki güvenilirlik katsayıları ise özel bir insan alt ölçeğinde 0,88-0,95; aile alt ölçeğinde 0,80-0,83; arkadaş alt ölçeğinde ise 0,84-0,89 değerleri arasında bulunmuştur. Ölçeğin gözden geçirilmiş formunun tüm örneklemdeki güvenilirlik katsayısı ölçek bazında 0,89; özel bir insan alt ölçeğinde 0,92; aile alt ölçeğinde 0,85; arkadaş alt ölçeğinde ise 0,88 olarak bulunmuştur (112). Çalışmamızda, bu gözden geçirilmiş formu kullanılmıştır.

3.4. İşlem

AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi) kliniğinden alınan gerekli izinler doğrultusunda, hastane yönetiminin sunduğu imkanlar dahilinde, kliniğe tedavi için gelen gönüllü hastalarla bir odada çalışmalar yapılmıştır. Çalışmalara katılan bireylerin kliniğe girmeden önce idrar testi verdiği için madde etkisinde olmadıkları bilinmektedir. Çalışmaya gönüllü katılan bireylere önce araştırma hakkında bilgi verilmiş ardından araştırmacı gözetiminde formları doldurmuşlardır. Formların doldurulması ve tüm süreç her biri hasta için toplam 20-60 dakika arasında sürmüştür. Gönüllülerin formları doldururken anlamadıkları noktalarda araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapılmıştır. Görüşmeler 3 ay boyunca hafta içi hergün 8.30-16.00 saatleri arasında gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin uzun sürmesi ve bazı hastaların mental olarak form doldurmak istememesi sebebiyle ancak 240 hasta ile görüşme gerçekleştirilebilmiştir.

3.5. Veri Analizi

Çalışmanın örnekleminden elde edilen verilerin analizi için bilgisayar tabanlı SPSS 25 paket programı kullanılmıştır. Bu çalışmada öncelikle katılımcıların sosyodemografik verileri frekans ve yüzdelik değerleri hesaplanarak incelenmiştir. Ardından sosyodemografik verilere göre ölçek sonuçları ve alt boyutlarının anlamlı fark gösterip gösterilmediğine bakılarak sosyodemografik verilere göre ölçek sonuçları karşılaştırılmıştır. Bu amaçla yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yatılı tedavi sayısı, madde kullanım süresi, tedavi olmak için gelinen madde türü, ebeveyn hayatta olma durumu, beraber yaşadığı kişi ve tedavi süresi değişkenlerine göre ölçek sonuçlarını karşılaştırmak için ilişkisiz örneklemlerde tek yönlü varyans analizi (anova) testi uygulanmıştır. Sosyodemografik değişkenler incelendiğinde Levene testine göre varyansları homojen olmayan ölçek sonuçları için welch testi sonucuna bakılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar için Games-Howell ve Hochberg post-hock testleri uygulanmıştır. Çalışma grubu, çocuğu olup olmadığı, intihar girişimi, suç kaydı değişkenlerinin ölçek sonuçlarının karşılaştırılmasında ise Bağımsız (ilişkisiz) örneklemler t testi uygulanmıştır. Bu testlerden sonra teze adını veren algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi ilişkisi ve algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı ilişkisi basit korelasyon analizi yapılarak incelenmiştir. Genel puanların ilişkisi test edildikten sonra kişisel bilgi formundaki sosyodemografik değişkenlerin gruplarına göre algılanan sosyal destek-depresyon ve algılanan sosyal destek-intihar olasılığı ilişkisi testi gruplara göre ayrı ayrı da yapılmıştır. Korelasyonel (ilişkisel) testte normal dağılan grupların analizinde Pearson, normal dağılmayanlarda ise Spearman testi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

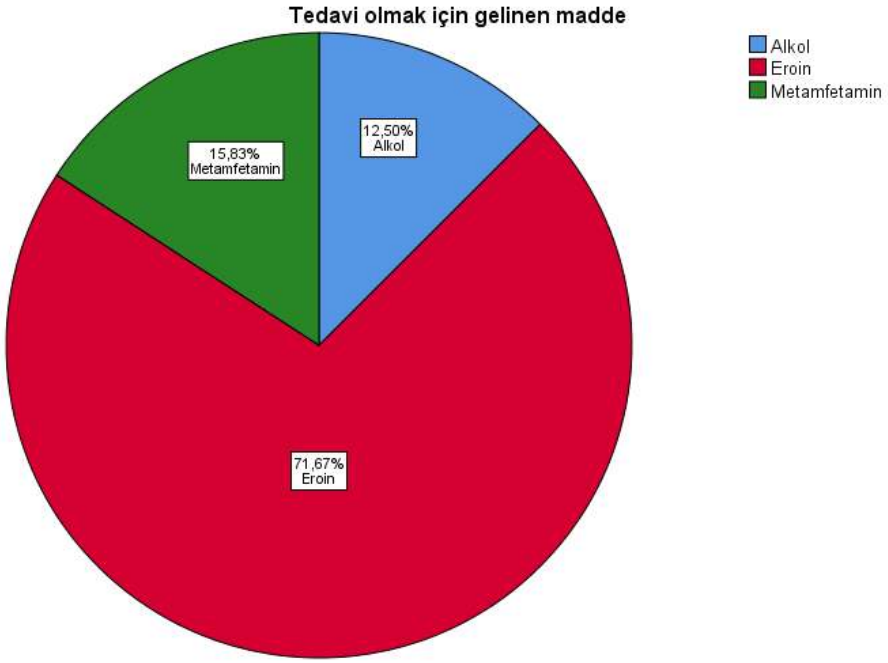
Tablo 1. Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	f	%
Çalışma Durumu	Çalışıyor	154	64,2
	Çalışmıyor	86	35,8
Medeni Durum	Evli	105	43,8
	Bekar	114	47,5
	Boşanmış	21	8,8
Çocuğunuz var mı	Evet	107	44,6
	Hayır	133	55,4
Kimle beraber yaşıyorsunuz	Çekirdek Aile (Eş, çocuklar veya anne, baba, kardeş	190	79,2
	Geniş Aile (Anne, baba, kardeş, diğer akrabalar)	30	12,5
	Yalnız	12	5,0
	Diğer (Arkadaşlar, akraba vs.)	8	3,3
Ebeveynleriniz hayatta mı	Anne ve baba sağ	162	67,5
	Anne sağ, baba değil	50	20,8
	Baba sağ, anne değil	14	5,8
	Anne ve baba sağ değil	14	5,8
Tedavi olmak için gelinen madde türü	Eroin	172	71,7
	Metamfetamin	38	15,8
	Alkol	30	12,5
Suç kaydınız var mı	Evet	104	43,3
	Hayır	136	56,7
Daha önceden intihar girişiminde bulundunuz mu	Evet	53	22,1
	Hayır	187	77,9
Yatılı bağımlılık tedavisi sayısı	Yatılı tedavi görmedi	104	43,3
	1-2 defa	81	33,8
	3 ve üzeri	55	22,9
Madde kullanım süresi	5 yıldan az	63	26,3
	5-9 yıl	52	21,7
	10-14 yıl	65	27,1
	15 yıl ve üzeri	60	25,0
Yaş	18-26 yaş	68	28,3
	27-33 yaş	81	33,8
	34-40 yaş	58	24,2
	41 yaş ve üzeri	33	13,8

Eğitim düzeyi	İlkokul mezunu	53	22,1
	Ortaokul	86	35,8
	Lise ve üzeri	101	42,1
Tedavisi süresi	1 yıldan az	97	40,4
	1-3 yıl	50	20,8
	4 yıl ve üzeri	93	38,8

- Tedavi olmak istenen madde türü : %71,7 eroin, %15,8 metamfetamin, %12,5 alkol'dür.
- Araştırmaya katılan bireylerin yaşları : %28,3'ü 18-26 yaş arasında, %33,8'i 27-33 yaş arasında, %24,2'si 34-40 yaş arasında, %13,8'i ise 41 yaş ve üzerindedir.
- Çalışma durumu : %64,2'si bir işte çalışıyor, %35,8'i ise çalışmıyordur.
- Medeni durum : %43,8'i evli, %47,5'i bekar, %8,8'i ise boşanmıştır.
- Çocuğunun olup olmadığı : %44,6'sının çocuğu var, %55,4'ünün ise çocuğu yoktur.
- Kiminle beraber yaşadığı : %79,2'si çekirdek ailesiyle, %12,5 geniş aile, %5'i yalnız, %3,3 diğer (arkadaşlar, akraba vb) birlikte yaşamaktadır.
- Ebeveynlerinin sağlık durumu : %67,5 anne ve babası sağ, %20,8 anne sağ baba değil, %5,8 baba sağ anne değil, %5,8 anne ve baba sağ değil
- Suç kaydı : %43,3 var, %56,7 suç kaydı yoktur.
- İntihar girişimi : %22,1 intihar girişimi var, %77,9 yoktur.
- Yatılı bağımlılık tedavi sayısı : %43,3 yatılı olarak tedavi görmemiş, %33,8'i 1-2 defa, %22,9'u ise 3 ve üzeri defa yatılı bağımlılık tedavisi görmüştür.
- Madde kullanım süresi : %26,3'ü 5 yıldan az, %21,7'si 5-9 yıl, %27,1'i 10-14 yıl, %25,0'i 15 yıl ve üzeri süredir madde kullanmaktadır.
- Eğitim düzeyi : %22,1'i ilkokul mezunu, %35,8'i ortaokul mezunu, %42,1'i lise ve üzeri eğitim seviyesindedir.
- Tedavi süresi : %40,4'ü 1 yıldan az, %20,8'i 1-3 yıl, %38,8'i 4 yıl üzeri zamandır tedavi görmektedir.

Tablo 2. Tedavi Olmak İstenen Madde Türü Pasta Grafiği



- Tedavi olmak istenen madde türü : %71,7 eroin, %15,8 metamfetamin, %12,5 alkol'dür.

Tablo 3. Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

	N	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Depresyon	240	,786	,157	,249	,313
İntihar Olasılığı	240	,525	,157	-,195	,313
Sosyal Destek	240	,068	,157	-,688	,313
Aile	240	,645	,157	-,619	,313
Arkadaşlar	240	,067	,157	-,949	,313
Özel bir insan	240	-1,116	,157	,803	,313

4.2. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Ölçek Sonuçlarının Karşılaştırılması

Tablo 4. Ölçek Sonuçlarının Tedavi Olmak İstenen Madde Türü Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Kullandığı madde	N	X	SS	Varyans homojenliği	F	p	Gruplar arası fark
Beck depresyon ölçeği	Eroin	172	18,13	10,56	,034	1,212 (welch)	,306 (welch)	-
	Metamfetamin	38	21,32	11,49				
	Alkol	30	18,57	13,87				
İntihar Olasılığı Ölçeği	Eroin	172	74,12	13,67	,025	2,004 (welch)	,145 (welch)	-
	Metamfetamin	38	79,71	15,95				
	Alkol	30	74,13	18,27				
Algılanan sosyal destek ölçeği	Eroin	172	50,11	15,52	,198	1,823	,164	-
	Metamfetamin	38	46,29	18,06				
	Alkol	30	53,77	17,16				
Aile	Eroin	172	11,89	6,58	,076	2,619	,075	-
	Metamfetamin	38	11,95	8,15				
	Alkol	30	14,97	6,67				
Arkadaşlar	Eroin	172	16,37	6,41	,957	1,912	,150	-
	Metamfetamin	38	14,68	6,61				
	Alkol	30	17,70	6,34				
Özel bir insan	Eroin	172	21,85	5,69	,424	2,143	,120	-
	Metamfetamin	38	19,66	6,27				
	Alkol	30	21,10	7,18				

- Yürütülen bu çalışmada kullanılan madde türü değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların depresyon düzeylerinin % 0.05 düzeyinde anlamlı fark göstermediği bulunmuştur.
- Yürütülen bu çalışmada kullanılan madde türü değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların intihar olasılıklarının % 0.05 düzeyinde anlamlı farklılaşmadığı bulunmuştur.
- Yürütülen bu çalışmada kullanılan madde türü değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin % 0.05 düzeyinde anlamlı farklılaşmadığı bulunmuştur. Bunun yanında algılanan sosyal destek alt boyutlarına (aile, arkadaş, özel bir insan) ilişkin bulguların da katılımcıların kullandığı madde türüne göre değişmediği tespit edilmiştir.

Tablo 5. Ölçek Sonuçlarının Yaş Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Yaş grubu	N	X	SS	Varyansların Homojenliği	F	p	Gruplar arası fark
Beck Depresyon Ölçeği	18-26 yaş	68	20,65	10,74	,142	1,049	,372	-
	27-33 yaş	81	17,51	9,72				
	34-40 yaş	58	18,45	13,15				
	41+ yaş	33	18,00	11,60				
İntihar Olasılığı Ölçeği	18-26 yaş	68	77,74	13,79	,380	1,749	,158	-
	27-33 yaş	81	74,65	13,51				
	34-40 yaş	58	74,76	16,92				
	41+ yaş	33	70,70	15,05				
Algılanan sosyal destek ölçeği	18-26 yaş	68	48,51	15,07	,331	1,152	,329	-
	27-33 yaş	81	52,40	17,68				
	34-40 yaş	58	49,93	16,18				
	41+ yaş	33	47,03	14,43				
Aile	18-26 yaş	68	11,00	5,82	,009	2,201 (welch)	,092 (welch)	-
	27-33 yaş	81	13,88	7,86				
	34-40 yaş	58	11,84	6,79				
	41+ yaş	33	11,79	6,20				
Arkadaşlar	18-26 yaş	68	15,94	6,31	,375	,777	,508	-
	27-33 yaş	81	16,96	6,76				
	34-40 yaş	58	16,38	6,63				
	41+ yaş	33	15,03	5,71				
Özel Bir İnsan	18-26 yaş	68	21,57	5,84	,630	,513	,674	-
	27-33 yaş	81	21,56	6,46				
	34-40 yaş	58	21,71	5,56				
	41+ yaş	33	20,21	6,08				

- Çalışmada katılımcıların yaş gruplarına göre depresyon düzeylerine ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, katılımcıların depresyon düzeylerinin yaş gruplarına göre % 0.05 düzeyinde anlamlı farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

- Çalışmada katılımcıların yaş gruplarına göre intihar olasılığına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, katılımcıların intihar olasılıklarının yaş gruplarına göre % 0.05 düzeyinde anlamlı farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Çalışmada yaş grubu değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin % 0.05 düzeyinde anlamlı farklılaşmadığı bulunmuştur. Bunun yanında algılanan sosyal destek alt boyutlarına (aile, arkadaş, özel bir insan) ilişkin bulguların da katılımcıların yaş gruplarına göre değişmediği tespit edilmiştir.

Tablo 6. Ölçek Sonuçlarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Çalışma durumu	N	X	SS	Varyans Eşitliği	t	p	Gruplar arası fark
Beck depresyon ölçeği	Çalışıyor	154	16,46	10,08	,057	-4,283	,000	2>1
	Çalışmıyor	86	22,69	11,97				
İntihar olasılığı ölçeği	Çalışıyor	154	72,58	13,49	,020	-3,321	,001	2>1
	Çalışmıyor	86	79,35	15,97				
Algılanan sosyal destek ölçeği	Çalışıyor	154	51,47	16,20	,750	1,945	,053	-
	Çalışmıyor	86	47,26	15,93				
Aile	Çalışıyor	154	12,40	7,11	,312	,338	,736	-
	Çalışmıyor	86	12,08	6,56				
Arkadaşlar	Çalışıyor	154	16,81	6,62	,111	1,735	,084	-
	Çalışmıyor	86	15,30	6,07				
Özel bir insan	Çalışıyor	154	22,27	5,43	,009	2,843	,005	1>2
	Çalışmıyor	86	19,87	6,69				

- Yürütülen bu araştırmada katılımcıların çalışma durumlarına göre depresyon düzeyine ilişkin puanlarının % 0.01 düzeyinde anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Çalışmayan bireylerin depresyon düzeyleri, çalışan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Yürütülen bu araştırmada katılımcıların çalışma durumlarına göre intihar olasılığına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, katılımcıların intihar olasılıklarının çalışma durumlarına göre % 0.05 düzeyinde anlamlı farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmayan bireylerinin intihar olasılıkları, çalışan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Yürütülen bu araştırmada çalışma durumu değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların genel algılanan sosyal destek düzeylerinin farklılaşmadığı bulunmuştur. Bunun yanında algılanan sosyal destek alt boyutlarına (aile, özel bir

insan) ilişkin bulgulardan aile ve arkadaşlar alt boyutunda da farklılaşmadığı elde edilmiştir. Özel bir insan alt boyutunun ise çalışma durumuna göre anlamlı farklılaştığı görülmüştür. Çalışan bireylerin özel bir insan alt boyutu puanlarının çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 7. Ölçek Sonuçlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	**Medeni durum**	**N**	**X**	**SS**	**Varyansların Homojenliği**	**F**	**p**	**Gruplar arası fark**
Beck depresyon ölçeği	Evli	105	17,09	10,90	,814	2,550	,080	-
	Bekar	114	19,49	11,09				
	Boşanmış	21	22,38	12,21				
İntihar olasılığı ölçeği	Evli	105	72,23	13,56	,033	3,510 (welch)	,037 (welch)	3>1
	Bekar	114	76,75	14,79				
	Boşanmış	21	79,48	18,21				
Algılanan sosyal destek ölçeği	Evli	105	49,91	15,01	,093	1,554	,213	-
	Bekar	114	51,05	16,93				
	Boşanmış	21	44,29	17,45				
Aile	Evli	105	11,49	6,54	,121	2,023	,135	-
	Bekar	114	13,22	7,20				
	Boşanmış	21	11,19	6,75				
Arkadaşlar	Evli	105	16,06	6,31	,674	1,024	,361	-
	Bekar	114	16,75	6,47				
	Boşanmış	21	14,67	7,11				
Özel bir insan	Evli	105	22,37	5,23	,004	3,632 (welch)	,033 (welch)	1>3
	Bekar	114	21,08	6,32				
	Boşanmış	21	18,43	7,01				

- Yapılan bu çalışmada katılımcıların medeni durumlarına göre depresyon düzeylerin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur
- Yürütülen bu çalışmada katılımcıların medeni durum değişkenine göre intihar olasılıklarına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, katılımcıların intihar olasılıklarının medeni durumlarına göre % 0.05 düzeyinde anlamlı farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Boşanmış bireylerin evli bireylere göre intihar olasılıklarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

- Yürütülen bu çalışmada medeni durum değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların genel algılanan sosyal destek düzeylerinin farklılaşmadığı bulunmuştur. Alt boyutlar incelendiğinde aile ve arkadaş alt boyutu da medeni durum değişkenine göre farklılaşmamaktadır. Farklılığın sadece özel bir insan alt boyutunda olduğu görülmüştür. Evli bireylerin özel bir insandan algıladığı sosyal destek boşanmış bireye göre % 0.05 düzeyinde anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 8. Ölçek Sonuçlarının Çocuk Sahibi Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Çocuk sahibi olma durumu	N	X	SS	Varyansların Eşitliği	T	p	Gruplar arası fark
Beck depresyon ölçeği	Evet	107	17,82	11,07	,546	-1,081	,281	-
	Hayır	133	19,39	11,25				
İntihar olasılığı ölçeği	Evet	107	72,38	14,33	,352	-2,498	,013	2>1
	Hayır	133	77,12	14,81				
Algılanan sosyal destek ölçeği	Evet	107	49,06	15,18	,083	-777	,438	-
	Hayır	133	50,69	16,99				
Aile	Evet	107	11,43	6,60	,088	-1,722	,086	-
	Hayır	133	12,97	7,10				
Arkadaşlar	Evet	107	15,89	6,28	,401	-,814	,417	-
	Hayır	133	16,57	6,61				
Özel bir insan	Evet	107	21,74	5,61	,068	,752	,453	-
	Hayır	133	21,15	6,32				

- Yapılan bu çalışmaya katılan bireylerin çocuk sahibi olma durumlarına göre depresyon düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur
- Yürütülen bu çalışmada katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre intihar olasılıklarına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, katılımcıların intihar olasılıklarının çocuk sahibi olma durumlarına göre % 0.05 düzeyinde anlamlı farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Çocuk sahibi olmayan bireylerin intihar olasılıkları çocuğu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Yürütülen bu çalışmada çocuk sahibi olma değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin farklılaşmadığı bulunmuştur. Bunun yanında algılanan sosyal destek alt boyutlarına (aile, arkadaş, özel bir

insan) ilişkin bulguların da katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre değişmediği tespit edilmiştir.

Tablo 9. Ölçek Sonuçlarının Beraber Yaşadığı Kişi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Beraber Yaşadığı kişi	N	X	SS	Varyansların Homojenliği	F	p	Gruplar arası fark
Beck depresyon ölçeği	Çekirdek aile	190	18,58	11,14	,411	,768	,513	-
	Geniş Aile	30	17,27	11,79				
	Yalnız	12	20,92	8,03				
	Diğer (arkadaş, akraba vb.)	8	23,25	14,04				
İntihar olasılığı ölçeği	Çekirdek aile	190	75,23	14,72	,972	,273	,845	-
	Geniş Aile	30	72,90	15,51				
	Yalnız	12	75,33	14,05				
	Diğer (arkadaş, akraba vb.)	8	77,13	15,97				
Algılanan sosyal destek ölçeği	Çekirdek aile	190	49,92	15,50	,452	,907	,438	-
	Geniş aile	30	50,53	18,45				
	Yalnız	12	44,67	20,50				
	Diğer (arkadaş, akraba vb.)	8	56,75	17,22				
Aile	Çekirdek aile	190	11,99	6,70	,271	1,627	,184	-
	Geniş aile	30	12,07	7,38				
	Yalnız	12	14,42	8,40				
	Diğer (arkadaş, akraba vb.)	8	16,75	6,90				
Arkadaşlar	Çekirdek aile	190	15,99	6,14	,236	2,462	,063	-
	Geniş aile	30	17,40	7,55				
	Yalnız	12	14,42	7,41				
	Diğer (arkadaş, akraba vb.)	8	21,38	6,36				
Özel bir insan	Çekirdek aile	190	21,94	5,61	,004	2,180 (welch)	,122 (welch)	-
	Geniş aile	30	21,07	5,52				
	Yalnız	12	15,83	9,23				
	Diğer (arkadaş, akraba vb.	8	18,63	7,26				

- Yürütülen bu çalışmada yaşanılan kişi değişkenine (çekirdek aile, geniş aile, diğer) göre ele alındığı zaman katılımcıların depresyon düzeylerinin beraber yaşanılan kişi değişkenine göre anlamlı farklılaşmadığı bulunmuştur.
- Yürütülen bu çalışmada katılımcıların beraber yaşadıkları kişi değişkenine göre intihar olasılıklarına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, katılımcıların intihar

olasılıklarının beraber yaşanılan kişi değişkenine göre anlamlı farklılaşmadığı görülmüştür.

- Yürütülen bu çalışmada yaşanan kişi değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların genel algılanan sosyal destek düzeyleri kişi değişkenine göre anlamlı fark göstermemektedir. Aile, arkadaş ve özel bir insan alt ölçeğinde de anlamlı fark görülmediği bulunmuştur.

Tablo 10. Ölçek Sonuçlarının Ebeveyn Hayatta Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	**Ebeveyn hayatta olma durumu**	**N**	**X**	**SS**	**Varyansların Homojenliği**	**F**	**p**	**Gruplar arası fark**
Beck depresyon ölçeği	Anne ve baba sağ	162	18,67	10,62	,758	,045	,987	-
	Anne sağ, baba değil	50	18,40	11,94				
	Baba sağ, anne değil	14	19,57	12,01				
	Anne ve baba sağ değil	14	19,07	14,69				
İntihar olasılığı ölçeği	Anne ve baba sağ	162	75,65	13,88	,189	,506	,678	-
	Anne sağ, baba değil	50	73,36	14,55				
	Baba sağ, anne değil	14	76,21	19,66				
	Anne ve baba sağ değil	14	72,21	20,18				
Algılanan sosyal destek ölçeği	Anne ve baba sağ	162	50,65	16,28	,903	,371	,774	-
	Anne sağ, baba değil	50	48,50	16,12				
	Baba sağ, anne değil	14	50,07	16,19				

	Anne ve baba sağ değil	14	47,14	16,71				
Aile	Anne ve baba sağ	162	12,43	7,05	,621	,587	,624	-
	Anne sağ, baba değil	50	11,70	6,74				
	Baba sağ, anne değil	14	11,00	5,84				
	Anne ve baba sağ değil	14	14,00	7,07				
Arkadaşlar	Anne ve baba sağ	162	16,40	6,53	,721	,869	,458	-
	Anne sağ, baba değil	50	15,76	6,32				
	Baba sağ, anne değil	14	18,21	6,37				
	Anne ve baba sağ değil	14	4,57	6,26				
Özel bir insan	Anne ve baba sağ	162	21,82	5,63	,280	1,402	,243	-
	Anne sağ, baba değil	50	21,04	6,34				
	Baba sağ, anne değil	14	20,86	6,53				
	Anne ve baba sağ değil	14	18,57	8,06				

- Yürütülen bu çalışmada ebeveynlerin hayatta olma durumlarına göre ele alındığı zaman katılımcıların depresyon düzeylerinin anlamlı farklılaşmadığı bulunmuştur.
- Yürütülen bu çalışmada ebeveynlerin hayatta olma durumlarına göre ele alındığı zaman katılımcıların intihar olasılıklarının anlamlı farklılaşmadığı bulunmuştur.

- Yürütülen bu çalışmada ebeveynlerin hayatta olma değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin farklılaşmadığı bulunmuştur. Bunun yanında algılanan sosyal destek alt boyutlarına (aile, arkadaş, özel bir insan) ilişkin bulguların da katılımcıların ebeveynlerinin sağ olması durumuna göre değişmediği tespit edilmiştir.

Tablo 11. Ölçek Sonuçlarının Suç Kaydı Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Suç kaydı durumu	N	X	SS	Varyansların Eşitliği	t	p	Gruplar arası fark
Beck depresyon ölçeği	Evet	104	19,25	11,00	,480	,676	,500	-
	Hayır	136	18,26	11,33				
İntihar olasılığı ölçeği	Evet	104	76,96	14,58	,758	1,801	,073	-
	Hayır	136	73,51	14,77				
Algılanan sosyal destek ölçeği	Evet	104	47,28	15,77	,568	-2,263	,025	-
	Hayır	136	52,01	16,28				
Aile	Evet	104	11,27	6,47	,077	-2,000	,047	2>1
	Hayır	136	13,06	7,15				
Arkadaşlar	Evet	104	15,21	6,30	,279	-2,230	,027	2>1
	Hayır	136	17,07	6,49				
Özel bir insan	Evet	104	20,80	6,48	,103	-1,387	,167	-
	Hayır	136	21,88	5,60				

- Yürütülen bu çalışmada suç kaydı olma durumuna göre ele alındığı zaman katılımcıların genel depresyon düzeylerinin suç kaydına sahip olma değişkenine göre farklılaşmadığı bulunmuştur.
- Yürütülen bu çalışmada katılımcıların suç kaydına sahip olma durumlarına göre intihar olasılıklarına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, katılımcıların intihar olasılıklarının suç kaydına sahip olma değişkenine göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Yürütülen bu çalışmada suç kaydına göre ele alındığı zaman katılımcıların genel algılanan sosyal destek düzeylerinin % 0.05 düzeyinde anlamlı farklılaştığı bulunmuştur. Suç kaydı olmayan bireylerin algıladıkları sosyal destek suç kaydı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Farklılığın aile ve arkadaş alt boyutunda da olduğu tespit edilmiştir. Aile ve arkadaşlar alt boyutlarında suç kaydı olmayanların puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Özel bir insan alt boyutunda ise farklılık yoktur.

Tablo 12. Ölçek Sonuçlarının İntihar Girişimi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	İntihar	N	X	SS	Varyansların	t	p	Gruplar

	girişim durumu				Eşitliği			arası fark
Beck depresyon ölçeği	Evet	53	23,34	11,51	,505	3,509	,001	1>2
	Hayır	187	17,37	10,75				
İntihar olasılığı ölçeği	Evet	53	85,19	14,48	,308	6,104	,000	1>2
	Hayır	187	72,12	13,54				
Algılanan sosyal destek ölçeği	Evet	53	47,25	15,15	,349	-1,386	,167	-
	Hayır	187	50,73	16,44				
Aile	Evet	53	11,06	6,09	,030	-1,598	,113	-
	Hayır	187	12,63	7,10				
Arkadaşlar	Evet	53	15,55	6,47	,574	-,918	,360	-
	Hayır	187	16,47	6,46				
Özel bir insan	Evet	53	20,64	6,09	,606	-1,058	,291	-
	Hayır	187	21,63	5,98				

- Yürütülen bu çalışmada daha önce intihar girişiminde bulunma durumlarına göre ele alındığı zaman katılımcıların depresyon düzeylerinin daha önce intihar girişiminde bulunma değişkenine göre %0.05 düzeyinde anlamlı farklılaştığı bulunmuştur. Daha önceden intihar girişiminde bulunan bireylerin depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Yürütülen bu çalışmada katılımcıların daha önce intihar girişiminde bulunma durumlarına göre intihar olasılıklarına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, katılımcıların intihar olasılıklarının daha önce intihar girişiminde bulunma değişkenine göre %0.05 düzeyinde anlamlı farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Daha önceden intihar girişiminde bulunan bireylerin intihar olasılıklarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Yürütülen bu çalışmada daha önce intihar girişiminde bulunma durumuna göre ele alındığı zaman katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin farklılaşmadığı bulunmuştur. Bunun yanında algılanan sosyal destek alt boyutlarına (aile, arkadaş, özel bir insan) ilişkin bulguların da katılımcıların daha önce intihar girişiminde bulunma durumlarına göre değişmediği tespit edilmiştir.

Tablo 13. Ölçek Sonuçlarının Yatılı Tedavi Sayısı Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Yatılı Tedavi sayısı	N	X	SS	Varyansların Homojenliği	F	p	Gruplar arası fark
Beck depresyon ölçeği	Yatılı tedavi görmedi	104	18,79	11,14	,494	,182	,834	-
	1-2 defa	81	18,15	11,47				
	3 ve üzeri	55	19,31	10,98				
İntihar olasılığı ölçeği	Yatılı tedavi görmedi	104	73,44	14,66	,275	1,113	,330	-
	1-2 defa	81	75,79	15,38				
	3 ve üzeri	55	76,82	13,94				
Algılanan sosyal destek ölçeği	Yatılı tedavi görmedi	104	51,51	16,77	,070	1,173	,311	-
	1-2 defa	81	49,72	16,60				
	3 ve üzeri	55	47,40	14,33				
Aile	Yatılı tedavi görmedi	104	13,50	7,60	,000	4,149 (welch)	,018 (welch)	1>3
	1-2 defa	81	11,90	6,77				
	3 ve üzeri	55	10,55	5,19				
Arkadaşlar	Yatılı tedavi görmedi	104	16,48	6,67	,140	,201	,818	-
	1-2 defa	81	16,31	6,65				
	3 ve üzeri	55	15,80	5,84				
Özel bir insan	Yatılı tedavi görmedi	104	21,53	5,75	,599	,126	,882	-
	1-2 defa	81	21,51	6,19				
	3 ve üzeri	55	21,05	6,32				

- Yürütülen bu çalışmada bağımlılık nedeniyle yatılı tedavi görme sürelerine göre ele alındığı zaman katılımcıların depresyon düzeylerinin yatılı tedavi görme sayısı değişkenine göre farklılaşmadığı bulunmuştur.
- Yürütülen bu çalışmada katılımcıların bağımlılık nedeniyle yatılı tedavi görme sayılarına göre intihar olasılıklarına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, katılımcıların intihar olasılıklarının bağımlılık nedeniyle yatılı tedavi görme sayısına göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır
- Yürütülen bu çalışmada madde bağımlılığı nedeniyle yatılı tedavi olma sayısı değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların genel algılanan sosyal destek düzeylerinin farklılaşmadığı bulunmuştur. Bunun yanında algılanan sosyal destek alt boyutlarından arkadaş ve özel bir insan boyutuna ilişkin bulguların da katılımcıların bağımlılık nedeniyle yatılı tedavi görme sayılarına göre değişmediği tespit edilmiştir. Aile alt boyutunun ise yatılı tedavi olma sayısına göre %0.05 düzeyinde anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur. Bağımlılık sebebiyle hiç yatılı

tedavi görmemiş bireylerin aileden algıladığı sosyal destek, 3 ve üzeri defa yatılı tedavi görmüş bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 14. Ölçek Sonuçlarının Madde Kullanım Süresi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Madde kullanım süresi	N	X	SS	Varyansların Homojenliği	F	p
Beck depresyon ölçeği	5 yıldan az	63	18,25	10,30	,546	,374	,772
	5-9 yıl	52	19,12	10,77			
	10-14 yıl	65	19,68	12,11			
	15+ yıl	60	17,72	11,52			
İntihar olasılığı ölçeği	5 yıldan az	63	75,57	15,45	,262	,359	,783
	5-9 yıl	52	74,33	12,80			
	10-14 yıl	65	76,20	15,41			
	15+ yıl	60	73,72	15,09			
Algılanan sosyal destek ölçeği	5 yıldan az	63	49,84	17,71	,113	2,334	,075
	5-9 yıl	52	54,85	16,31			
	10-14 yıl	65	47,22	15,07			
	15+ yıl	60	48,83	15,04			
Aile	5 yıldan az	63	12,62	7,57	,139	2,106	,100
	5-9 yıl	52	13,98	7,05			
	10-14 yıl	65	10,83	6,35			
	15+ yıl	60	12,03	6,44			
Arkadaşlar	5 yıldan az	63	15,83	6,84	,399	2,227	,086
	5-9 yıl	52	18,29	6,56			
	10-14 yıl	65	15,52	5,92			
	15+ yıl	60	15,78	6,32			
Özel bir insan	5 yıldan az	63	21,40	6,20	,860	,918	,433
	5-9 yıl	52	22,58	5,94			
	10-14 yıl	65	20,86	5,97			
	15+ yıl	60	21,02	5,92			

- Yürütülen bu çalışmada madde kullanım süresi değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların depresyon düzeylerinin anlamlı farklılaşmadığı bulunmuştur.
- Yürütülen bu çalışmada madde kullanım süresi değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların intihar olasılıklarının anlamlı farklılaşmadığı bulunmuştur.
- Yürütülen bu çalışmada kullanılan madde kullanım süresi değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin anlamlı farklılaşmadığı bulunmuştur. Bunun yanında algılanan sosyal destek alt boyutlarına (aile, arkadaş, özel bir insan) ilişkin bulguların da katılımcıların madde kullanım süresine göre değişmediği tespit edilmiştir.

Tablo 15. Ölçek Sonuçlarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Eğitim durumu	N	X	SS	Varyansların Homojenliği	F	p	Gruplar arası fark
Beck depresyon ölçeği	İlkokul	53	20.25	12,23	,179	,885	,414	-
	Ortaokul	86	17,65	10,13				
	Lise ve üzeri	101	18,76	11,46				
İntihar olasılığı ölçeği	İlkokul	53	77,47	15,59	,666	1,414	,245	-
	Ortaokul	86	73,19	13,26				
	Lise ve üzeri	101	75,27	15,44				
Algılanan sosyal destek ölçeği	İlkokul	53	44,32	13,90	,038	5,250 (welch)	,006 (welch)	2>1, 3>1
	Ortaokul	86	51,92	15,14				
	Lise ve üzeri	101	51,26	17,61				
Aile	İlkokul	53	9,45	5,38	,006	8,160 (welch)	,000 (welch)	2>1, 3>1
	Ortaokul	86	12,78	7,01				
	Lise ve üzeri	101	13,35	7,19				
Arkadaşlar	İlkokul	53	14,91	6,06	,325	1,558	,213	-
	Ortaokul	86	16,80	6,31				
	Lise ve üzeri	101	16,52	6,75				
Özel bir insan	İlkokul	53	19,96	6,28	,546	2,593	,077	-
	Ortaokul	86	22,34	5,53				
	Lise ve üzeri	101	21,39	6,16				

- Yürütülen bu çalışmada eğitim düzeyi değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların depresyon düzeylerinin eğitim durumlarına göre farklılaşmadığı bulunmuştur.
- Yürütülen bu çalışmada katılımcıların eğitim düzeyi değişkenine göre intihar olasılıklarına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, katılımcıların intihar olasılıklarının eğitim durumlarına göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştı
- Yürütülen bu çalışmada eğitim düzeyi değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların genel algılanan sosyal destek düzeylerinin %0.05 düzeyinde anlamlı farklılaştığı bulunmuştur. ilkokul mezunlarının ortaokul mezunlarına göre algıladıkları sosyal desteğin anlamlı düzeyde daha az olduğu bulunmuştur. İlkokul mezunlarının lise ve üzeri eğitim düzeyindeki bireylere göre de algılanan sosyal destek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bunun yanında algılanan sosyal desteğin aile alt boyutuna ilişkin bulguların da katılımcıların eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Buna göre ilkokul

mezunlarının diğer gruplara göre aileden algıladıkları sosyal desteğin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur. Algılanan sosyal destek ölçeğinin arkadaş ve özel bir insan alt boyutlarının ise eğitim durumuna göre anlamlı fark göstermediği bulunmuştur.

Tablo 16. Ölçek Sonuçlarının Tedavi Süresi Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Tedavi Süresi	N	X	SS	Varyansların Homojenliği	F	p	Gruplar arası fark
Beck depresyon ölçeği	1 yıldan az	97	19,89	11,79	,099	1,592	,206	-
	1-3 yıl	50	19,34	11,39				
	4 yıl ve üzeri	93	17,10	10,31				
İntihar olasılığı ölçeği	1 yıldan az	97	75,41	15,25	,780	,783	,458	-
	1-3 yıl	50	76,76	14,79				
	4 yıl ve üzeri	93	73,65	14,23				
Algılanan sosyal destek ölçeği	1 yıldan az	97	50,45	17,03	,537	,762	,468	-
	1-3 yıl	50	47,46	15,33				
	4 yıl ve üzeri	93	50,80	15,80				
Aile	1 yıldan az	97	13,09	7,71	,008	1,216	,300	-
	1-3 yıl	50	11,32	6,15				
	4 yıl ve üzeri	93	11,96	6,37				
Arkadaşlar	1 yıldan az	97	15,86	6,43	,952	,665	,515	-
	1-3 yıl	50	15,94	6,34				
	4 yıl ve üzeri	93	16,87	6,57				
Özel bir insan	1 yıldan az	97	21,51	5,78	,115	1,430	,241	-
	1-3 yıl	50	20,20	6,77				
	4 yıl ve üzeri	93	21,97	5,78				

- Yürütülen bu çalışmada bağımlılık tedavisi görme sürelerine göre ele alındığı zaman katılımcıların depresyon düzeylerinin bağımlılık tedavisi görme süresi değişkenine göre anlamlı farklılaşmadığı bulunmuştur.
- Yürütülen bu çalışmada katılımcıların bağımlılık tedavisi görme sürelerine göre intihar olasılığına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, katılımcıların intihar olasılıklarının bağımlılık tedavisi görme sürelerine göre anlamlı farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Yürütülen bu çalışmada bağımlılık tedavisi görme süresi göre ele alındığı zaman katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin farklılaşmadığı bulunmuştur. Bunun yanında algılanan sosyal destek alt boyutlarına (aile, arkadaş, özel bir

insan) ilişkin bulgularının da tedavi görme süresine göre değişmediği tespit edilmiştir.

4.3. Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyi İlişkisi

Alkol ve madde bağımlılarında algılanan sosyal destek ve algılanan sosyal desteğin alt boyutları ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular toblo-1' de gösterilmiştir.

Tablo 17. Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyi İlişkisi

		Algılanan Sosyal Destek	Aile	Arkadaşlar	Özel bir insan
Depresyon Düzeyi	Pearson r	-,382*	-,306**	-,320**	-,332**
	P	,000	,000	,000	,000
	N	240	240	240	240

- Algılanan sosyal destek ile depresyon arasında orta düzeyde negatif (r=-0,382) ve anlamlı (p<0,05) bir ilişki bulunmuştur. Değişkenlerin birbiri üzerinde açıkladıkları varyans %14,59'dir. Yani depresyonun %14,59'u algılanan sosyal destekten kaynaklanıyor olabilir.
- Algılanan sosyal destek ölçeğinin aile alt boyutu ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,306) ve anlamlı (p<0,05) bir ilişki bulunmuştur. Değişkenlerin birbiri üzerinde açıkladıkları varyans %9,36'dır. Yani depresyonun %9,36'sı aileden algılanan sosyal destekten kaynaklanıyor olabilir.
- Algılanan sosyal destek ölçeğinin arkadaşlar alt boyutu ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,320) ve anlamlı (p<0,05) bir ilişki bulunmuştur. Değişkenlerin birbiri üzerinde açıkladıkları varyans %10,24'tür. Yani depresyonun %10,24'ü arkadaşlardan algılanan sosyal destekten kaynaklanıyor olabilir.
- Algılanan sosyal destek ölçeğinin özel bir insan alt boyutu ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,332) ve anlamlı (p<0,05) bir ilişki bulunmuştur. Değişkenlerin birbiri üzerinde açıkladıkları varyans %11,02'dir. Yani depresyonun %11,02'si özel bir insandan algılanan sosyal destekten kaynaklanıyor olabilir.

4.3.1. Sosyodemografik Verilere Göre Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyi İlişkisi

Tablo 18. Sosyodemografik Verilere Göre Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyi İlişkisi

Değişken	Grup	N	Sig. (2-tailed)	Pearson r
Tedavi Olmak İstenen Madde	Eroin	172	,000	-,414**
	Metamfetamin	38	,816	-,039
	Alkol	30	,000	-,611**
Yaş	18-26	68	,098	-,203
	27-33	81	,001	-,362**
	34-40	58	,000	-,541**
	41+	33	,008	-,451**
Çalışma Durumu	Çalışıyor	154	,000	-,334**
	Çalışmıyor	86	,000	-,415**
Medeni Durum	Evli	105	,000	-,378**
	Bekar	114	,000	-,365**
	Boşanmış	21	,019	-,506* (spearman's r)
Çocuğu var mı	Çocuğu var	107	,000	-,466**
	Çocuğu yok	133	,000	-,331**
Kiminle Yaşıyor	Çekirdek aile	190	,000	-,368**
	Geniş aile	30	,004	-,505**
	Yalnız	12	,914	,035 (spearman's r)
	Diğer	8	,000	-,952** (spearman's r)
Ebeveyn Sağlık Durumu	Anne ve baba sağ	162	,000	-,315**
	Anne sağ, baba değil	50	,000	-,480**
	Baba sağ, anne değil	14	,145	-,410 (spearman's r)
	Anne ve baba sağ değil	14	,189	-,373 (spearman's r)
Suç Kaydı	Suç kaydı var	104	,000	-,397**
	Suç kaydı yok	136	,000	-,367**
İntihar Girişimi	İntihar girişimi var	53	,024	-,309*
	İntihar girişimi yok	187	,000	-,391**
Yatılı Tedavi Sayısı	Hiç yatılı tedavi görmedi	104	,000	-,374**
	1-2 defa	81	,000	-,442**
	3 ve üzeri	55	,080	-,238
Madde Kullanım Süresi	5 yıldan az	63	,002	-,386**
	5-9 yıl	52	,005	-,386**
	10-14 yıl	65	,001	-,396**
	15 yıl ve üzeri	60	,009	-,334** (spearman's r)
Eğitim Düzeyi	İlkokul	53	,000	-,591**
	Ortaokul	86	,144	-,159
	Lise ve üzeri	101	,000	-,425**
Tedavi Süresi	1 yıldan az	97	,001	-,332**
	1-3 yıl	50	,176	-,194
	4 yıl ve üzeri	93	,000	-,508** (spearman's r)

Tedavi Olunmak İstenen Madde Türüne Göre Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyi İlişkisi

- Eroin tedavisi için kliniğe gelen bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon arasında orta düzeyde negatif (r=-0,414) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Metamfetamin tedavisi için başvuran bireylerde algılanan sosyal ile depresyon düzeyi arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir ilişki yoktur.
- Alkol tedavisi için başvuran bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon arasında orta düzeyde negatif (r=-0,611) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

Yaş Gruplarına Göre Algılanan Sosyal Destek İle Depresyon Düzeyi İlişkisi

- 18-26 yaş grubunda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir ilişki yoktur.
- 27-33 yaş grubunda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,362) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- 34-40 yaş grubunda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,541) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- 41 yaş ve üzeri yaş grubunda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,451) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

Çalışma Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyi İlişkisi

- Çalışan grubunda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,334) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Bir işte çalışmayan grubunda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,415) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

Medeni Durum Grubuna Göre Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyi İlişkisi

- Evli katılımcılarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,378) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

- Bekar katılımcı grubunda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,365) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Boşanmış katılımcı grubunda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,506) ve anlamlı (p<0,05) bir ilişki bulunmuştur.

Çocuk Sahibi Olma Grubuna Göre Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyi İlişkisi

- Çocuğu olan katılımcılarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,466) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Çocuğu olmayan katılımcılarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,331) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

Kiminle Beraber Yaşadığına göre Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyi İlişkisi

- Çekirdek aile ile yaşayan katılımcılarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,368) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Geniş aile ile yaşayan katılımcılarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,505) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Yalnız yaşayan katılımcılarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir ilişki yoktur
- Diğer (arkadaş, akraba) beraber yaşayan katılımcı grubunda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında güçlü düzeyde negatif (r=-0,952) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

Ebeveyn Hayatta Olma Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyi İlişkisi

- Anne ve babası hayatta olan katılımcılarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,315) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

- Annesi sağ, babası değil katılımcı grubunda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,480) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Baba sağ, anne değil katılımcı grubunda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
- Anne ve baba sağ değil katılımcı grubunda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Suç kaydı gruplarına göre algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi ilişkisi

- Suç kaydı bulunan katılımcılarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,397) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Suç kaydı olmayan bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,367) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

İntihar girişimi gruplarına göre algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi ilişkisi

- Daha önceden intihar girişimi olan bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
- Daha önceden intihar girişimi olmayan katılımcılarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,391) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

Yatılı bağımlılık tedavisi sayısı gruplarına göre algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi ilişkisi

- Hiç yatılı bağımlılık tedavi görmemiş katılımcılarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,374) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- 1-2 defa yatılı bağımlılık tedavisi görmüş katılımcılarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,442) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

- 3 ve üzeri defa yatılı bağımlılık tedavisi görmüş bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir ilişki yoktur.

Madde kullanım süresi gruplarına göre algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi ilişkisi

- 5 yıldan az süredir madde kullanan bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif ($r=-0,386$) ve anlamlı ($p<0,01$) bir ilişki bulunmuştur.
- 5-9 yıldır madde kullanan bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif ($r=-0,386$) ve anlamlı ($p<0,01$) bir ilişki bulunmuştur.
- 10-14 yıldır madde kullanan bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif ($r=-0,396$) ve anlamlı ($p<0,01$) bir ilişki bulunmuştur.
- 15 yıl ve üzeri süredir madde kullanan bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif ($r=-0,334$) ve anlamlı ($p<0,01$) bir ilişki bulunmuştur.

Eğitim düzeyi gruplarına göre algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi ilişkisi

- İlkokul mezunu bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif ($r=-0,591$) ve anlamlı ($p<0,01$) bir ilişki bulunmuştur.
- Ortaokul mezunu bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
- Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif ($r=-0,425$) ve anlamlı ($p<0,01$) bir ilişki bulunmuştur

Tedavi süresi gruplarına göre algılanan asosyal destek ile depresyon düzeyi ilişkisi

- 1 yıldan az süredir bağımlılık tedavi gören bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif ($r=-0,332$) ve anlamlı ($p<0,01$) bir ilişki bulunmuştur.

- 1-3 yıldır bağımlılık tedavi gören bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir ilişki yoktur.
- 4 yıl ve üzeri süredir bağımlılık tedavisi gören bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,508) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

4.4. Algılanan Sosyal Destek ve İntihar Olasılığı İlişkisi

Alkol ve madde bağımlılarında algılanan sosyal destek ve algılanan sosyal desteğin alt boyutları ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular toblo-1' de gösterilmiştir.

Tablo 19. Algılanan Sosyal Destek ile İntihar Olasılığı İlişkisi

		Algılanan Sosyal Destek	Aile	Arkadaşlar	Özel bir insan
İntihar Olasılığı	Pearson r	-,463**	-,384**	-,372**	-,408**
	P	,000	,000	,000	,000
	N	240	240	240	240

- Algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,463) ve anlamlı (p<0,05) bir ilişki bulunmuştur. Değişkenlerin birbiri üzerinde açıkladıkları varyans %21,43'tür. Yani intihar olasılığının %21,43'ü algılanan sosyal destekten kaynaklanıyor olabilir.
- Algılanan sosyal destek ölçeğinin aile alt boyutu ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,384) ve anlamlı (p<0,05) bir ilişki bulunmuştur. Değişkenlerin birbiri üzerinde açıkladıkları varyans %14,74'tür. Yani intihar olasılığının %14,74'ü aileden algılanan sosyal destekten kaynaklanıyor olabilir.
- Algılanan sosyal destek ölçeğinin arkadaşlar alt boyutu ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,372) ve anlamlı (p<0,05) bir ilişki bulunmuştur. Değişkenlerin birbiri üzerinde açıkladıkları varyans %13,83'tür. Yani intihar olasılığının %13,83'ü arkadaşlardan algılanan sosyal destekten kaynaklanıyor olabilir.
- Algılanan sosyal destek ölçeğinin özel bir insan alt boyutu ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,408) ve anlamlı (p<0,05) bir ilişki bulunmuştur. Değişkenlerin birbiri üzerinde açıkladıkları varyans %16,64'tür. Yani intihar

olasılığının %16,64'ü özel bir insandan algılanan sosyal destekten kaynaklanıyor olabilir.

4.4.1. Sosyodemografik Verilere Göre Algılanan Sosyal Destek ile İntihar Olasılığı İlişkisi

Tablo 20. Sosyodemografik Verilere Göre Algılanan Sosyal Destek ile İntihar Olasılığı İlişkisi

Değişken	Grup	N	Sig. (2-tailed)	Pearson r
Tedavi Olmak İstenen Madde	Eroin	172	,000	-,434**
	Metamfetamin	38	,017	-,386*
	Alkol	30	,000	-,644**
Yaş	18-26	68	,000	-,436**
	27-33	81	,000	-,421**
	34-40	58	,000	-,548**
	41+	33	,001	-,557**
Çalışma Durumu	Çalışıyor	154	,000	-,384**
	Çalışmıyor	86	,000	-,558**
Medeni Durum	Evli	105	,000	-,368**
	Bekar	114	,000	-,501**
	Boşanmış	21	,002	-,647**
Çocuğu var mı	Çocuğu var	107	,000	-,469**
	Çocuğu yok	133	,000	-,485**
Kiminle Yaşıyor	Çekirdek aile	190	,000	-,447**
	Geniş aile	30	,001	-,564**
	Yalnız	12	,426	-,254 (spearman's r)
	Diğer	8	,000	-,952** (spearman's r)
Ebeveyn Sağlık Durumu	Anne ve baba sağ	162	,000	-,434**
	Anne sağ, baba değil	50	,000	-,504**
	Baba sağ, anne değil	14	,263	-,321 (spearman's r)
	Anne ve baba sağ değil	14	,047	-,539* (spearman's r)
Suç Kaydı	Suç kaydı var	104	,000	-,493**
	Suç kaydı yok	136	,000	-,426**
İntihar Girişimi	İntihar girişimi var	53	,000	-,574**
	İntihar girişimi yok	187	,000	-,436**
Yatılı Tedavi Sayısı	Hiç yatılı tedavi görmedi	104	,000	-,430**
	1-2 defa	81	,000	-,472**
	3 ve üzeri	55	,000	-,504**
Madde Kullanım Süresi	5 yıldan az	63	,001	-,423**
	5-9 yıl	52	,000	-,638**

	10-14 yıl	65	,002	-,384**
	15 yıl ve üzeri	60	,000	-,454** (spearman's r)
Eğitim Düzeyi	İlkokul	53	,000	-,642**
	Ortaokul	86	,013	-,268*
	Lise ve üzeri	101	,000	-,502**
Tedavi Süresi	1 yıldan az	97	,000	-,470**
	1-3 yıl	50	,013	-,349*
	4 yıl ve üzeri	93	,000	-,452** (spearman's r)

Kullanılan madde türüne göre algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı ilişkisi

- Eroin kullanan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,434) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Metamfetamin kullanan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,386) ve anlamlı (p<0,05) bir ilişki bulunmuştur.
- Alkol kullanan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,644) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

Yaş gruplarına göre algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı ilişkisi

- 18-26 yaş aralığındaki bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,436) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- 27-33 yaş aralığındaki bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,421) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- 34-40 yaş aralığındaki bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,548) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- 41 yaş ve üzeri bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,557) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

Çalışma Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek ile İntihar Olasılığı İlişkisi

- Çalışan bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,384) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Çalışmayan bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,558) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

Medeni Durum Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek ile İntihar Olasılığı İlişkisi

- Evli bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,368) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Bekar bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,501) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

- Boşanmış bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında orta düzeyde negatif (r=-0,647) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

Çocuk Sahibi Olma Grubuna Göre Algılanan Sosyal Destek ile İntihar Olasılığı İlişkisi

- Çocuğu olan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,469) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Çocuğu olmayan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,485) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

Kiminle Beraber Yaşadığına göre Algılanan Sosyal Destek ile İntihar Olasılığı İlişkisi

- Çekirdek aile ile yaşayan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,447) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Geniş aile ile yaşayan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,564) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Yalnız yaşayan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir ilişki yoktur.
- Diğer (arkadaşlar, akraba) ile yaşayan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında güçlü düzeyde negatif (r=-0,447) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

Ebeveyn Hayatta Olma Grubuna göre Algılanan Sosyal Destek ile İntihar Olasılığı İlişkisi

- Anne ve babası sağ olan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,434) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Annesi sağ, babası değil olan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,504) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Baba sağ anne değil olan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir ilişki yoktur.
- Anne ve babası sağ olmayan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,539) ve anlamlı (p<0,05) bir ilişki bulunmuştur.

Suç kaydı gruplarında Algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı ilişkisi

- Suç kaydı olan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,493) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Suç kaydı olmayan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,426) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

İntihar girişimi gruplarına göre algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı ilişkisi

- İntihar girişimi olan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,574) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Daha önceden intihar girişimi olmayan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,436) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
-

Yatılı tedavi sayısına göre algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı ilişkisi

- Daha önceden yatılı tedavi görmeyen bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,430) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- 1-2 defa yatılı tedavi görmüş bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,472) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

- 3 ve üzeri defa yatılı tedavi görmüş bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,504) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

Madde kullanım süresine göre algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı ilişkisi

- 5 yıldan az zamandır madde kullanan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,423) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- 5-9 yıldır madde kullanan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif yönlü (r=-0,638) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- 10-14 yıldır madde kullanan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,384) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- 15 yıl ve üzeri zamandır madde kullanan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,454) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

Eğitim düzeyi gruplarına göre algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı ilişkisi

- İlkokul mezunu bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,642) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.
- Ortaokul mezunu bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında zayıf düzeyde negatif (r=-0,268) ve anlamlı (p<0,05) bir ilişki bulunmuştur.
- Lise ve üzeri eğitime sahip bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,502) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

Tedavi süresi gruplarına göre algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı ilişkisi

- 1 yıldan az süredir tedavi gören bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif (r=-0,470) ve anlamlı (p<0,01) bir ilişki bulunmuştur.

- 1-3 yıldır bağımlılık tedavisi gören bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif ($r=-0,349$) ve anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- 4 yıl ve üzeri süredir bağımlılık tedavisi gören bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif ($r=-0,452$) ve anlamlı ($p<0,01$) bir ilişki bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Yapılan araştırmalar, algılanan sosyal desteğin "stres" ve "başa çıkma" konularında önemli bir işlev gördüğünü, depresyon gibi yaşam olaylarında koruyucu olabileceğini göstermektedir (27). Cohen ve Wills (1985), kişinin algıladığı sosyal desteğin, yaşadığı stresli yaşam olaylarında tampon görevi sağladığını belirtmiştir (28). Algılanan sosyal destek, genel olarak kişinin yaşadığı stresi ve depresyonu azaltmada önemli rol üstlenebilmektedir. Bağımlı bireylerin algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyi ilişkisini inceleyen ise az sayıda araştırma mevcuttur. Yapılan bir araştırmada yatılı bağımlılık tedavisi gören 231 hasta ile görüşme gerçekleştirilmiş, katılımcıların algıladıkları sosyal destek arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir (12). Türkiye'de madde kullanan hükümlü bireylerle yapılan bir araştırmada ise benzer şekilde katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (13). Bu bakımdan bağımlı bireylerde de sağlıklı grupta olduğu gibi algılanan sosyal desteğin artmasının depresyon düzeyini düşüreceği düşünülmektedir. Nitekim yaptığımız çalışma, literatürü destekler nitelikte sonuçlar vermiş, alkol ve madde bağımlılarında algılanan sosyal destek arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı görülmüştür. Bu durum sosyodemografik değişkenlerin grupları ayrı ayrı incelendiğinde ise farklılık göstermektedir.

Araştırmamızda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi ilişkisi sosyodemografik değişkenlerin gruplarına göre ayrı ayrı incelenmiştir. Buna göre metamfetamin tedavisi için gelen bireylerde, 18-26 yaş aralığındaki bireylerde, yalnız yaşayan bireylerde, ortaokul mezunlarında, tedavi süresi 1-3 yıldır devam eden bireylerde, 3 ve üzeri defa yatılı tedavi görenlerde, daha önceden intihar girişiminde bulunmuş olanlarda, anne ve babası hayatta olmayan veya babası sağ olup annesi hayatta olmayan bireylerde algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Diğer sosyodemografik verilerin gruplarında ise algılanan sosyal destek ile depresyon arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum literatürdeki çalışmalarla aynı doğrultudadır (12,13). Literatürde sosyodemografik verilerin gruplarına göre ayrı ayrı algılanan sosyal destek-düzeyi ilişkisinin incelendiği bir çalışma ise bulunamamıştır.

Sağlıklı gruplarda algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı ilişkisinin incelendiği araştırmalarda genel olarak algılanan sosyal destek arttıkça intihar olasılığının zayıfladığı görülmektedir (14,15,16,26). Literatürde bağımlı bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı ilişkisini inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur. Uyuşturucu madde kullanan hastalarla yapılan bir araştırmada hastaların algıladıkları sosyal destek arttıkça intihar olasılıklarının azaldığı saptanmıştır (11). Türkiye'de yapılan bir araştırmada ise madde kullanım bozukluğu ile hastaneye yatırılan bireylerde algılanan sosyal destek ile intihar düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Söz konusu araştırmada algılanan sosyal desteğin sadece aile alt boyutu ile intihar düşüncesi arasında zayıf düzeyde negatif bir ilişki bulunmuştur (104). Bizim yaptığımız çalışmada ise alkol ve madde bağımlılarında algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında orta düzeyde negatif bir ilişki tespit edilmiş, hastaların algıladıkları sosyal destek arttıkça intihar olasılıklarının azaldığı belirlenmiştir. Bu da alkol ve madde bağımlısı örneklemde, sağlıklı bireylerde olduğu gibi algılanan sosyal desteğin bireyin ruh sağlığına olan katkısı görülmektedir.

Algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasındaki ilişki sosyodemografik değişkenlerin gruplarına göre ayrı ayrı incelenmiştir. Buna göre yalnız yaşayan bireylerde ve anne - babası sağ olmayanlarda algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Bu durum literatürdeki bazı genel bulgularla paraleldir (104). Özellikle bireyin ebeveynlerinin her ikisinin de hayatta olmaması bireyin kendisini yalnız hissetmesine, hayatta karşılaştığı zorluklarla kendi başına mücadele etmek zorunda kalmasına sebep olmaktadır. Bireyin zaten anne ve babasının hayatta olmaması ve yalnız yaşaması durumda algılanan sosyal desteğin intihar olasılığını azaltmaktaki olumlu etkisi kaybolabilmektedir. Diğer gruplarda ise algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuş, bu da literatürdeki bazı araştırmaların genel sonuçları ile benzerlik göstermektedir (11). Literatürde sosyodemografik verilerin gruplarına göre ayrı ayrı algılanan sosyal destek-intihar olasılığı ilişkisinin incelendiği bir çalışma ise bulunamamıştır.

Yürütülen bu çalışmada ölçek sonuçları sosyodemografik verilere göre incelenmiştir. Demografik değişkenlere göre katılımcıların depresyon düzeylerine ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, depresyon düzeyinin; çalışma durumu ve intihar girişimi değişkenlerine göre anlamlı fark gösterdiği görülmüştür. İşsizlik durumu

çoğu sağlıklı birey için de depresyon riski oluşturan faktörlerden biridir. Çalışabilecek durumdayken çalışamamak veya işini kaybetmek ruh sağlığını bozucu bir etki yaratabilmektedir. (113). Yoksulluğun nedeni olarak görebileceğimiz işsizliğin, sürekli hale geldikçe bireyin karamsarlık, umutsuzluk ve çaresizlik duygusunu giderek artıracağı ve depresyon oluşumunu kolaylaştıracağı düşünülmektedir (114). Sağlıklı yetişkin bireylerle yapılan araştırmalarda işsiz bireylerin depresyon düzeyinin çalışan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (115). Bağımlı bireylerle yaptığımız çalışmada bu bilgileri destekler nitelikte çalışmayan bireylerin depresyon düzeyi çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. Bireyin depresyon düzeyi ile intihar olasılığı arasında önemli bir ilişki vardır (116). Yaptığımız araştırma ile daha önceden intihar girişimi olan bireylerde depresyon düzeyinin yüksek çıkması bu ilişkiye işaret etmektedir. Diğer değişkenlere göre ise depresyon düzeyi anlamlı bir fark göstermemektedir. Ortaya çıkan sonuçlar bazı sosyodemografik değişkenlerin depresyon düzeyi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Yürüttüğümüz çalışmada sosyodemografik değişkenlere göre katılımcıların intihar olasılıklarına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman; intihar olasılığının çalışma durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve daha önceden intihar girişiminde bulunma değişkenlerine göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Evlenmemiş ya da boşanmış kişilerde intihar oranının evli olanlardan daha yüksek olduğunu ifade edilmektedir (117). Avrupa'da intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğunu bekar ve boşanmış bireyler oluşturmaktadır (118). Yapılan başka bir çalışmada boşanmış veya ayrı yaşayanlarda intihar riski 11 kat daha fazla bulunmuştur (119). Bağımlı bireylerle ilgili yapılan bir araştırmada ise intihar girişimi olan opiyat bağımlısı katılımcı incelenmiştir. İnceleme sonucunda intihar girişiminde bulunan bekar ve boşanmış opiyat bağımlısı sayısının evlilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (120). Bizim yaptığımız çalışmada da bu verilere benzer olarak boşanmış bireylerin intihar olasılığının evli bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ebeveyn olma intihar ihtimalini azaltmakta, çocuk sahibi olmak özellikle kadın için intiharda koruyucu bir faktör olabilmektedir (121). Opiyat bağımlısı olan ve intihar girişiminde bulunmuş bireylerle yapılan bir araştırmada ise çocuk sahibi olma durumu ile intihar girişimi arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bizim bağımlı bireylerle yaptığımız çalışmada ise çocuğu olan bireylerin intihar olasılığının çocuğu

olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum bireyin çocuğundan destek hissettiğini, çocuğunun olmasının bireyin yaşadığı sıkıntılarda intihara başvurma olasılığını azalttığını düşündürmektedir. Çalışma durumu da daha önceden belirtildiği gibi işsizlik durumunda yaşanan olumsuz duygular sebebiyle intihar olasılığı için bir risk faktörüdür (113). Daha önceden intihar girişiminde bulunmuş opiyat bağımlısı bireylerle yapılan bir araştırmada çalışma durumu değişkenine göre intihar davranışında, hafif düzeyde anlamlı bir fark görülmüştür (120). Bizim yaptığımız çalışmada buna paralel olarak çalışmayan bireylerde çalışanlara göre intihar olasılığı anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. Yine daha önceden intihar girişiminde bulunan katılımcıların bulunmayanlara göre intihar olasılıklarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer değişkenlere göre ise intihar olasılığında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Yürütülen bu çalışmada sosyodemografik değişkenlere göre katılımcıların algıladıkları sosyal desteğin toplam puanlarına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, algılanan sosyal desteğin; suç kaydı ve eğitim düzeyine göre anlamlı fark gösterdiği belirlenmiştir. Suç kaydı olmayan katılımcıların algıladıkları sosyal destek, suç kaydı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu durumda suç kaydı olan bireylerin toplum tarafından dışlanması, ötekileştirilmesi ve tehlikeli görülmesinin etkili olabileceği düşünülmektedir. İlkokul mezunlarının algıladığı sosyal destek ise ortaokul ve lise-lise üzeri eğitim düzeyinde olan bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Diğer değişkenlere göre ise algılanan sosyal destek anlamlı bir fark göstermemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen bulguların genel bir değerlendirmesi yapılmış ve bu değerlendirmeler neticesinde hem uygulamaya hem de ileride bu alanda yapılacak çalışmalara yönelik öneriler sunulmuştur.

6.1. Sonuç

1) Yapılan bu çalışmada alkol ve madde bağımlılarında algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu da bağımlı bireylerin algıladıkları sosyal destek arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığını göstermektedir.

2) Alkol ve madde bağımlılarında algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum bağımlı bireylerin algıladıkları sosyal destek arttıkça intihar olasılıklarının azaldığını göstermektedir.

3) Sosyodemografik verilerin gruplarına göre algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi ilişkisi ayrı ayrı incelenmiştir. Bu kapsamda yapılan analizlerde 1-3 yıldır bağımlılık tedavisi görenlerde, ortaokul mezunlarında, 3 ve üzeri defa yatılı bağımlılık tedavisi görmüş olanlarda, daha önceden intihar girişimi olanlarda, yalnız yaşayanlarda, 18-26 yaş aralığındakilerde, annesi sağ olmayıp babası sağ olan bireylerde, anne ve babası sağ olmayan bireylerde ve metamfetamin kullananlarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum göstermektedir ki bu gruplarda algılanan sosyal destek artsa bile depresyon düzeylerinin azalmasında herhangi bir etkisi olmamaktadır. Sosyodemografik verilerin diğer gruplarında ise genel analizde olduğu gibi algılanan sosyal destek arttıkça depresyon düzeyi azalmaktadır.

4) Algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı ilişkisi sosyodemografik verilerin gruplarına göre bakıldığında, yalnız yaşayanlarda ve anne ve babası sağ olmayanlarda algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum göstermektedir ki bu grupta bulunan bireylerde algılanan sosyal destek artsa bile intihar olasılıklarının azalmasında herhangi bir etkisi bulunmamaktadır. Diğer gruplarda

ise genel analizde olduğu gibi algılanan sosyal destek arttıkça intihar olasılığı azalmaktadır.

5) Sosyodemografik değişkenlere göre katılımcıların depresyon düzeylerine ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, bağımlı bireylerde depresyon düzeyinin; tedavi olmak istenen madde türü, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kimle beraber yaşadığı, ebeveyn hayatta olma durumu, suç kaydı, yatılı bağımlılık tedavisi sayısı, eğitim durumu, tedavi süresi ve madde kullanım süresi değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Buna karşılık çalışma durumu ve intihar girişimi değişkenlerine göre depresyon düzeylerinin anlamlı fark gösterdiği görülmüştür. Bir işte çalışmayan katılımcıların depresyon düzeylerinin bir işte çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında daha önce intihar girişimi bulunan katılımcıların depresyon düzeylerinin daha önceden intihar girişiminde bulunmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

6) Sosyodemografik değişkenlere göre katılımcıların intihar olasılıklarına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman; intihar olasılığının kullanılan madde türü, yaş, kimle beraber yaşadığı, ebeveyn hayatta olma durumu, suç kaydı, yatılı tedavi sayısı, madde kullanım süresi, eğitim düzeyi ve tedavi süresi değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Buna karşılık intihar olasılığının çalışma durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve daha önceden intihar girişiminde bulunma değişkenlerine göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Çalışmayan bireylerin çalışanlara göre intihar olasılıkları daha yüksektir. Boşanmış katılımcıların intihar olasılıklarının evli olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çocuk sahibi olmayan katılımcıların çocuk sahibi olanlara göre intihar olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Daha önceden intihar girişiminde bulunan katılımcıların bulunmayanlara göre intihar olasılıklarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

7) Sosyodemografik değişkenlere göre katılımcıların algıladıkları sosyal desteğin toplam puanlarına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, algılanan sosyal desteğin; kullanılan madde türü, yaş, çalışma durumu, medeni durum, madde kullanım süresi, çocuk sahibi olma durumu, kimle beraber yaşadığı, ebeveyn hayatta olma durumu, daha önceden intihar girişimi, yatılı tedavi sayısı, tedavi süresi değişkenlerine

göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Buna karşılık genel algılanan sosyal desteğin suç kaydı ve eğitim düzeyine göre anlamlı fark gösterdiği belirlenmiştir. Suç kaydı olmayan katılımcıların algıladıkları sosyal destek, suç kaydı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. İlkokul mezunlarının algıladığı sosyal destek ise ortaokul ve lise-lise üzeri eğitim düzeyinde olan bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşüktür.

8) Algılanan sosyal desteğin aile alt ölçeği sosyodemografik değişkenlere göre değerlendirildiğinde suç kaydı, yatılı tedavi sayısı ve eğitim düzeyi değişkenlerinin katılımcıların aileden algıladığı sosyal destekleri anlamlı düzeyde farklılaştırdığı görülmüştür. Suç kaydı olmayan bireylerin aileden algıladığı sosyal destek düzeyi, suç kaydı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hiç yatılı tedavi görmemiş olan katılımcıların aileden algıladığı sosyal destek, 3 ve üzeri defa yatılı bağımlılık tedavisi görmüş olanlardan anlamlı düzeyde daha yüksektir. İlkokul mezunlarının aileden algıladığı sosyal destek, ortaokul ve lise-lise üzeri eğitim düzeyindeki katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Aileden algılanan sosyal destek; kullanılan madde türü, yaş, çalışma durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kimle beraber yaşadığı, ebeveyn hayatta olma durumu, daha önceden intihar girişimi, tedavi süresi ve madde kullanım süresi değişkenlerine göre anlamlı fark göstermemektedir.

9) Algılanan sosyal desteğin arkadaş alt boyutu incelendiğinde yalnızca suç kaydı değişkenine göre anlamlı fark görülmektedir. Suç kaydı olan bireylerin arkadaştan algıladığı sosyal destek, suç kaydı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Arkadaştan algılanan sosyal destek; kullanılan madde türü, yaş, çalışma durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kimle beraber yaşadığı, ebeveyn hayatta olma durumu, daha önceden intihar girişimi, tedavi süresi, yatılı tedavi sayısı, eğitim düzeyi ve madde kullanım süresi değişkenlerine göre anlamlı fark göstermemektedir.

10) Algılanan sosyal destek ölçeğinin özel bir insan alt boyutu incelendiğinde; özel bir insandan algılanan sosyal destek; çalışma durumu ve medeni durum değişkenlerine göre anlamlı fark göstermektedir. Bir işte çalışan katılımcıların özel bir insandan algıladığı sosyal destek, bir işte çalışmayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Evli katılımcıların özel bir insandan algıladığı sosyal destek, boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Özel bir insandan algılanan sosyal destek; kullanılan madde türü, yaş, çocuk sahibi olma durumu, kimle beraber yaşadığı, ebeveyn hayatta olma durumu, daha önceden intihar girişimi, tedavi süresi, yatılı tedavi

sayısı, suç kaydı, eğitim düzeyi ve madde kullanım süresi değişkenlerine göre anlamlı fark göstermemektedir.

6.2. Öneriler

Aşağıda elde edilen araştırma sonuçları doğrultusunda, konu ile ilgili yapılabilecek uygulamalara ve araştırmalara yönelik öneriler sunulmuştur.

1. Alkol ve madde bağımlılarında algılanan sosyal destek düzeyinin depresyon ve intihar olasılığı ile ilişkisi tanımlayıcı veriler ışığında daha yüksek örneklem sayısı ile incelenebilir.
2. Bu araştırmada incelenen konular cinsiyet değişkenine göre de incelenebilir
3. Bağımlı bireylerin çoklu madde kullanımı değişkenine göre de depresyon düzeyi, algıladığı sosyal destek ve depresyon düzeyi incelenebilir.
4. Yapılacak benzer çalışmalarda psikiyatrik eş tanı göz önünde bulundurulabilir.
5. Yapılacak benzer çalışmalarda kontrol değişkeni olarak sağlıklı bireylere de ölçek uygulaması yapılarak sonuçlar karşılaştırılabilir.
6. Bağımlı bireylerde sosyal destek algısının depresyon ve intihar konusundaki koruyucu etkisi dikkate alınmalı, bu konuda ek çalışmaların yapılması önemlidir.
7. Bağımlılık alanında koruyucu ve önleyici faaliyetlerde bulunan kurum ve kuruluşlar, bu araştırmanın sonuçlarından faydalanabilir.
8. Araştırmacılar tarafından yapılacak benzer akademik çalışmalarda, bu araştırmanın sonuçlarından yararlanılabilir.

KAYNAKÇA

1. **Uzbay T.** Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. Türk Eczacılar Birliği Yayını Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, **2009**; 21:21-22.

2. **Rinaldi RC, Steindler EM, Wilford B & Goodwin D**. Clarification and Standardization Of Substance Abuse Terminology. Journal of the American Medical Association, **1988**; 259(4): 555-557.

3. **Davison G ve Neale J**. Anormal Psikoloji (Çeviri İ. Dağ). İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, **2004**.

4. **Yancar C.** Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2005**.

5. **Sadock BJ, Sadock VA & RUIZ P.** Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11. Baskı, Güneş tıp kitabevi, **2016**.

6. **Arıkan Z, Kuruoğlu ÇA ve Eltutan H**. Alkol bağımlılığı ve depresyon. Düşünen Adam Dergisi, **1999**; 12(3): 22-26.

7. **Sevinçok L, Küçükardalı Y, Dereboy Ç ve Dereboy F**. Genç erkeklerde madde kullanımı: Sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi, **2000**; 11(1): 40-48.

8. **Durkheim, E**. İntihar (Çeviri Ö.Ozankaya). İstanbul : Cem Yayınevi, **2002**.

9. **Roy A**. Risk Factors For Amptemting Suicide in Heroin Addicts. Suicide Life Threat Behavior, **2010**; 40: 416-420.

10. **Thoits PA**. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. Journal of Health Social Behavior, **2011**; 52(2): 145-161.

11. **El-Sabie SR, Elyased Abdelfatah A**. The İmpact of Alexithymia and Perceived Social Support on Suicidal Probability of Drug Abusers Patients. Egyptian Journal of Health Care, **2021**; 12(2): 1718-1738.

12. **Shorey RC, Dawson AE, at all**. Is General or Alchol -Spesific Perceived Social Support Associated with Depression Among Adults in Substance use Treatment?. Journal of Psychoactive Drugs, **2016**; 48(5): 359-368.

13. **Aslan A, Arıcak OT, Karadaşlı B**. Madde Kullanan Hükümlü Bireylerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Depresyon Arasındaki İlişki. Bağımlılık Dergisi, **2019**; 20(1): 1-11.

14. **Lester D.** Making Sense of Suicide. United States of America: The Charles Press Publishers, **1997**.

15. **Topal S**. Eskişehir İlinde Yaşayan Ergenlerde İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, **2003**.

16. **Arsel CO**. İntihar Olasılığı ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Cinsiyet Rolleri, Sosyal Destek ve

Umutsuzluk Açısından Bir Değerlendirme. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, **2010**.

17. **Paladino D, Minton CAB**. Comprehensive College Student Suicide Assessment: Application of the BASIC ID. Journal Of Amerıcan College Health, **2008**; 56 (6): 643-650.

18. **Nart Ö**. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniği Ergen Birimine Başvuran Kişilerde İntihar Olasılığının Benlik Saygısı, Psikolojik Dayanıklılık, Algılanan Sosyal Destek ve Önceki İntihar Girişimleriyle İlişkisi. Doktora Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli, **2018**.

19. **Tamar D, Ögel K, Çakmak D**. Uyuşturucu Madde Kullanımını Aile Üstüne Etkisi. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, **1997**.

20. Farrington, D. (2009). Psychosocial Causes of Offending. M. Gelder, N. C. Andreasen, J. Lopez-IborJr, & J. Geddes içinde, New Oxford Textbook of Psychiatry (2 b., Cilt 1&2, s. 1908-1916). New York: Oxford University Press.

21. **Altuner D, Engin N, Gürer C, Akyay İ, & Arif A.** Madde kullanımı ve suç ilişkisi: kesitsel bir araştırma. Tıp Araştırmaları Dergisi, **2009**; 7(2): 87-94.

22. **Şireli Ö**. Depresyon tanısı almış ergenlerde anne baba kabul reddi-kontrolü aile içi ilişkilerin depresyon şiddetine etkisi. Yayımlanmamış uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, **2012**.

23. **Koçhan K**. Madde Kullanan ve Kullanmayan Erbaş/Erlerin Ebeveyne Bağlanma, Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Stillerinin Karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat, **2014**.

24. **Türkçapar MH, Akdemir A ve Elverici ŞK.** Yatarak tedavi gören bir grup alkol bağımlısında ek psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları, depresyon ve kaygı düzeyleri. 3P Dergisi, **1997**; 5: 29-34.

25. **İnce A, Doğruer Z ve Türkçapar MH.** Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri, **2002**; 5: 82-91.

26. **Karacabey Ç**. Ortaöğretim Öğrencilerinin Aileden Algıladıkları Sosyal Destek İle İntihar Olasılığı Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (İstanbul İli Tuzla İlçesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2012**.

27. **Tam CL & Lim SG**. Perceived social support, coping capability and gender differences among young adults. Sunway Academic Journal, **2009**; 6: 75–88.

28. **Cohen S & Wills TA**. Stres, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, **1985**; 98 (2): 310-357.

29. **Balcıoğlu İ & Abanoz Y.** Madde bağımlılığı, intihar, sanık psikolojisi. Dirim Tıp Gazetesi, **2009**; 84(1): 15-20.

30. **Koyuncu A ve ark.** Eroin Bağımlılarında İntihar Düşüncesi, Planı ve Girişimi. Bağımlılık Dergisi, **2003**; (4):101-104.

31. **Saleem M, Tahir MA, Huda NU**. Perceived social support and clinical anger among drug addicts of southern Punjab, Pakistan. Pak J Commer Soc Sci, **2013**; 7(2): 298-308.

32. **McMahon RC, Kouzekanani K & Malow RM**. A comparative study of cocaine-treatment completers and dropouts. Journal of Substance Abuse Treatment, **1999**; 16(1): 17–22.

33. **Özbay H, Göka E, Mavili Aktaş A ve ark**. Ergenlerde sigara, alkol ve madde kullanımının benlik imajı, depresyon ve anksiyete ölçümleri ile ilişkileri. Düşünen Adam, **1991**; 4(3): 53-58.

34. **Preyde M, Adams G**. Foundations of Addictive Problems. Adolescent Addiction: Developmental, Social and Neurobiological Factors. Adolescent Addiction, 3(16): **2008**.

35. **McDougall J**. Lé'conomie psychique de l'addiction. Revue française de psychanalyse, **2004**; 68: 511-527.

36. **Amerikan psikiyatri birliği**. Ruhsal bozuklukların Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (DSM5) (çev. E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınları, **2014**.

37. **Köknel, Ö**. Bağımlılık - Alkol ve Madde Bağımlılığı. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, **1998**.

38. **Kayaalp SO**. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji (Cilt 1). Ankara: Pelikan Yayınları, **2009**.

39. **Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R**. Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme. İstanbul: Yeşilay Yayınları, **2019**.

40. **Ögel K**. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları, **2010**.

41. **Özden SY**. Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Yayınları, **2004**: 112-126.

42. **Tiffany ST**. A cognitive model of drug urges and durg-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. Psychological Review, **1990**; 97: 147–168.

43. **Kutlu R, Karademirci MM, Denizhan T**. Sigara bırakma tedavisi sırasında bupropion hcl'e bağlı gelişen serum hastalığı benzeri reaksiyon: olgu sunumu. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, **2017**; 21(1): 44-48.

44. **Vengeliene V, Bilbao A, Molander A, Spanagel R**. Neuropharmacology of alcohol addiction. British journal of pharmacology, **2008**; 154(2): 299- 315.

45. **Yörükoğlu, A**. Gençlik çağı/Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar. 11. Baskı, İstanbul: Özgür Yayınları, **1998**.

46. **Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz PR**. Synopsis of Psychiatry. 11th.Ed., United States of America: Lipincott Williams &Wilkins, **2015**.

47. **Iversen L**. Cannabis and the brain. Brain, **2003**; 126(6): 1252-1270.

48. **Öztürk MO, Uluşahin A**. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. İstanbul: Nobel Yayınları, **2011**.

49. **Can MŞ**. İlköğretim II. kademe öğrencilerinde görülen madde bağımlılığı alışkanlığı (Sakarya ili örneği). Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, **2007**.

50. **Ögel K, Taner S ve Yılmazçetin C**. Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Kılavuzu. İstanbul: IQ Kültür-Sanat Yayıncılık, **2003**.

51. **Coşkun F**. Gaziantep Üniversitesi Merkez Kampüsündeki Lisans Öğrencilerinde Alkol ve Madde Kullanma Durumu. Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziantep, **2008**.

52. **Kalyoncu ÖA**. Eroin bağımlılığı. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, **2005**; 1(47): 79-88.

53. **Uzbay İT**. Alkol, Farmakolojik özellikleri ve alkol bağımlılığının nörofarmakolojik yönü. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları (Alkol kullanım bozuklukları ve tedavisi), **1996**; 1(2): 227-254.

54. **Coşkun Ö**. Uçucu madde kullanan ergenlere bilinçlendirme eğitiminin etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2006**.

55. **Şen İ**. Sporda Ergojenik Yardımcılar. Beden Eğilimi ve Spor Bilimleri Dergisi, **2003**; 5(3): 26-31.

56. **Prakash MD, Tangalakıs K, Antonıpıllaı J, Stojanovska L, Nurgalı K, Apostolopoulos V**. Methamphetamine: Effects on the brain, gut and immune system. Pharmacol Res, **2017**; 120: 60-67.

57. **Derdiman RC**. Uyuşturucu Maddeler Hakkında Genel Bilgi ve Uyuşturucu Maddelerle Mücadele Esasları. Akademik Araştırmalar Dergisi, **2006**; (28):103- 122.

58. **Williams JF, Storck M**. Committee on Substance Abuse and Committee on Native American Child Health. Inhalant abuse. Pediatrics, 2007; **119**(5): 1009-1017.

59. **Ünal, E**. Uçucu kullanım bozukluğu olan ergenlerde dikkat, bellek, yürütücü işlevler ve vizyospasyal fonksiyonların değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağılığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2011**.

60. **Sanal Y**. Uzun Yol Araç Sürücülerinde Madde Kullanımı, Maddeye Erişebilirlik ve Madde Testlerine Bakış Açısı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, **2009**.

61. **Hardaway R, Schweitzer J, Suzuki J**. Hallucinogen use disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics, **2016**; 25(3): 489-496.

62. **Ögel K, Erol B**. Çocuklarda Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları, **2005**.

63. **Vega WA, Zimmennan RS, Warheit G, Apospon E, Gil AG**. Risk Factors For Early Adolescent Drug Use In Four Ethnic and Racial Groups. Am J Public Health, **1993**; 83(2):185-189.

64. **Hacıhasanoğlu R, Türkleş S, Yıldırım A, Karakurt P**. Lise Öğrencilerinde Madde Bağımlılığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Bağımlılık Dergisi, **2009**; 10(3): 111-123

65. **Denton RE and Charlene M**. The Relationship Between Family Variables and Adolescent

Substance Abuse: A Literature Riview. Adolescence, **1994**; 29(114): 475-495.

66. **Gorsuch RL, Butler MC**. Initial drug abuse: A review of predisposing social and psychological factors. Psychological Bulletin, **1976**; 83: 120-137.

67. **Demir Özcan N**. Ailedeki Madde Bağımlılığının Ergenin Sapmış Davranışlara Yönelmesindeki Etkisi: Lise Son Sınıf Gençliği Örneği. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, **2006**; 23 (1): 119-129.

68. **Yüncü Z ve Savaş HA**. Madde Kullanım Bozukluklarında Genetik: Bir Gözden Geçirme. Bağımlılık Dergisi, **2007**; 8: 146-152.

69. **Pumarıega AJ, Burakgazı H, Unlu A, Prajapatı P, Dalkılıc A**. Substance abuse: risk factors for Turkish youth. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, **2014**; 24(1): 5-14.

70. **Kulaksızoğlu A**. Ergenlik Psikolojisi. 10 Basım, İstanbul : Remzi Kitapevi, **2008**.

71. **Carlson NR**. Foundations of Physiological Psychology. United States of America: Allynand Bacon, **2005**.

72. **Ögel K**. Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık, **2017**.

73. **Özkan A**. Adana il merkezinde bulunan liselerde okuyan öğrencilerde alkol ve uyuşturucu yatkınlığının araştırılması. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, **2002**.

74. **Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A ve ark.** Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi, **2004**; 15: 112-118.

75. **Taner, S**. Boğaziçi Üniversitesi Lisans Öğrencilerinin Sigara Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı ve Belirtilen Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **2005**.

76. **Türkcan A**. Türkiye'de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, **1999**; 10(4): 310-318.

77. **Evren EC ve Çakmak D**. Damar yolu ile eroin kullananların genel özellikleri. Nöropsikiyatri Arşivi, **2002**; 39(1): 20-26.

78. **Tosun, M**. Madde Bağımlılığına Genel Bakış. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. İstanbul, **2008**.

79. **Wurmser L**. Psychoanalytic Considerations of the Etiology of Compulsive Drug Use. Journal of the American Psychoanalytic Association, **1974**; 22(4): 820-843.

80. **Öztürk O, Uluşahin A**. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, **2015**: 511-554.

81. **Karataşoğlu S**. Yerel Sosyal Politikalar Çerçevesinde Madde Bağımlısı Gençlerin Sosyal Rehabilitasyonu (Karapürçek İlçesi Sosyal Rehabilitasyon Merkezi Projesi). Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, **2009**.

82. **DiClemente CC**. Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover. New York City: Guilford Publications, **2016**.

83. **Hart C, Ksir C, Ray O**. Drugs, Society and Human Behavior. 13th.Ed., McGraw-Hill Humanities, **2008**.

84. **Kadden RM**. Cognitive-Behavior Theraphy for Substance Dependence: Coping Skills Training. Chicago, IL: Illinois Department of Human Sevices Office of Alcoholism and Substance Abuse, **2002**.

85. **Galanter M**. Network therapy for substance abuse: A model for office practice. American Journal of Psychiatry, **1993**; 150: 28–36.

86. **Miller WR, Heather N**. Treating addictive behaviors: Process of Change. New York, Plenum Press, **1986**.

87. **Silverman P**. An Intruduction to Self-help Groups. Eds: White BJ, Madara EJ. The Self-help Group Sourcebook: Your Guide to Community and Online Support Groups. 7th ed, Denville: Saint Clare's Health Services, **2002**.

88. **Seyyar A**. Tasavvufi Sosyal Hizmet Sufilerin Manevi Terapi Yöntemleri. İstanbul: Rağbet Yayınları, **2015**.

89. **Koçak N**. Türkiye'de Uyuşturucu Madde Kullanımını Etkileyen Faktörler. Doktora Tezi, Polis Akademisi Güvenlik Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2014.**

90. **Saxena S, Krug EG, Chestnov O**. Preventing Suicide: A Global İmperative. Geneva: World Health Organization. World Health Organization, **2014**; 89.

91. **Miller K, Barber JG**. Brief Intervention Strategies fort he Prevention of Youth Suicide. Brief Treatment and Crisis Intervention, **2002**; 2 (3): 217-231.

92. **Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis GD, Serra G, Girardi P, Janiri L, Tatarelli R, Sher L, Lester D**. Suicidal Behavior and Alcohol Abuse. International Journal of Environmental Research Public Health, **2010**; 7:1392-1431.

93. **Borges G, Walters EE and Kessler RC**. Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behaviour. American Journal of Epidemiology, **2000**; 151: 781–789.

94. **Stack S**. Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part II: modernization and social integration perspectives. Suicide and Life Threatening Behaviour, **2000**; 30: 163–176.

95. **Dirik G**. Psikolojik sağlığımızı nasıl koruruz? II : Yetişkinlik ve yaşlılık. Karancı AN, Gençöz F ve Bozo Ö (Editörler). Duygu durum bozuklukları. Ankara: ODTÜ Yayıncılık, **2011**: 54-61.

96. **Geçtan, E**. Psikodinamik psikiyatri ve normaldışı davranışlar. İstanbul: Metis Yayınları, **2003**.

97. **Arıkan Z, Kuruoğlu Çepik A, Eltutan H ve Işık E**. Alkol Bağımlılığı ve Depresyon. Düşünen Adam, **2000**; 12(3): 217-221.

98. **Pelissier BMM ve O'Neil JA**. Antisocial personality and depression among incarcerated drug

treatment participants. Journal of Substance Abuse, **2000**; 11 (4): 379-393.

99. **Kitamura T, Kijima N, Watanabe K, Takezaki Y, Tanaka E**. Precedents of percieved social support: Personality and early life experiences. Psychiatry and Clinical Neurosciences, **1999**; 53: 649-654.

100. **Piko B**. Social support and health in adolescence: A factor analytical study. British Journal of Health Psychology, **1998**; 3: 333–344.

101. **Özkan V**. Alkol ve Madde Bağımlılarının Algıladıkları Sosyal Destek Sistemleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep, **2016**.

102. **Aydoğdu H, Olcay Çam M**. Madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan ergenlerin bağlanma stilleri, anne baba tutumları ve sosyal destek algıları yönünden karşılaştırılması. Psikiyatri Hemşireleri Derneği, **2013**; 4(3): 137-144.

103. **Tanrıverdi D, Çuhadar D, Durmaz H, Kaplan V, Özkan S**. Treatment motivation and Social Support Levels Among İndividuals with Substance Use Disorders and İnfluencing Factors. Journal of Substance Use, 2020; 25(3): 264-270.

104. **Baziki Çetin S, Peker İ, Fedai ÜA.** Madde Kullanım Bozukluğu ile Hastaneye Yatırılan Hastalarda Depresyonun Şiddeti ve Algılanan Sosyal Desteğin İntihar Düşüncesi Üzerindeki Etkisi. Bağımlılık Dergisi, **2024**; 25(3): 262-270.

105. **Cull JG, Gill WS**. Suicide Probability Scale (SPS) Manual. Los Angeles: Western Psychological Services, **1988**.

106. **Eskin, M**. Age specific suicide rates and the rates of increase, and suicide methods in Sweden and Turkey: A comparison of the official suicide statistics. Reports from the Department of Psychology, Stockholm University, No:772, **1993**.

107. **Şahin NH, Batıgün AD**. Yaşamı sürdürme nedenleri ve intihar olasılığı. Yayınlanmamış çalışma, **2000**.

108. **Batıgün, A.D**. Gençler ve intihar: Diğer yaş gruplarıyla farklılaşan özellikler. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **2002**.

109. **Beck AT, Ward C, Mendelson M**. Beck Depression Inventory (BDI). Arch Gen Psychiatry, **1961**; 4: 561-571.

110. **Hisli N**. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirliği. Psikoloji Dergisi, **1989**; 23: 3-13.

111. **Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK**. The Multidimensional Scale of Percieved Social Support. J Pers Assess, **1988**; 52: 30-41.

112. **Eker D, Arkar H, Yaldız H**. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, **2001**; 12 (1): 17-25.

113. **Kristenson M ve ark**. Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. Social Science and Medicine, **2004**; 58(8):1511-1522.

114. **Cooper D ve ark**. The health hazards of unemployment and poor education: The socioeconomic determinants of health duration in the European Union. Economics and Human Biology (baskıda), **2006**

115. **McGee RE, Thompson NJ.** Unemployment and Depression Among Emerging Adults in 12 States, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2010. Prev Chronic Dis., **2015**;12: 1-11.

116. **Yalaki Z, Çakır İ, Taşar MA, Yalçın N, Dallar Bilge Y**. Anne ve Ergenlerdeki Depresif Belirtilerin Ergen İntiharları ile İlişkisi. Dicle Tıp Dergisi, **2012**; 39(3): 350-358.

117. **Odağ C**. İntihar (Özkıyım)-Tanım, Kuram, Sağaltım. İzmir: İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları, **1985**; 5-95.

118. **Yüksel N**. İntiharın Nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, **2001**; 4: 5-15.

119. **Özgüven E**. Güvenirlik ve Geçerlik: Psikolojik Testler. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, **2007**:83-108.

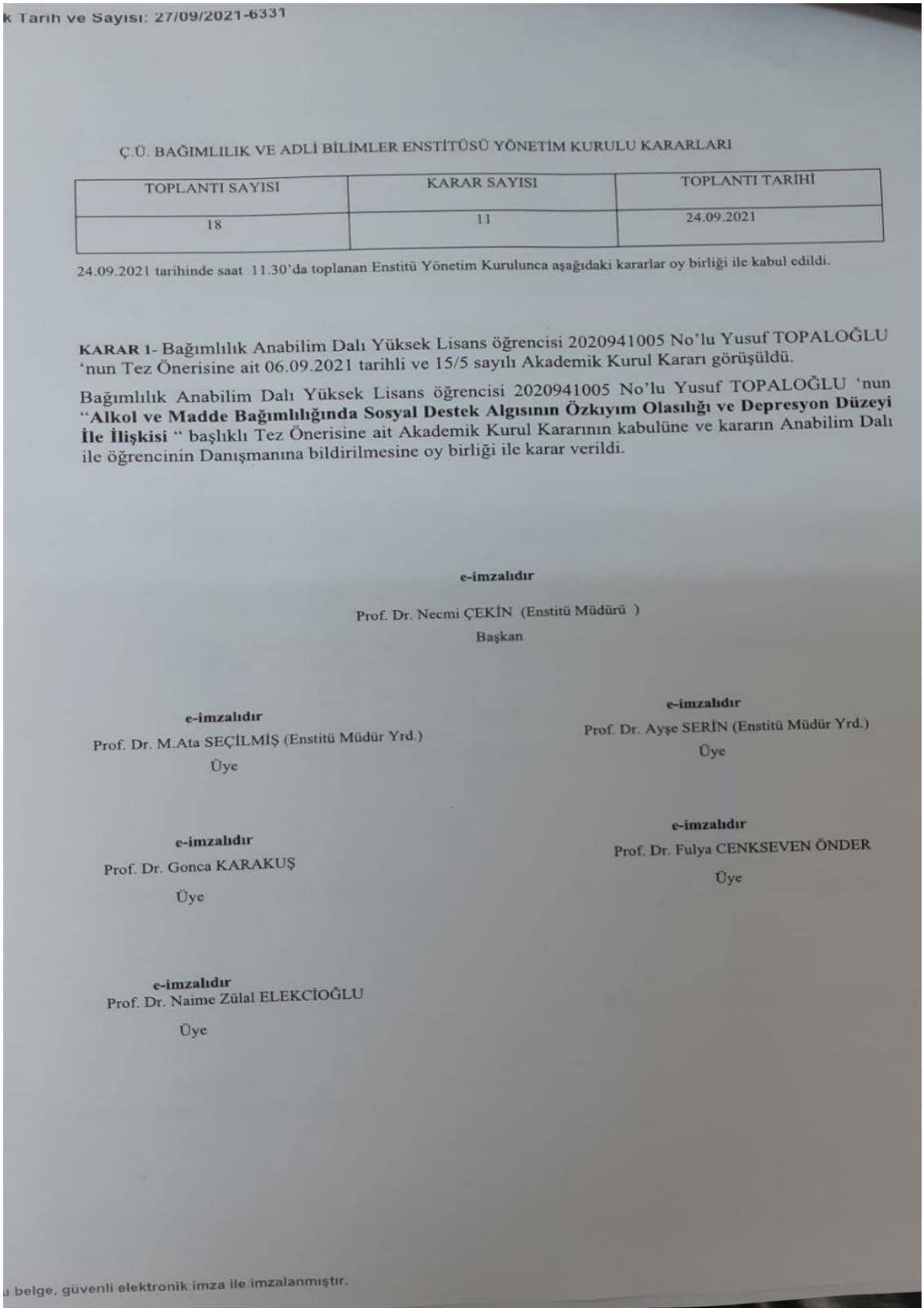
120. **Dragisic T, Dickov A, Dickov V, Mijatovic V**. Drug Addiction as Risk for Suicide Attempts. Mater Sociomed, **2015**; 27(3) : 188-191.

121. **Dorling D, Gunnell D**. Suicide: The Spatial And Social Components Of Despair İn Britain 1980–2000. Trans Inst Br Geogr, **2003**; 28: 442–460

EKLER

Ek-1. Etik Kurul İzni

Ek-2. Araştırma Kurulu Onay Yazısı



k Tarih ve Sayısı: 27/09/2021-6331

Ç.Ü. BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI

TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI	TOPLANTI TARİHİ
18	11	24.09.2021

24.09.2021 tarihinde saat 11.30'da toplanan Enstitü Yönetim Kurulunca aşağıdaki kararlar oy birliği ile kabul edildi.

KARAR 1- Bağımlılık Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi 2020941005 No'lu Yusuf TOPALOĞLU 'nun Tez Önerisine ait 06.09.2021 tarihli ve 15/5 sayılı Akademik Kurul Kararı görüşüldü.

Bağımlılık Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi 2020941005 No'lu Yusuf TOPALOĞLU 'nun "**Alkol ve Madde Bağımlılığında Sosyal Destek Algısının Özkıyım Olasılığı ve Depresyon Düzeyi İle İlişkisi** " başlıklı Tez Önerisine ait Akademik Kurul Kararının kabulüne ve kararın Anabilim Dalı ile öğrencinin Danışmanına bildirilmesine oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Necmi ÇEKİN (Enstitü Müdürü)
Başkan

e-imzalıdır
Prof. Dr. M.Ata SEÇİLMİŞ (Enstitü Müdür Yrd.)
Üye

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ayşe SERİN (Enstitü Müdür Yrd.)
Üye

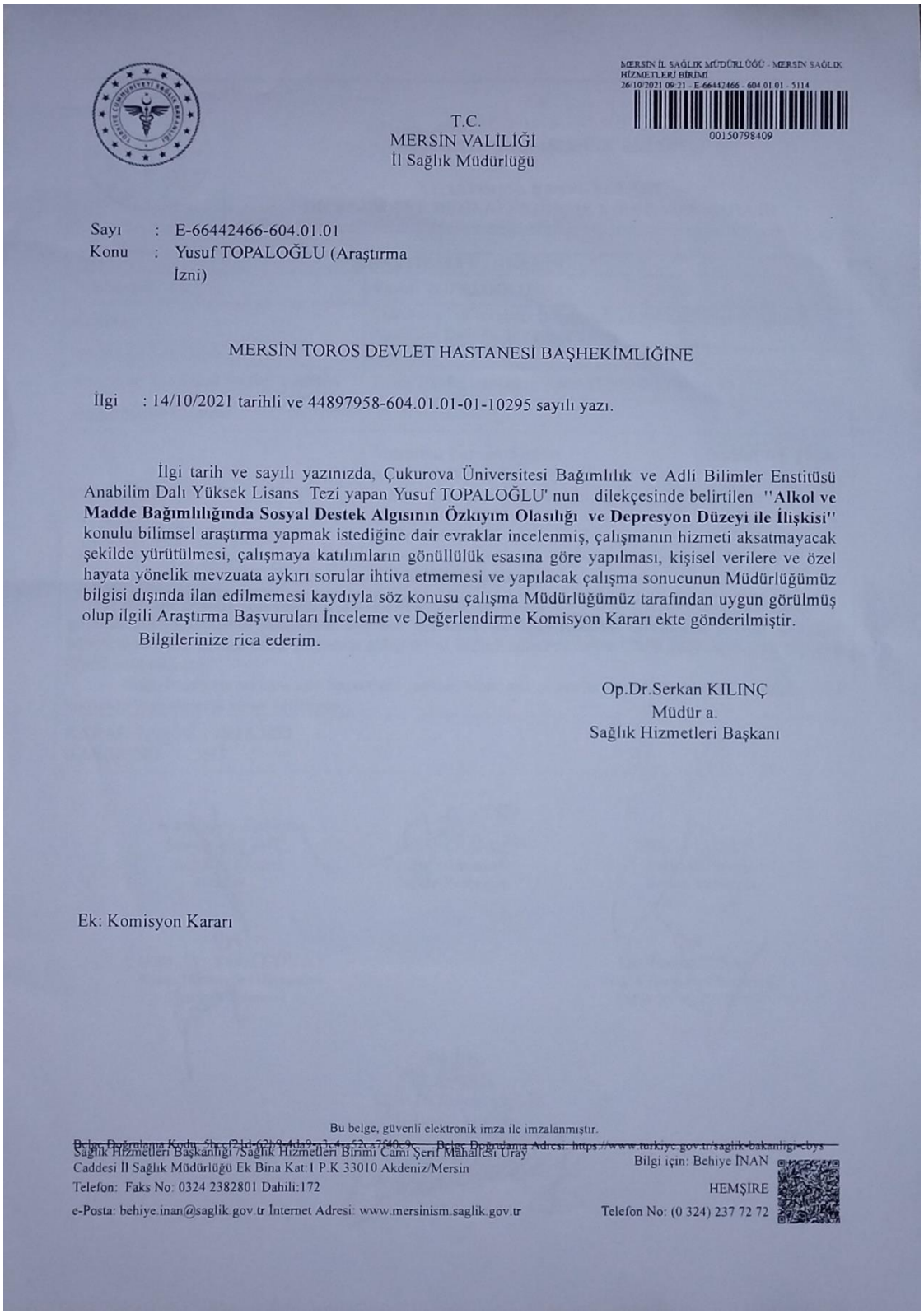
e-imzalıdır
Prof. Dr. Gonca KARAKUŞ
Üye

e-imzalıdır
Prof. Dr. Fulya CENKSEVEN ÖNDER
Üye

e-imzalıdır
Prof. Dr. Naime Zülal ELEKCİOĞLU
Üye

u belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-3. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Resmi İzin Yazısı



T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MERSİN SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
26/10/2021 09:21 - E-66442466 - 604.01.01 - 5114
00150798409

Sayı : E-66442466-604.01.01
Konu : Yusuf TOPALOĞLU (Araştırma İzni)

MERSİN TOROS DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 14/10/2021 tarihli ve 44897958-604.01.01-01-10295 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazınızda, Çukurova Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi yapan Yusuf TOPALOĞLU' nun dilekçesinde belirtilen "**Alkol ve Madde Bağımlılığında Sosyal Destek Algısının Özkıyım Olasılığı ve Depresyon Düzeyi ile İlişkisi**" konulu bilimsel araştırma yapmak istediğine dair evraklar incelenmiş, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayata yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva etmemesi ve yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla söz konusu çalışma Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup ilgili Araştırma Başvuruları İnceleme ve Değerlendirme Komisyon Kararı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Op.Dr.Serkan KILINÇ
Müdür a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Komisyon Kararı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 5bccf21d-62b9-4da2-a3c4-a52ca7f40c9c Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Sağlık Hizmetleri Başkanlığı/Sağlık Hizmetleri Birimi Cami Şerif Mahallesi Uray Caddesi İl Sağlık Müdürlüğü Ek Bina Kat:1 P.K 33010 Akdeniz/Mersin
Telefon: Faks No: 0324 2382801 Dahili:172
e-Posta: behiye.inan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.mersinism.saglik.gov.tr

Bilgi için: Behiye İNAN
HEMŞİRE
Telefon No: (0 324) 237 72 72

Ek-4. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Komisyon Kararı

Ek-5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

EK- 4

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	Kesinlikle Hayır	2	3	4	5	6	Kesinlikle Evet
1.Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
2.İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
3.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
4.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
5.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
6.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
7.Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
9.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
10.Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
11.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

Ek-6. Beck Depresyon Ölçeği

Ek- 5

Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekten umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekten beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışamıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok

19)	a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20)	a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21)	a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 23, 3-13.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma, Psikoloji Dergisi, 22, 118-126.

Ek-7. İntihar Olasılığı Ölçeği

İntihar Olasılığı Ölçeği

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size %70 uygun ise %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç uygun değilse %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin.

	Size Uygunluk Derecesi			
	% 0	**% 30**	**%70**	**%100**
1. . Kızınca bir şeyler fırlatırım.	( )	( )	( )	( )
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var.	( )	( )	( )	( )
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.	( )	( )	( )	( )
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
5. Çok fazla sorumluluğum var.	( )	( )	( )	( )
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.	( )	( )	( )	( )
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.	( )	( )	( )	( )
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.	( )	( )	( )	( )
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.	( )	( )	( )	( )
11. Ölürsem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.	( )	( )	( )	( )
12. Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.	( )	( )	( )	( )

13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.	( )	( )	( )	( )
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
16. Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.	( )	( )	( )	( )
17. Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.	( )	( )	( )	( )

	Size Uygunluk Derecesi			
	% 0	**% 30**	**%70**	**%100**
18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.	( )	( )	( )	( )
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.	( )	( )	( )	( )
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
24. Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.	( )	( )	( )	( )
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )

26. Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.	( )	( )	( )	( )
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.	( )	( )	( )	( )
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.	( )	( )	( )	( )
31. Para konusu beni endişelendiriyor.	( )	( )	( )	( )
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.	( )	( )	( )	( )
33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
34. Kızınca bir şeyler kırarım.	( )	( )	( )	( )
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.	( )	( )	( )	( )
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.	( )	( )	( )	( )

Batıgün, A.D. (2002). Gençler ve intihar: Diğer yaş gruplarıyla farklılaşan özellikler. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Batıgün, A.D. ve Şahin, N.H. (2003). Öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik gençlik intiharlarının habercisi olabilir mi? Türk Psikoloji Dergisi, 18(51), 37-59.

Cull, J.G. & Gill, W.S. (1988). Suicide Probability Scale (SPS) Manual. Los Angeles: Western Psychological Services

Ek-8. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu

1- Yaşınız : .....

2- Eğitim Durumu

☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü

3- Çalışma Durumu

☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

4- Medeni Durum

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış

5- Çocuğunuz var mı ?

☐ Evet ☐ Hayır

6- Kiminle beraber yaşıyorsunuz ?

☐ Çekirdek Aile (Eş, çocuklar veya anne, baba, kardeş) ☐ Geniş aile (anne ,baba kardeş, diğer akrabalar) ☐ Arkadaşlar ☐ Yalnız ☐ Diğer

7- Ebeveynleriniz hayatta mı ?

☐ Anne ve baba sağ ☐ Anne sağ, baba değil ☐ Baba sağ, anne değil ☐ Anne ve baba sağ değil

8- Sık kullandığınız ve asıl tedavi olmak istediğiniz madde nedir ?

☐ Alkol ☐ Esrar ☐ Ekstazi ☐ Eroin ☐ Kokain ☐ Taş (Krak kokain)

☐ Rivotril (Roş), Rohipnol gibi haplar ☐ Uçucu Maddeler

☐ Amfetamin Türevleri (Metamfetamin, ice vb.) ☐ LSD ☐ Diğer

9- Kaç yıldır madde kullanıyorsunuz : .....

10- Kaç yıldır bağımlılık tedavisi görüyorsunuz : .....

11- Alkol ve madde bağımlılığı sebebiyle daha önceden yatılı tedavi gördünüz mü ? Gördüyseniz kaç defa gördünüz ?

☐ Evet ☐ Hayır

Yatılı bağımlılık tedavi sayısı : .....

12- Suç kaydınız var mı ?

☐ Evet ☐ Hayır

13- Daha önceden intihar girişiminde bulundunuz mu ?

☐ Evet ☐ Hayır

Ek-9. Bilgilendirilmiş Onam Formu

EKLER

EK- 2

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Yapmayı planladığımız 'Alkol ve Madde Bağımlılığında Sosyal Destek Algısının Özkıyım Olasılığı ve Depresyon Düzeyi ile İlişkisi' adlı yüksek lisans tez çalışmamızda sizi gönüllü olmaya davet ediyoruz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşması ve doğru sonuçlar alınabilmesi için sizden beklenen; doldurmanız için verilen formları dikkatlice okumanız ve tarafınıza yöneltilen sorulardan kendinize en uygun olanını içtenlikle yanıtlamanızdır. Soruların doğru bir cevabı yoktur. Anlamadığınınız sorularda yardım isteyebilirsiniz. Araştırmaya katılmayı onaylamanız halinde kişisel bilgileriniz özenle korunacak ve kimlik bilgileriniz üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Araştırma verileri yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Bu araştırmanın sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir ancak bu durumda da kimlik bilgileriniz kesinlikle açıklanmayacaktır. Bu yüzden soruları dürüstçe cevaplamanız önemlidir.

Doldurmanız için verilecek formlar : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve Kişisel Bilgi Formu. İsteğiniz doğrultusunda çalışmaya katılmayabilir veya soruları yanıtlamaya başladıktan sonra istediğiniz bir kısımda bırakabilirsiniz. Size verilen bu bilgilendirilmiş onam formunu imzalayıp teslim etmeniz, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir.

Saygılarımla,

Psk. Dan. Yusuf Topaloğlu

Çukurova Üniversitesi Bağımlılık Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi

Yukarıda belirtilen açıklamaları ve haklarımı okudum, anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızam ile hiçbir baskı, zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı:

İmza: