



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU
HASTALARINDA DAMGALANMA VE BENLİK SAYGISI İLE
RELAPSLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

HANİFE ÖZKAN YAVAŞ

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. AHMET BÜLENT YAZICI

2023-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU
HASTALARINDA DAMGALANMA VE BENLİK SAYGISI İLE
RELAPSLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

HANİFE ÖZKAN YAVAŞ

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. AHMET BÜLENT YAZICI

2023-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tez Sahibi : Hanife Özkan Yavaş

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Hastalarında
Damgalanma ve Benlik Saygısı ile Relapslar Arasındaki
İlişkinin Araştırılması

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu
ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay dayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez ../../202.. tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

../../202..
Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04/03/2022 tarihinde onay alarak hazırlanmıştır.

Tarih:../../..

DR. Hanife Özkan Yavaş

İmza

TEŞEKKÜR

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerini ve deneyimlerini benimle içtenlikle paylaşan, gelişimimi her zaman destekleyen değerli hocalarım Prof. Dr. Atila Erol, Prof. Dr. Ali Savaş Çilli, Prof. Dr. Esra Yazıcı ve Doç. Dr. Ahmet Bülent Yazıcı'ya,

Tezimin her aşamasında bana destek olan, emek ve yardımları için minnettar olduğum kıymetli hocam Doç. Dr. Ahmet Bülent Yazıcı'ya,

Tez sürecim boyunca yardımları ve desteği ile başta Latif Koyun olmak üzere, dört yıllık uzmanlık eğitimi süresince beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum, çalışma ortamımızı güzelleştiren tüm asistan arkadaşlarıma,

Psikiyatri Kliniği Kadın, Erkek, AMATEM servislerinde ve polikliniklerde birlikte çalıştığım tüm hemşire, sekreter, psikolog ve yardımcı sağlık personeline,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Hayatım boyunca yanımda olan, bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan ve hayattaki en büyük şansım olan canım aileme,

Varlığı ve sevgisiyle hayatımın her anına neşe katan, sabrı ve desteği ile tüm zorlukların üstesinden gelmeme yardımcı olan canım eşim Nurullah'a ve sayesinde kazandığım ikinci aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu	3
2.1.1. Tanımlar ve temel kavramlar	3
2.1.2. Tanı kriterleri	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	4
2.1.4. Risk faktörleri	5
2.1.5. Koruyucu faktörler.....	7
2.1.6. Tedavi	7
2.1.7. Tedavide relapsların önemi.....	7
2.2. Damgalanma (Stigmatizasyon)	8
2.2.1. Alkol ve madde kullanımı ile damgalanma	10
2.3. Benlik Kavramı ve Benlik Saygısı	13
2.3.1. Alkol ve madde kullanımı ile benlik saygısı	15
2.4. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunda Damgalama ve Benlik Saygısı İlişkisi	16

3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	18
3.2. Araştırmanın Örneklemi	18
3.2.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri	18
3.2.2. Araştırmanın dışlama kriterleri	19
3.3. Uygulama	19
3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.4.1. Sosyodemografik veri formu (Ek-2)	20
3.4.2. Madde kullanımında damgalama mekanizması ölçeği (Ek-3)	20
3.4.3. Rosenberg benlik saygısı ölçeği (Ek-4)	21
3.4.4. Bağımlılık profil indeksi (Ek-5)	21
3.4.5. Değişime hazır olma ve tedaviyi isteme ölçeği (SOCRATES, SOCRATES-M) (Ek-6)	21
3.4.6. Tedavi motivasyon anketi (Ek-7)	21
3.4.7. Penn alkol aşırma ölçeği (PAAÖ) (Ek-8)	22
3.4.8. Madde aşırma ölçeği (Ek-9)	22
3.4.9. Alkol yoksunluğu değerlendirme ölçeği (CIWA-Ar) (Ek-10)	22
3.4.10. Klinik opiyat yoksunluk ölçeği (KOYÖ) (Ek-11)	22
3.5. İstatiksel Analiz	22
4. BULGULAR	24
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	24
4.2. Hastaların Klinik Özellikleri	25
4.3. Hastaların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı ile İlgili Özellikleri	26
4.4. Hastalara Uygulanan Ölçeklerin Ortalama Puanları	29
4.5. Damgalanma ve Benlik Saygısının Relapslarla İlişkisine Dair Bulgular	30
4.6. Relapslarla İlişkili Olabilecek Diğer Etmenlere Dair Bulgular	32

4.7. Relaps Gelişimini Ön Gördürücü Faktörlerin Belirlenmesi İçin Yapılan Lojistik Regresyon Modeli	41
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	46
6. KAYNAKLAR	53
7. EKLER.....	63
7.1. EK-1: Etik kurul kararı	63
7.2. EK-2: Sosyo Demografik Veri Formu	64
7.3. EK-3: Madde Kullanımında Damgalama Mekanizması Ölçeği.....	66
7.4. EK-4: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	68
7.5. EK-5: Bağımlılık Profil İndeksi	69
7.6. EK-6: Değişime Hazır Olma ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES, SOCRATES-M)	75
7.7. EK-7: Tedavi Motivasyon Anketi	76
7.8. EK-8: Penn Alkol Aşerme Ölçeği (PAAÖ).....	77
7.9. EK-9: Madde Aşerme Ölçeği	78
7.10. EK-10: Alkol Yoksunluğu Değerlendirme Ölçeği (CIWA-Ar)	79
7.11. EK-11: Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği (KOYÖ).....	81

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

AKB: Alkol Kullanım Bozukluğu

AMATEM: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

AMKB: Alkol Madde Kullanım Bozukluğu

BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi

CIWA-Ar: Alkol Yoksunluğu Değerlendirme Ölçeği

DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HIV: Human Immunodeficiency Virus

ICD: International Classification of Diseases and Related Health Problems

KB: Kişilik Bozukluğu

KOYÖ: Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği

MAÖ: Madde Aşırme Ölçeği

MDB: Major Depresif Bozukluk

MKB: Madde Kullanım Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKKB: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

PAAÖ: Penn Alkol Aşırme Ölçeği

TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

SAMBA: Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı

SEAH: Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SCID-5: Structured Clinical Interview for DSM-5

SCID-5-PD: The Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders

SOCRATES: Değişime Hazır Olma ve Tedaviyi İsteme Ölçeği

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

SU-SMS: Madde Kullanımında Damgalanma Mekanizması Ölçeği

UNODC: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1. Örneklem seçimi.....	18
Şekil 4. 1. Hastaların 6. ayda relaps olma durumu	29
Şekil 4. 2. Hastaların Benlik Saygısı Düzeylerine göre 6. Ayda Relaps Durumları..	32



TABLO LİSTESİ

Tablo 4. 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri	25
Tablo 4. 2. Hastaların klinik özellikleri.....	26
Tablo 4. 3. Hastaların sigara, alkol ve madde kullanım özellikleri.....	27
Tablo 4. 4. Hastaların 1., 3. ve 6. ay sonundaki relaps durumları	28
Tablo 4. 5. Hastalara uygulanan ölçeklerin puan ortalamaları.....	30
Tablo 4. 6. Madde Kullanımında Damgalama Mekanizması Ölçeğinin alt ölçekleri ile 1, 3 ve 6. ay relaps verilerinin ilişkisi	30
Tablo 4. 7. Rosenberg benlik saygısı ölçeği ile 1, 3 ve 6. ay relaps verilerinin ilişkisi	31
Tablo 4. 8. Birinci ay relaps oranlarının sosyodemografik ve klinik (kategorik) değişkenlere göre karşılaştırılması.....	33
Tablo 4. 9. Demografik ve klinik veriler ile 3. ay relaps oranlarının karşılaştırması	34
Tablo 4. 10. Demografik ve klinik veriler ile 6. ay relaps oranlarının karşılaştırması	36
Tablo 4. 11. Birinci ay relapsları ile sürekli değişken özelliğine sahip klinik veriler ve ölçek puanlarının karşılaştırmaları	37
Tablo 4. 12. Üçüncü ay relapsları ile sürekli değişken özelliğine sahip klinik veriler ve ölçek puanlarının karşılaştırmaları	39
Tablo 4. 13. Altıncı ay relapsları ile sürekli değişken özelliğine sahip klinik veriler ve ölçek puanlarının karşılaştırmaları	40
Tablo 4. 14. Birinci ayda relaps gelişimini ön gördüren faktörlerin belirlenmesi için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları.....	42
Tablo 4. 15. Üçüncü ayda relaps gelişimini ön gördüren faktörlerin belirlenmesi için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları.....	43
Tablo 4. 16. Altıncı ayda relaps gelişimini ön gördüren faktörlerin belirlenmesi için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları.....	45

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Alkol ve madde kullanım bozukluğu (AMKB) tedavisinde en önemli sorunlardan biri yüksek relaps oranlarıdır ve literatürde yüksek relapsla ilişkili faktörleri inceleyen az sayıda çalışma vardır. Ayrıca yüksek damgalanma ve düşük benlik saygısının AMKB tedavisindeki olumsuz etkileri bilinmesine rağmen relapslarla ilişkisinin araştırıldığı çalışmalar sınırlıdır. Bu nedenle çalışmamızda AMKB hastalarında damgalanma ve benlik saygısının relapslar ile ilişkisinin incelenmesini amaçladık. Çalışmanın hipotezi yüksek damgalanma puanlarının ve düşük benlik saygısının yüksek relaps oranları ile ilişkili olduğudur.

YÖNTEM: Çalışmaya SEAH Yataklı Arındırma Merkezi'nde yatarak tedavi gören 102 hasta dahil edildi. Hastalara DSM-5 temelli yapılandırılmış tanı görüşmesi, sosyodemografik veri formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Madde Kullanımında Damgalanma Mekanizması Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi-Öz bildirim Ölçeği uygulandı. Ayrıca çalışmada klinik rutinde uygulanmakta olan bazı ölçeklerden yararlanıldı. Hastalar taburculuk sonrasındaki 1. 3. ve 6. Aylarda kendileri ve birinci derece yakınları ile yapılan telefon görüşmeleri aracılığıyla relaps açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Altıncı ay sonunda hastaların %69,6'sının relaps olduğu görülmüştür. Tedavi sonrası relaps olan ve olmayan grupların damgalanma düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Oluşturulan regresyon modellerine göre düşük benlik saygısının tedavi sonrası 6. Ayda yüksek relaps oranını öngördüğü bulunmuştur. Benlik saygısı orta düzey olan hastaların benlik saygısı düşük olan hastalara göre relaps olma olasılığı daha düşüktür. Hastaların geçmişte bağımlılık nedeniyle yatış sayısının fazla olmasının, başlangıç aşerme puanının yüksekliğinin, tedavi süresince uygulanan SAMBA programını tamamlamamış olmanın ve daha önce bağımlılık nedeniyle tedavi başvurusunun olmamasının tüm aylarda yüksek relaps oranını öngördüğü bulunmuştur. Fiziksel hastalık varlığı erken dönemde (1 ve 3 ay) düşük relaps olasılığı ile ilişkili iken düşük gelir düzeyi 6. ayda yüksek relaps olasılığını öngörmektedir.

SONUÇ: Relapsla ilgili risk faktörlerinin belirlenmesi tedavi stratejilerinin geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu çalışma, literatürde bu alanda yapılan az sayıda izlem çalışmalarından biridir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisinde yeni yaklaşımların geliştirilebilmesi için daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Alkol, benlik saygısı, damgalama, madde, relaps.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN STIGMATIZATION AND SELF-ESTEEM AND RELAPSES IN ALCOHOL AND SUBSTANCE USE DISORDER PATIENTS

INTRODUCTION AND AIM: One of the most important problems in the treatment of alcohol and substance use disorder (ASUD) is high relapse rates and there are few studies in the literature examining the factors associated with high relapse rates. Although the negative effects of high stigmatization and low self-esteem in the treatment of ASUD are known, studies investigating their relationship with relapses are limited. Therefore, in our study, we aimed to examine the relationship between stigmatization and self-esteem and relapses in patients with BPD. The hypothesis of the study is that high stigmatization scores and low self-esteem are associated with high relapse rates.

MATERIALS AND METHODS: The study included 102 patients receiving inpatient treatment at SEAH Addiction Inpatient Detoxification Center. DSM-5 based structured diagnostic interview, sociodemographic data form, Rosenberg Self-Esteem Scale, Stigma Mechanism in Substance Use Scale and BAPI were applied to the patients. In addition, some scales used in clinical routine were utilized in the study. Patients were evaluated for relapse through telephone interviews with themselves and their first-degree relatives at the 1st, 3rd and 6th months after discharge.

RESULTS: At the end of the sixth month, 69.6% of the patients relapsed. There was no significant difference between the stigmatization levels of the groups with and without relapse after treatment. According to the regression models, low self-esteem was found to predict a high relapse rate at 6 months after treatment. Patients with moderate self-esteem were less likely to relapse than patients with low self-esteem. It was found that the high number of hospitalizations due to addiction in the past, high craving score on the first day of hospitalization, not completing the SAMBA program applied during treatment and not having a previous treatment application due to addiction predicted a high relapse rate in all months. While the presence of physical illness was associated with a low relapse rate in the early period, low income level predicted a high relapse rate at the end of the 6th month.

CONCLUSION: Determining the risk factors for relapse is important for the development of treatment strategies. This study is one of the few follow up studies in this field in the literature. Further research is needed to develop new models for the treatment of alcohol and substance use disorders.

Keywords: Alcohol, self esteem, stigma, substance, relapse

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Madde bağımlılığı remisyon ve relaps dönemleri ile giden, yaşam boyu devam eden kronik bir süreçtir ve maddenin etkilerine tolerans gelişmesi, madde alınmadığında yoksunluk belirtilerinin görülmesi, zamanın büyük ölçüde madde kullanımına ayrılması, kullanım miktarının kontrol edilememesi, zarar görecektir olmaya rağmen kullanıma devam edilmesi, başarısız bırakma girişimleri gibi belirtilerin varlığı ile tanımlanır (Ögel, 2010; Ögel ve ark., 1998).

Relaps, alkol ve madde bağımlılığıyla mücadele eden bir kişinin tedavi sürecinde bir süre temiz kaldıktan sonra tekrar eski miktar ve sıklıkta alkol/madde kullanmasını ve bağımlılık davranışlarına geri dönmesini ifade eder (Ögel ve ark., 1998).

2014 yılında DSÖ'nün yaptığı araştırmada, Türkiye'de hayat boyu alkol kullanmama oranı %79,6 son 12 ayda alkol kullanım prevalansı %2,7 ve alkol bağımlılığı prevalansı %0,8'dir (WHO, 2014). Türkiye'de genel nüfusta 42000 kişi üzerinde 2018 yılında yapılan araştırma raporunda alkollü içecek kullanmanın yaşam boyu yaygınlığı %22,1, son 1 yılda kullanma yaygınlığı %12,6 olarak bildirilmiştir. Yaşam boyu en az bir kere madde kullanma oranı %3,1 bulunmuştur (İçişleri Bakanlığı, 2018).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu giderek yaygınlaşan önemli bir halk sağlığı sorunudur ve tedavide relaps oranının yüksekliği önemli bir güçlüktür (Brownell ve ark., 1986).

Tedavi sonrası 6 ay içinde madde kullanımına tekrar başlama oranları %40 ila %93 arasında değişmektedir (Abuse, 2007). Relaps prevalansının yüksek olması, tedavi sonuçlarının ve bireylerin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi, tedavi stratejileri açısından relapsa duyarlı yaklaşımların önemini arttırmaktadır.

Damgalama; ruhsal hastalık varlığı, madde kullanımı, fiziksel yetersizliğin olması veya etnik köken gibi özellikler nedeniyle bir kişi veya bir grubun ayıplı, gözden düşmüş olarak olumsuz biçimde değerlendirilmesidir. (Goffman, 1997).

Benlik saygısı kişinin kendisini olduğu gibi, yani olduğundan daha üstün ya da aşağı görmeksizin değerdendirmesi sonucunda ulaştığı benlik kavramından memnun olma halidir. Kendini olduğu gibi kabullenip, olumlu, sevmeye ve beğenilmeye değerd görmesidir (Yörükoğlu, 1986).

Daha önce yapılan araştırmalarda AMKB hastalarında damgalamanın normal topluma göre yüksek olduğu gösterilmiştir (Crapanzano ve ark., 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, en damgalayıcı koşullardan bazılarıyla (örneğin evsiz olmak, HIV pozitif olmak, sabıka kaydına sahip olmak) ilişkili damgalamayı incelemek için 14 ülkede yürütölen bir çalışmada uyuşturucu kullanımının en çok damgalanan durum olduğu, alkol kullanımının ise 4. sırada yer aldığı bildirilmiştir (Room ve ark., 2001).

Damgalanmanın içşelleştirilmesi sonucunda bireylerin sosyal etkileşimlerinde bozulma, akademik ve mesleki başarılarında düşme ve benlik saygısında azalma olmaktadır (Luoma ve ark., 2010; Luoma ve ark., 2007).

Damgalanmanın yüksek olması ve benlik saygısının düşük olmasının AMKB’de tedavi sürecini olumsuz etkilediğı bilinmektedir (Luoma ve ark., 2014) Ancak literatüre bakıldığında damgalama ve benlik saygısının relapslarla ilişkisinin incelendiğı çalışmaları sınırlı olduğu görölmektedir.

Biz bu çalışmada AMKB hastalarında damgalanma ve benlik saygısının relapslar ile ilişkisinin incelenmesini amaçladık. Çalışmamızın birinci hipotezi AMKB hastalarında damgalanmanın yüksek olmasının, yüksek relaps oranı ile ilişkili olduğu ve bu ilişkinin hastaların klinik ve sosyodemografik özelliklerinden bağımsız olduğu şeklindedir. İkinci hipotezimiz ise aynı hasta grubunda benlik saygısının düşük olmasının, yüksek relaps oranı ile ilişkili olduğu ve hastaların düşük benlik saygısının klinik ve sosyodemografik özelliklerinden bağımsız olarak relapsları etkilemekte olduğu şeklindedir. Ayrıca çalışmamızda hem relapsları hem de damgalanma ve benlik saygısını etkileyebilecek major ruhsal rahatsızlıkları ve kişilik bozukluklarını SCID I ve SCID II ile tarayarak araştırmayı hedefledik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

2.1.1. Tanımlar ve temel kavramlar

Alkol ve madde kullanım bozukluğu remisyon ve relaps dönemleri ile giden ve yaşam boyu devam eden kronik bir hastalıktır (Ögel ve ark., 1998).

Bağımlılık; madde kullanımıyla ilişkili olarak tolerans veya yoksunluk gibi durumların gelişmesi, zamanın büyük ölçüde madde kullanımına ayrılması, kullanım miktarının kontrol edilememesi, zarar görecektir olmaya rağmen kullanıma devam edilmesi, başarısız bırakma girişimleri gibi durumların görüldüğü bir sendromdur (Ögel, 2010).

Zehirlenme (İntoksikasyon); alkol veya maddenin yüksek dozda kullanımını sonucu merkezi sinir sistemi ve diğer sistemlerin etkilenmesiyle ortaya çıkan değişikliklerdir (Ögel ve ark., 1998; Sadock, 2015).

Yoksunluk; uzun süre ve çok miktarda kullanılan alkol veya maddenin aniden kesilmesi veya kullanılan miktarın azaltılması sonucu, kişide belirgin sıkıntıya yol açan fiziksel ve ruhsal belirtilerin ortaya çıkmasıdır (Ögel, 2010).

Tolerans; aynı miktarda alkol veya madde kullanılmasına rağmen ortaya çıkan etkinin azalmasıdır. Tolerans gelişimi doz artımı ile ilişkilidir (Koob, 2006).

Çapraz tolerans; bir ilaca veya maddeye tolerans geliştikten sonra benzer farmakolojik etkilere sahip başka bir ilaç veya maddeye tolerans gelişmesidir (Sadock ve ark., 2016).

Yatışma (remisyon); kişinin belirli bir süre alkol veya hiçbir maddeyi kullanmaması durumudur. Süre 3-12 ay arasında ise erken yatışma, 12 aydan uzun ise sürekli yatışma denir (Ögel, 2010).

Sürçme (slip); kişinin yatışma dönemindeyken bir defa veya 24 saatten kısa süre alkol veya madde kullanmasıdır (Ögel ve ark., 1998).

Kayma (laps); kişinin sürçmeden daha uzun alkol veya madde kullanımıdır. Yoksunluk bulgusu oluşacak yoğunlukta kullanılmaz. Depreşme ile sürçme arasındaki dönemidir (Ögel, 2010).

Depreşme (relaps, nüks); remisyon dönemindeyken tekrar yoğun bir şekilde alkol/madde kullanmaya başlamadır (Ögel, 2010).

2.1.2. Tanı kriterleri

Alkol ve madde kullanım bozuklukları DSM 5'te 'Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları' bölümünde tanımlanır ve maddenin istenilenden daha fazla miktarda ya da daha uzun süreyle kullanılması, maddeyi bırakmaya yönelik çabaların sonuçsuz kalması ya da madde kullanımındaki denetimin ortadan kalkması, maddeyi temin etmek, kullanmak, etkilerinden kurtulmak gibi madde ile ilişkili etkinliklere fazla zaman ayrılması, madde kullanmaya yönelik yoğun istek duyma, kendini madde kullanmaya zorlanmış hissetme, yineleyici madde kullanımı nedeniyle iş, okul, ev gibi ortamlarda görev ve sorumlulukların yerine getirilememesi, madde etkileri nedeniyle ortaya çıkan ya da şiddetlenen, sürekli ve tekrarlayan toplumsal ya da kişiler arası sorunlara rağmen madde kullanımının devam ettirilmesi, tehlikeli olabilecek durumlarda yineleyici bir biçimde madde kullanımına devam edilmesi, madde etkileri nedeniyle ortaya çıkan ya da şiddetlenen fiziksel ya da ruhsal sorunların varlığına rağmen madde kullanımına devam edilmesi, madde kullanımı ile ilgili tolerans veya yoksunluk görülmesi gibi belirtilerden 2 ya da daha fazlasının 12 aylık dönem içinde görüldüğü ve bu belirtiler nedeniyle işlevselliğin azaldığı madde kullanım örüntüsü şeklinde ifade edilir.

2.1.3. Epidemiyoloji

Zararlı alkol kullanımı mortalite ve morbidite açısından önemli bir risk faktörüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2014 raporuna göre her yıl 3,3 milyon kişi alkol kullanımına bağlı olarak yaşamını yitirmekte ve tüm ölümlerin %5.9'unun alkol kullanımına bağlı gerçekleşmektedir (WHO, 2014). 2016 yılında tüm dünyada 15 yaş ve üstü nüfusun yarıdan fazlası (%57,0-3,1 milyar) alkol kullanmaktadır. Tüm dünyada erkeklerin içicilik oranları kadınlardan fazladır. Dünya'da tahmini 237 milyon erkek ve 46 milyon kadın alkol kullanım bozuklukları tanısına sahiptir. Ağır içicilik oranı ise tüm dünyada %16,0'dır (Organization, 2019).

2014 yılında DSÖ tarafından Türkiye’de yapılan araştırmada yaşam boyu alkol kullanmama yaygınlığı %79,6, son 12 ayda %2,7 ve alkol bağımlılığı yaygınlığı ise %0,8 bildirilmiştir. Ağır içicilik oranı ise % 1,1’dir (erkekler-%1,9 , kadınlar-%0,5) (WHO, 2014).

Ülkemizde 2018 yılında 42000 kişi ile yapılan araştırmada alkollü içecek kullanmanın yaşam boyu yaygınlığı %22,1, son 1 yılda kullanma yaygınlığı %12,6 bildirilmiştir. Yaşam boyun yaygınlık erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 3 kat yüksek bulunmuştur (%34,3-%10,7) (İçişleri Bakanlığı, 2018)

Madde kullanımı tüm dünyada giderek yaygınlaşan önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Yazıcı ve ark., 2015). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) 2022 raporunda dünya genelinde 15-64 yaş aralığında tahmini 284 milyon kişinin son 1 yılda uyuşturucu kullandığı ve bunların çoğunluğunun erkek olduğu, buna göre tahmini yaygınlık oranının %5,0 olduğu bildirilmiştir. Esrar kullanımı yaygınlık oranında 2010 yılına göre %26,0’lık bir artış gözlenmiştir ve dünyada en çok kullanılan maddedir (UNODC, 2022). Eroin kullanan kişi sayısında 2 kat artış olup 61 milyon kişidir. Amfetamin kullanıcı sayısında belirgin bir değişiklik gözlenmemiştir ve kullanıcı sayısı 34 milyondur. Kokain ve ekstazi kullanıcı sayısının geçmiş yıllara göre azalmakta olduğu gözlenmiştir ve kullanıcı sayıları sırası ile 20 ve 21 milyondur (UNODC, 2022).

Türkiye’de 2018 yılında yapılan araştırmada yaşam boyu en az bir kere madde kullanma oranı %3,1’i tespit edilmiştir. Kadınlarda yaşam boyu en az bir kere madde kullanım oranı %0,3 iken erkeklerde %6,1’dir (İçişleri Bakanlığı, 2018).

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi’nin raporuna göre, 2020 yılında Türkiye’de doz aşımına bağlı ölümlerde 314 kişi hayatını kaybetmiştir ve ölümlerin yaklaşık %80,0’ı 25-45 yaş aralığındaki yetişkinler oluşturmaktadır. Aynı rapora göre ülkemizde metamfetamin kullanımında önceki yıllara kıyasla artış görülmektedir (EMCDDA, 2022).

2.1.4. Risk faktörleri

Alkol ve madde bağımlılığının ortaya çıkmasında genetik yapı, psikososyal ve çevresel faktörler gibi birçok değişken rol oynar (Black ve Andreasen, 2015). Dört

yüz yirmi beş makalenin incelendiği sistematik gözden geçirmede risk faktörleri; bireysel, ailesel ve toplumsal risk faktörleri olarak kategorize edilmiştir. Belirlenen bireysel risk faktörleri; yüksek dürtüsellik, asilik, duygu düzenlenmesinde bozukluk, düşük dindarlık, kötü muamele veya olumsuz bir yetiştirilme deneyimi, davranış sorunları ve psikiyatrik komorbiditenin varlığı, daha önce sigaraya maruz kalma ve risk algısının düşük olmasıdır. Ailesel risk faktörleri doğum öncesi annenin sigara içmesi; zayıf anne psikolojik kontrolü, düşük ebeveyn eğitimi, ihmal, zayıf gözetim, kontrolsüz cep harçlığı ve madde kullanan aile üyelerinin varlığıdır. Rapor edilen toplumsal risk faktörü uyuşturucu kullanan akranlara sahip olmaktır (Nawi ve ark., 2021).

Yaş gruplarına bakıldığında; ergenlik bağımlılığa en yatkın yaş grubudur (Luikinga ve ark., 2018). Uyuşturucu madde kullanmaya başlamanın kritik yaşı adolesan dönemdir ve en fazla kullanım 18-25 yaş arası gençlerde görülür (Merz, 2018). Bu dönemde ergenler, yeni şeyler deneme, merak, akran baskısına duyarlılık, otoriteye karşı isyana güçlü bir eğilim gösterirler. Bunlar ergenleri uyuşturucu kullanımına karşı riskli hale getirir (Degenhardt ve ark., 2016).

Erkek cinsiyet bağımlılık açısından kadın cinsiyete göre daha fazla risk taşır, erkeklerde madde kullanımı kadınlardan daha sıktır (Alikashioglu ve Ercan, 2009; Ögel, 2005).

Literatürde düşük eğitim düzeyinin AMKB için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Nebioğlu ve ark., 2013; Zorlu ve ark., 2011). Bireyin eğitim düzeyi gibi ebeveynlerin eğitim düzeyiyle de madde kullanımı riski arasında negatif ilişkili bildirilmiştir (Ulukoca ve ark., 2013).

Bekarların alkol ve madde bağımlılığı riskinin evlilerden fazla olduğu bildirilmiştir (Nebioğlu ve ark., 2013; Zorlu ve ark., 2011).

Yaşanılan yer açısından kentsel bölgede ve sokakta yaşamanın bağımlılık açısından risk faktörü olabileceği bildirilmiştir (Aksoy ve Ögel, 2005; Yüncü ve ark., 2006).

2.1.5. Koruyucu faktörler

Alkol ve madde kullanımı, sağlığa zararlı olmasının yanında sosyoekonomik açıdan da önemli bir sorundur. Ancak, koruyucu faktörler ile riskler azaltılabilir (Nawi ve ark., 2021).

Literatürde yüksek zeka seviyesi, iyimserlik, farkındalığın yüksek olması, akademik ve işle ilgili başarı, dengeli ve destekleyici aile ilişkileri, madde kullanımına karşı güçlü inançlara sahip olmak, sağlığını koruma arzusu, ailede alkol ve madde kullanım öyküsü olmaması, uyuşturucu kullanımı konusunda yüksek baba farkındalığı ve güçlü dini inançlara sahip olmak, toplumda madde kullanımının normal karşılanmaması alkol ve madde kullanımı için koruyucu faktörler olarak bildirilmiştir (Drabble ve ark., 2016; Goliath ve Pretorius, 2016; Guerrero ve ark., 2016; Marin ve ark., 2019; Nawi ve ark., 2021; Nguyen ve Newhill, 2016; Schinke ve ark., 2016).

2.1.6. Tedavi

Tedavi yöntemleri diğer ruhsal hastalıkların tedavisine göre pek çok açıdan farklılıklar içermektedir. Tedavi sürecinin bireye özgü faktörler ele alınarak planlanması büyük önem taşımaktadır (Organization, 2015; Yılmaz ve ark., 2014).

Bağımlılığa yönelik tedavi modelleri genellikle dört aşamalıdır. Birinci aşama ilk yardım denilen aşamadır ve intoksikasyon ya da akut yoksunluk ile buna bağlı morbidite ve mortalitenin önlenmesinin hedef alındığı 1-2 günlük dönemdir. İkinci aşama ise detoksifikasyon yani arındırma dönemi olup 0-4 haftalık sürece denk gelmektedir. Üçüncü aşama psikososyal müdahale aşamasıdır, uzun dönemde yani 4-24 haftalık süreçte kronikleşmiş sorunların çözülmeye çalışıldığı dönemdir. Dördüncü aşama rehabilitasyon ve toplumsal uyum aşamasıdır, 6 ay-2 yıla denk gelen süreçtir ve bu dönemde takip ve tedavi devam etmektedir (Ögel, 2017).

2.1.7. Tedavide relapsların önemi

Alkol ve madde bağımlılığı remisyon ve relaps dönemleri ile giden kronik bir süreçtir. Relaps, bağımlılıkla mücadele eden bir kişinin tedavi sonrası bir süre temiz kaldıktan sonra tekrar eski miktar ve sıklıkta alkol/madde kullanmasını ve bağımlılık davranışlarına geri dönmesini ifade eder (Ögel ve ark., 1998).

Tedavi sonrası 6 ay içinde madde kullanımına tekrar başlama oranları %40,0 ila %93,0 arasında değişmektedir (Abuse, 2007). Yatarak tedavi sonrası relaps ve remisyon durumunun değerlendirildiği takip çalışmasında, tedavi sonrası birinci yılın sonunda hastaların sadece %39,0'ının remisyonunda kaldığı bildirilmiştir (Gordon ve Zrull, 1991).

Relaps, tedavinin bir parçası olarak görülmekte olup pek çok bağımlılık tedavi programında ele alınır. Relaps nedenlerinin araştırılması bağımlılık tedavi stratejilerinin geliştirilmesi açısından önemlidir (Yılmaz ve ark., 2014).

Relapslar ruhsal hastalıklar, yoksunluk, aşırma, bağımlılık şiddeti, bilişsel eksiklikler, can sıkıntısı, işsizlik, kusurlu başa çıkma stratejileri, kişilerarası çatışma, sosyal baskı, destek eksikliği, damgalanma, boş zaman aktivitelerinin ve tedavi imkanlarının yetersizliği gibi birçok nedene bağlanabilir (Njoroge, 2018; Ramo ve Brown, 2008; Slidrecht ve ark., 2019).

Relaps nedenlerinden biri olumsuz içsel durumdur (Ramo ve Brown, 2008). Bağımlı kişilerde hayal kırıklığı, öfke, depresyon, anksiyete, can sıkıntısı gibi kişisel sorunlardan kaçmanın bir yolu olarak, yasa dışı maddelerin kullanımını hızlandıran, kusurlu baş etme stratejileri vardır (Hyman ve Sinha, 2009).

Adsız Alkoliklere katılan bireylerle yapılan bir çalışmada geçmişte içki içmiş olmayı tartışırken ifade edilen (sözlü olmayan davranışsal gösterim ve öz bildirim yolu ile ölçülen) utancın tedavi sonrası 3-11 ay içinde nüksetme eğilimini ve nüksetmenin ciddiyetini güçlü bir şekilde ön gördürdüğü bildirilmiştir (Randles ve Tracy, 2013).

Relaps prevalansının yüksek olması, tedavi sonuçlarının ve bireylerin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi, tedavi stratejileri açısından relapsa duyarlı yaklaşımların önemini arttırmaktadır.

2.2. Damgalanma (Stigmatizasyon)

Damga (stigma) terimi ilk defa Yunanlılar tarafından ortaya atılmıştır. Kelime anlamı 'delik, delmek, yara, iz' olup damgalanan kişinin ahlaki durumu hakkında olağandışı ve kötü bir şeyi ortaya çıkarmak için tasarlanmış bedensel işaretleri ifade etmekte kullanılmıştır. İşaretler kesilerek ya da yakılarak vücutta bırakılan izler olup

taşıyıcının bir köle, suçlu ya da hain, halka açık yerlerde kaçınılması gereken kusurlu ve kirlenmiş bir kişi olduğunu göstermektedir (Goffman, 2014).

Literatüre bakıldığında damgalama üzerine ortak bir tanım belirlenmesinin zor olduğu görülmektedir. En sık alıntılanan tanımlardan biri Goffman tarafından yapılmıştır ve damgalamayı algılayanın damgalanan kişiye ilişkin genel değerlendirmesini etkileyen, onu "bütün ve olağan bir kişiden lekeli, değersiz bir kişiye indirgeyen", "son derece itibarsızlaştıran" bir özellik olarak tanımlamıştır (Goffman, 1963). Jones ve diğerleri ise damgalanmış bir kişinin, toplum tarafından sapkın kabul edilen bir duruma sahip olarak "işaretlendiğini" öne sürmektedir (Jones, 1984). Genel anlamda damgalama kişinin diğerlerinden ayrılmasına neden olacak şekilde kötülenmesi, gözden düşürülmesi ve aşağı görülmesi durumudur (Corrigan ve ark., 2001).

Günümüzde araştırmalarda kamusal, onaylanmış, algılanan, beklenen ve içselleştirilmiş damgalanma dahil olmak üzere çeşitli damgalanma türleri öne sürülmüştür (Corrigan ve Watson, 2002; Link ve ark., 1997; Luoma ve ark., 2010; Ögel ve ark., 1998; L. R. Smith ve ark., 2016).

Kamusal damgalama; damgalanmış belirli bir gruba karşı ayrımcılık ile kendini gösteren önyargının, toplum tarafından onaylanması olarak tanımlanmıştır (Corrigan ve Watson, 2002).

Onaylanmış damgalanma; toplumun geniş bir kesimi tarafından damgalanmış belirli bir gruba karşı uygulanan doğrudan ayrımcılık ve reddetme davranışlarını ifade etmektedir (Link ve ark., 1997).

Algılanan damgalanma; hissedilen damgalama olarak da bilinmektedir. Damgalanmış kişilerin kendileri hakkındaki olumsuz yargılara inanma derecesini göstermektedir (Luoma ve ark., 2010). Damgalama nedeniyle utanç ve korku duyma, davranışları gizlemeye çalışma gibi duyguların yaşanmasıdır (Brohan ve ark., 2010).

Beklenen damgalanma; kişilerin damgalanmasına yol açan özellikleri nedeniyle gelecekte başkalarından önyargı ve/veya ayrımcılık göreceklrine dair beklentilerini yansıtmaktadır. Hem kendi geçmiş deneyimlerinin bir sonucu olarak hem de başkalarının deneyimlerini gözlemlemenin etkisi ile damgalanmayı

öngörebilirler. Kişi bireysel olarak damgalanmaya maruz kalınmamış olsa bile benzer özelliklere sahip kişilerin toplum tarafından damgalanması, beklenen damgalanmaya yol açabilmektedir (L. R. Smith ve ark., 2016).

İçselleştirilmiş damgalanma; kendini damgalama olarak da ifade edilebilmektedir. Damgalanmış belirli bir grupla özdeşleştirilen kişilerin, kalıp yargıları içselleştirip kendilerine uyguladıkları süreci ifade etmektedir (Schomerus, Corrigan, ve ark., 2011). Kişi toplumun kendisi hakkındaki olumsuz inançlarını özümser, içselleştirir ve artık kendisinde bu durumun varlığını benimser (Rüsch ve ark., 2005). Damgalanmış grup ile özdeşleşme ve artan toplumdan reddedilme beklentisi olumsuz duygu ve düşüncelere sebep olur ve kişinin kendilik imajı zarar görür (Corrigan ve ark., 2005).

Sosyal hayatta birçok sebeple farklılıkları olan kişiye karşı hissedilen ya da hissettirilen değersizlik duygusu damgalanmaya neden olmaktadır (Giddens, 2000). İnsanlar sıfatlar aracılığı ile sınıflandırmalar yapmakta, sınıflandırmalar ise genelleme ve önyargıların ortaya çıkmasına, ötekileştirme, ayırma ve dışlamaya sebep olmaktadır (Link ve Phelan, 2001). Bu sürecin belirleyicileri ise aile yapısı, sosyal çevre, kültürel öğeler, kişilerarası ilişkiler, kimlik özellikleri ve hastalıklar gibi etmenlerdir (Özmen ve Erdem, 2018).

Damgalanmanın sonuçları kişiler ve toplum bazında farklılık gösterebilmektedir. Kişi özelinde bakıldığında, örneğin tıbbi konulardaki damgalama tedaviye başvurma sürecini olumsuz etkilemektedir (Corrigan ve ark., 2014). Kişiler damgalanma endişesiyle hastalıklarını gizleyebilmektedir (Oran ve Şenuzun, 2008). Tıbbi damgalamanın sıklıkla görüldüğü ruhsal hastalıklara sahip kişiler ayrımcılık, toplum dışında tutulma, dışlanma, yalnızlığa itilme ve şiddet gibi tepkilerle karşılaşabilmektedir (Katkak, 2008). Toplum ise önyargılar ve damgalama sebebiyle damgalanan kişileri dışlamakta, haklarından yoksun bırakmaktadır (Topkaya, 2011).

2.2.1. Alkol ve madde kullanımı ile damgalanma

Alkol ve madde kullanımının son derece sert ahlaki yargılara tabii olduğu bilinmektedir (Room, 2005). Dünya Sağlık Örgütü tarafından, en damgalayıcı koşullardan bazılarıyla (örneğin evsiz olmak, HIV pozitif olmak, sabıka kaydına sahip olmak) ilişkili damgalamayı incelemek için 14 ülkede yürütülen bir çalışmada

uyuşturucu kullanımının en çok damgalanan durum olduğu, alkol kullanımının ise 4. sırada yer aldığını bildirilmiştir (Room ve ark., 2001)

Bağımlılığı olan kişiler ırkları, cinsiyetleri veya cinsel yönelimleri gibi pek çok sebeple ayrımcılığa maruz kalabilmektedirler ancak uyuşturucu kullanımları nedeniyle yapılan damgalamanın yaşamlarındaki etkisi çok büyüktür (Minior ve ark., 2003) (Young ve ark., 2005).

Ruhsal hastalığa sahip kişilerde damgalanma olumsuz sonuçlar ile açıkça ilişkilendirilmekteyken, madde kullanım bozukluğu olan kişilerde damgalanmanın olumsuz sonuçlarını gösteren veriler daha azdır (Page, 2009; Perlick ve ark., 2001). Bununla birlikte, halkın alkol ve madde kullanıcılarına yönelik tutumlarının, şizofreni teşhisi konan kişilere yönelik tutumlarından bile daha olumsuz olduğu göz önüne alındığında, damgalanmanın AMKB olan kişilerdeki etkilerinin daha şiddetli olması muhtemeldir (Corrigan ve ark., 2000). Schomerus ve ark. tarafından AKB ile diğer ruhsal hastalıklardaki damgalanmanın karşılaştırıldığı bir çalışmada, AKB olan kişilerin mevcut durumlarından sorumlu tutulmalarının, toplumda reddedilme ve olumsuz duygular uyandırmalarının, ayrımcılığa maruz kalmalarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Schomerus, Lucht, ve ark., 2011).

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde yasal olmayan madde kullanımı, düşük sosyoekonomik düzey, yaşlı olmak, kadın olmak, anne veya gebe olmak daha yüksek damgalanma ile ilişkilendirilmiştir (Acker, 1993; Caplehorn ve ark., 1996; Ögel, 2004).

Damgalanma AMKB olan bireyleri pek çok şekilde etkileyebilir. Alkol ve madde kullanıcıları damgalanma nedeniyle toplumsal statü kaybı, işsizlik, dışlanma ya da kişilerarası ilişkilerde bozulma gibi sorunlarla karşılaşabilmektedir (Olcay ve Dağlı, 2017). Bu kişiler madde kullanımı nedeniyle işe alınmamakta, çalışıyor ise sigorta yapılmamakta, genç ise burs verilmemekte ya da eğitim programlarından men edilmektedirler (Abuse, 2013; Together, 2003). Madde kullanıcılarının büyük bir kısmı sağlık güvencesi olmadığı ya da tedavi masraflarını karşılayamadıkları için tedavi kurumlarına başvurmamaktadırlar (Abuse, 2013). Tedavi merkezlerinde madde kullanıcılarının fiziksel sağlık sorunları ile yeterince ilgilenilmemekte ve yeterli yardımı almaları sağlanmamaktadır (D'Aunno ve Pollack, 2002). Ankara'da

madde bağımlısı 20 gönüllü kişi ile yapılan nitel çalışmada madde bağımlılarının damgalandıkları ve damgalanmanın benlik, sosyalleşme, iş bulma gibi alanlardaki olumsuz etkileri nedeniyle bağımlılık sürecinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Arılık, 2019).

Damgalama AMKB olan kişilerin ruhsal ve fiziksel sağlığını etkileyebildiği gibi tedavi arayışına da engel olabilmektedir (Ahern ve ark., 2007; Cunningham ve ark., 1993; Young ve ark., 2005). Luoma ve arkadaşlarının çalışmasında, MKB nedeniyle tedavi gören bireylerin % 67,0'ı arkadaşlarının uyuşturucu kullandıklarını öğrendikten sonra onları reddettiğini ve % 65,0'ı bazı aile üyelerinin de aynı şeyi yaptığını bildirmiştir (Luoma ve ark., 2008). Moos ve ark. madde kullanım bozukluğu nedeniyle psikososyal tedavi başvurusunda bulunanların önemli bir kısmının, eskisinden daha kötü durumda oldukları ve bu kötüye gidişte etkili olan değişkenlerden birinin damgalama olduğunu bildirmişlerdir (Moos, 2005).

Alkol ve madde kullanım bozukluğunda damgalanmanın bir diğer etkisi ise sağlık profesyonelleri arasında AMKB olan kişilere yönelik olumsuz tutumların yaygın olması ve bu durumun yetersiz sağlık hizmeti sunulmasına sebep olabilmesidir (Van Boekel ve ark., 2013). Bu olumsuz tutumların sebebi alkol ve madde kötüye kullanımının bir hastalık olmayıp kendi kendine ortaya çıkan bir sorun olduğu, uyuşturucu kullananların ciddi karakter kusurlarına sahip olduğu ve bu bireyler için tedavi sonuçlarının kötü olacağı gibi genel inanışlardır (George ve Martin, 1992). Hekimler arasında da AMKB tedavisinin etkisiz olduğu, kullanıcıların olumsuz sonuçlara rağmen madde kullanımına devam ettiği, bu vakalarla çalışmanın iyi sonuçlar alınmadığı için tatmin edici olmadığı gibi görüşler yaygındır (Miller ve ark., 2001; Vastag, 2003). Madde kullanım bozukluğu olan kişiler de damgalanma nedeniyle sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından tıbbi ihtiyaçlarının ciddiye alınmayacağını ve karşılanmayacağını düşünebilmektedirler (Laramie R Smith ve ark., 2016).

Damgalanma ile relapslar arasındaki ilişkiye bakıldığında, literatürde AMKB olan bireylerde damgalamanın tedavi sürecini olumsuz etkilediğini gösteren kanıtlar olmakla birlikte doğrudan relapslar ile ilişkisinin incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır.

Çek Cumhuriyetinde; MKB, şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon, anksiyete bozukluğu ve kişilik bozuklukları olmak üzere altı tanı kategorisinden toplam 332 hasta ile yapılan kesitsel bir çalışmada, tüm tanı alt gruplarında kendini damgalama ile tedaviye devam etme arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuş ve kendini damgalamanın tedaviye uyumu olumsuz yönde etkileyen, ilaçları gönüllü olarak bırakmaya neden olan önemli bir etmen olduğu bildirilmiştir (Kamaradova ve ark., 2016).

Opiyat kullanım bozukluğu olan gebe/ebeveynlik yapan bireylerde damgalanmanın incelendiği nitel bir çalışmada, kişilerin damgalama nedeniyle sağlık bakımı almaktan kaçındığı, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile olan damgalayıcı etkileşimlerin iyileşmeye ters etki yaptığı ve potansiyel olarak nüksü tetiklediği bildirilmiştir (Crawford ve ark., 2022).

Algılanan damgalanmanın madde kullanım bozukluğunda tedavi sonuçları üzerine etkisinin incelendiği bir gözden geçirme çalışmasında MKB olan kişiler arasında damgalanma deneyimlerinin yaygın olduğu ve bu deneyimlerin tedaviyle ilgili duygu ve inançları olumsuz yönde etkileyebileceği bildirilmiştir (Crapanzano ve ark., 2018).

2.3. Benlik Kavramı ve Benlik Saygısı

“Benlik saygısı” ile “benlik” birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır ve benlik saygısını tanımlayabilmek için benlik kavramını anlamak gerekmektedir. Benlik saygısı “self” ile ilgili bir kavram olup, Türkçe karşılık olarak “benlik”, “kendilik” ve “öz benlik” gibi sözcüklerden herhangi biri kullanılabilmektedir (Öztürk, 1998; Yörükoğlu, 1986).

Benlik ve benlik saygısı kavramları ilk defa William James tarafından ele alınmıştır. James benliği maddesel, sosyal ve ruhsal benlik olmak üzere üç farklı şekilde tanımlamaktadır. Maddesel benlik; kişinin sahip olduğu şeyler ya da kişiler ile özdeşleşmesinden benliğinin tanımlanmasıdır. Sosyal benlik ise kişilerin sosyal yaşamlarında bulundukları konuma ve statüye göre üstlendikleri roller içinde tutarlı davranışlar sergilemesini ve içinde bulunduğu ortama göre benliğindeki değişiklikleri ifade etmektedir. Son olarak ruhsal benlik yeteneklerimizi, ilgi alanlarımızı, görüş ve tutumlarımızı kendi içimizde değerlendirme biçimimizdir.

James benlik saygısını, başarıların isteklere oranı şeklinde formüle etmiş ve kişinin isteklerini gerçekleştirebilmesi şeklinde tanımlamıştır (Bruno, 1982).

Freud'un öncüsü olduğu psikanalitik kuramda benlik kavramı egonun karşılığı olarak kullanılmaktadır (Gectan, 1984). Freud'a göre benlik (ego), içerden (id yani alt benlikten) gelen dürtüsel gereksinimlerin algılanıp, dış dünyanın koşullarına göre (süperego yani üstbenliğin isteklerine göre) denge ve uyumunun sağlanarak davranışa dönüştürülmesini sağlayan işlevlerin tümünü karşılayan soyut bir ifadedir (Öztürk, 1998). Psikanalitik kurama göre benlik saygısının gelişmesinde süper egonun etkisi nedeniyle sadece kendinden hoşnut olma hali yeterli olmayıp aynı zamanda doğru olanı yapmış olma ve başkalarının gözünde de haklı, onaylanmış olma hissine ihtiyaç vardır (Fenichel, 1945; Saygın, 2008).

Erikson ise benliği her evresinde bir olumlu benlik ögesi ve bir de bunun karşıtının olduğu, ikisinin arasındaki dengenin sağlanması ile tamamlanan psikolojik dönemeçlerden oluşan, sekiz aşamalı bir gelişim süreci üzerinden tanımlamıştır (Erikson, 1950, 1968; Kluckhohn ve Murray, 1953). Benliğin gelişimi birinci evredeki temel güven duygusunun oluşması ile başlamakta olup bireyin kendi beni ile özdeşleşmesi, anlamlı özdeşimler kurması, temel ruhsal ihtiyaçlarının doğuştan gelen yetenekleri ve yaşantılarıyla sağlıklı bir biçimde karşılanması ile pekişir (Erikson, 1950, 1968).

Kohut'un kitaplarından esinlenerek oluşturulan 'self psikolojisi' kuramsal yaklaşımında benlik kavramı insanın kendine verdiği değer ile tanımlanır ve benlik bütünlüğünün korunabilmesinde dış ilişkilerin önemi vurgulanır. Kohut'a göre kendimize verdiğimiz değerın sürekliliği diğer insanlardan gelen onay ve anlayışa bağlıdır (Kohut ve ark., 1998).

Rosenberg'e göre kişi kendini olumu bir tutumla değerlendiriyorsa benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutumdaysa benlik saygısı düşüktür. Benlik saygısı yüksek olan kişi kendini kabul edip değerli hissederken, düşük benlik saygısı olan kişi kendini eksik ve yetersiz görmektedir (Rosenberg, 1979).

Genel anlamda benlik saygısı kişinin kendisine verdiği değerin; ailesi, arkadaşları ve sosyal çevresi tarafından ne kadar değer gördüğüne dair algısına ve akademik başarı,

olumlu bir fiziksel görünüş, atletik beceriler ve özel yetenekler gibi belirleyicilere göre değerlendirdiği karmaşık bir ölçümüdür (Sadock ve Sadock, 2008).

Benlik saygısının başka bir tanımı ise kişinin kendisini olduğu gibi, yani olduğundan üstün ya da aşağı görmeden değerlendirmesi sonucunda ulaştığı benlik kavramından memnun olma durumudur. Kendini olduğu gibi kabullenip, olumlu, seilmeye ve beğenilmeye değer görme halidir (Yörükoğlu, 1986).

2.3.1. Alkol ve madde kullanımı ile benlik saygısı

Literatüre bakıldığında, AMKB olan bireylerin benlik saygılarının olumsuz etkilendiğini, diğer yandan benlik saygısı düşük olan bireylerin de alkol/madde kullanma riskinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Toker ve arkadaşları tarafından MKB olan ve olmayan gruplar arasında benlik saygısının araştırıldığı bir çalışmada, benlik saygısının MKB olan grupta daha düşük olduğu bildirilmiştir (Toker ve ark., 2011). Swaim ve arkadaşlarının çalışmasında ise düşük benlik saygısı olan bireylerin, benlik saygısı ihtiyaçlarını karşılamak ve duygularını kontrol etmek amacıyla madde kullanma eğiliminde olabildikleri bildirilmiştir (Swaim ve Stanley, 2019) .

Avşar ve arkadaşlarının çalışmasında madde kullanım sıklığındaki artışın benlik saygısında azalmayla ilişkili olduğu bulunmuş ve buna madde kullanım sıklığı arttıkça kişinin kendisine olan inanç ve takdir duygularını yitirmesinin neden olabileceği öne sürülmüştür (Avşar ve ark., 2016). Benzer şekilde AKB olan bireylerde de suçluluk, utanç duyguları ile kendini aşağılama, yetersiz görme ve benlik saygısında azalma görülebilmektedir (Schomerus, Corrigan, ve ark., 2011). Bireyler bu sorunlarla baş edemediğinde alkolün gerginliği azaltan ve rahatlatan etkisini bir kaçış olarak görüp alkolü bir baş etme yöntemi olarak görmektedirler (Holahan ve ark., 2001). Bağımlılığı olan kişinin benlik saygısı azalır ve kişi çevresinden gördüğü saygıyı kaybeder sonuçta da içme davranışında artış olur (Holahan ve ark., 2001).

Literatüre bakıldığında AMKB hastalarında benlik saygısının relapslarla ilişkisinin incelendiği az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Habibi ve arkadaşlarının çalışmasında, problem çözme eğitiminin madde kullanım bozukluğu hastalarında benlik saygısı, öz yeterlilik ve relapslar üzerindeki etkisine bakılmış ve eğitim sonrası benlik saygısı ve

öz yeterlilikte anlamlı artış ile relapslarda azalma bildirilmiştir (Habibi ve ark., 2016).

Alkol kullanım bozukluğu nedeniyle yatarak tedavi alan 102 hasta ile yapılan bir çalışmada benlik saygısının relapslarla ilişkisine bakılmış ve tedavi sonrası benlik saygısındaki artışın takiplerdeki relaps veya temiz kalma durumu ile ilişkisinin olmadığı bildirilmiştir (Trucco ve ark., 2007).

Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde benlik saygısı, algılanan sosyal destek ve baş etme stratejilerinin incelendiği bir çalışmada, algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan katılımcıların yüksek benlik saygısına sahip olduğu ve alkolsüz yaşam sürelerinin daha uzun olduğu bildirilmiştir (Yücel ve ark., 2020).

2.4. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunda Damgalama ve Benlik Saygısı İlişkisi

Literatüre bakıldığında damgala(n)manın benlik saygısında azalma ile ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma olduğu görülmekle birlikte AMKB olan bireylerde damgalama ile benlik saygısı ilişkisinin incelendiği çalışmaların sınırlı sayıda olduğu fark edilmektedir (Corrigan ve ark., 2006; Hülya ve Demir, 2018; Marcussen ve ark., 2010). Boyd ve arkadaşları tarafından yapılan bir derlemede; ruhsal hastalıklarda damgalanmanın değerlendirildiği bir ölçek olan Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ölçeği (RHİDÖ)'nin tüm dünyadaki versiyonlarının kullanıldığı çalışmalar incelenmiş ve çalışmaların çoğunda içselleştirilmiş damgalanmanın düşük benlik saygısı düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Boyd ve ark., 2014). Picco ve arkadaşlarının ayaktan psikiyatri hastalarıyla yapılan çalışmasında; içselleştirilmiş damgalama ile yaşam kalitesi, genel işlevsellik, umut ve benlik saygısı gibi değişkenlerin ilişkisine bakılmış ve sadece benlik saygısının içselleştirilmiş damgalanma ile belirgin şekilde ilişkili olduğu bildirilmiştir (Picco ve ark., 2016).

Avusturalya'da damar içi madde kullanımı olan 102 kişi ile yapılan bir çalışmada, içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek bağımlılık şiddeti ve düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Cama ve ark., 2016).

Birleşik Krallıkta madde bağımlılığı rehabilitasyon merkezleri, online alkol ve uyuşturucu kurtarma ağları gibi kanallar üzerinden ulaşılan 64 kişi ile yapılan bir

Çalışmada, madde bağımlılığında damgalama ve sosyal desteğin ruh sağığı ve iyi olma hali üzerine etkileri araştırılmıştır. Çalışmada madde bağımlılığında algılanan damgalanma ile benlik saygısı düzeyinin düşüklüğü, yüksek depresyon ve kaygı arasında ilişki olduğunu bildirilmiştir. Algılanan damgalanmanın etki mekanizmasının ise içselleştirilmiş utanç ve içselleştirilmiş damgalanma yoluyla olduğu bildirilmiştir (Birtel ve ark., 2017).

Ülkemizde bu konuyla ilgili yapılan çalışmalara yönelik literatüre bakıldığında az sayıda çalışma olduğu görölmüştür. Akhan ve arkadaşları AMKB olan 233 hastada içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısı ilişkisinin incelendiğı bir çalışmada, hastaların benlik saygısının orta düzeyde olduğu ve RHİDÖ damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğı arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (Akhan ve Gezgin Yazıcı, 2023).

Elazığ'da yapılan çalışmada, AMKB nedeniyle tedavi gören 46 hastanın içselleştirilmiş damgalanma ile benlik saygısı düzeylerine bakılmış, benlik saygısı orta düzey bulunmuş olup içselleştirilmiş damgalanmaları ise beklenenin aksine düşük bildirilmiştir (Alban, 2018).

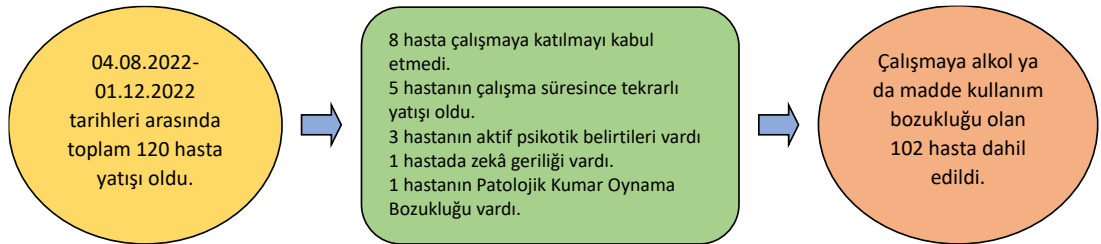
3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Bu çalışma, 04.08.2022-01.12.2022 tarihleri arasında, SEAH Yataklı Arındırma Merkezi'nde tedavi görmekte olan, DSM 5'e göre Alkol ya da Madde Kullanım Bozukluğu tanısı almış, dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan hastalar ile gerçekleştirildi. SEAH Yataklı Arındırma Merkezi 30 yatak kapasitesine sahiptir ve tedavi görmekte olan hastalara rutin olarak medikal tedavi, bireysel psikoterapiler, yapılandırılmış bağımlılığa yönelik grup terapileri (SAMBA), ergoterapi, rehabilitasyon ve dışarıya hazırlık faaliyetleri uygulanmaktadır.

3.2 Araştırmanın Örneklemi

SEAH Yataklı Arındırma Merkezine 04.08.2022-01.12.2022 tarihleri arasında 120 hasta yatarak tedavi gördü. Kliniğe yatan 8 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediği, 1 hasta AMKB tanısı almadığı (Kumar Oynama Bozukluğu tanısı aldı) , 5 hastanın ise daha önce çalışmaya kabul edildiği için, çalışmaya dahil edilmedi. Çalışma dahil edilme kriterlerini karşılayan 106 hastanın 3 tanesi aktif psikotik belirtilerinin olması, 1 tanesi zekâ geriliğinin olması sebebiyle çalışma dışı bırakıldı. Sonuç olarak , dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan 102 hasta dahil edildi. Tüm katılımcılardan yazılı olarak bilgilendirilmiş onam formu alındı (Şekil 3.1)



Şekil 3. 1. Örneklem seçimi

3.2.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

1-Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

2-Alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı almış olmak

3-18-65 yaş aralığında olmak

4-Okuma yazma bilmek

5. Çalışmaya daha önce dahil edilmemiş olmak.

3.2.2. Araştırmanın dışlama kriterleri

1-Görüşmenin güvenilirliğini etkileyen aktif psikotik ve/veya affektif semptomlara sahip olmak

2-Ağır nörolojik, metabolik, endokrinolojik hastalık öyküsüne sahip olmak (bilinen)

3-Görüşme sırasında madde etkisi altında olmak

4-Zekâ geriliğinin olması

3.3. Uygulama

SEAH Bağımlılık Yataklı Arındırma Merkezi'nde yatarak tedavi görmekte olup dahil edilme kriterlerine uygun olan hastalar çalışma hakkında bilgilendirildi, çalışma süresince istedikleri herhangi bir zamanda çalışmaya katılmaktan vazgeçebilecekleri ve bu durumda tedavi hizmetlerinin aksamayacağı hastalara bildirilerek yazılı onamları alındı. Ardından hastalarla tarafımızca DSM-5 temelli yapılandırılmış tanı görüşmesi (SCID-5-CV/SCID-5-PD) yapıldı ve olası komorbid ruhsal hastalıklar ve kişilik bozukluklarının varlığı değerlendirildi. Sosyodemografik veri formu, Bağımlılık Profil İndeksi – Öz bildirim Ölçeği (BAPİ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Madde Kullanımında Damgalanma Mekanizması Ölçeği (SU-SMS) uygulandı. Ayrıca kliniğimizde rutin olarak değerlendirilen Değişime Hazır Olma ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES, SOCRATES-M), Tedavi Motivasyon Anketi, Penn Alkol Aşerme Ölçeği, Madde Aşerme Ölçeği, Alkol Yoksunluğu Değerlendirme Ölçeği (CIWA-Ar), Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği (KOYÖ) sonuçları da çalışmamızda kullanıldı. Aşerme ölçekleri yatış süresince haftada 1 kez, yoksunluk ölçekleri yatışın ilk haftası boyunca ve taburcu olurken, SOCRATES, SOCRATES-M ve tedavi motivasyon anketi 1 kez ölçülmektedir. Aşerme ölçekleri çalışma verisine yatışın ilk günü (başlangıç ölçüm) ve yatışın son günü (son ölçüm) olarak dahil edilmiştir.

Hastalara klinikte rutin olarak uygulanmakta olan medikal tedaviler, bireysel psikoterapiler, grup terapileri, eğitsel çalışmalar (SAMBA), ergoterapi, rehabilitasyon ve dışarıya hazırlık faaliyetleri kliniğin olağan işleyişine uygun şekilde devam etti. SAMBA (Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı) Türkiye’de pek çok bağımlılık kliniğinde uygulanmakta olan tütün, alkol ve madde bağımlılığı sorunlarının tedavisi için tasarlanmış bir programdır. Madde, alkol ve tütünün etkileri, motivasyon, farkındalık, öfke ve stres yönetimi, nüksetmeyi önleme, iletişim becerileri, düşünce hataları olmak üzere 7 modülden oluşur ve kliniğimizde psikologlar tarafından grup formatında uygulanmaktadır (K Ögel ve ark., 2011). Kliniğimizde tedavi süresince gönüllülük esas alınmaktadır ve hastalar istedikleri zaman tedaviden ayrılma hakkına sahiptir.

Hastalar taburculuk sonrasındaki 6 aylık süre boyunca izleme alındı. Takip değerlendirmeleri, taburculuk sonrası 1. 3. ve 6. Aylarda hastaların izni alınarak kaydedilen telefon numaraları üzerinden hastaların kendileri ve birinci derece yakınları ile yapılan görüşmeler aracılığıyla oldu. Görüşmelerde hastalar tedavi seyri ve relaps açısından değerlendirildi.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik veri formu (Ek-2)

Çalışmaya katılan hastaların kimlik ve iletişim bilgileri, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, hane aylık geliri, yaşadığı yer gibi sosyodemografik özelliklerinin ve aynı zamanda alkol veya madde kullanımına ilişkin başlama yaşı, kullanım süresi, kullanım sıklığı, geçmiş tedavi öyküsü gibi parametrelerin değerlendirildiği görüşme formudur.

3.4.2. Madde kullanımında damgalama mekanizması ölçeği (Ek-3)

Madde kullanımıyla ilgili damgalamanın, mekanizmaları (onaylanmış, beklenen ve içselleştirilmiş damgalama) ve damgalanmaya neden olan kaynaklar (aile üyeleri ve sağlık çalışanları) arasındaki farklılıkları ile tespit edilmesi için 2016 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. 5’li likert tipi ölçekte puanlanan 18 madde vardır. Katılımcının her bir maddeye verdiği cevaplar 1(en az damgalayıcı) ila 5 (en çok damgalayıcı) puan arasında değişmektedir. Madde kullanımında damgalama alt

ölçeklerinin orijinal Cronbach alfa değerleri 0,90 ile 0,95 arasında değişmektedir(L. R. Smith ve ark., 2016). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması ise 2022 yılında Can Gür ve diğerleri tarafından yayınlanmıştır (Can Gür ve ark., 2022).

3.4.3. Rosenberg benlik saygısı ölçeği (Ek-4)

Benlik saygısı ölçeği Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir, Türkçe geçerlilik güvenirliği Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır. Ölçek 12 alt kategoride toplam 63 sorudan oluşmaktadır ve ilk 10 maddesi Benlik Saygısını ölçmektedir (Çuhadaroğlu, 1986; Rosenberg, 2015).

Bu çalışmada hastaların benlik saygısı düzeylerinin değerlendirmesinde ölçeğin Benlik Saygısı alt boyutuna ait 10 maddesi kullanılmıştır.

3.4.4. Bağımlılık profil indeksi (Ek-5)

Ögel ve arkadaşları tarafından geliştirilen, alkol veya madde kullanan yetişkin bireylerde bağımlılığın şiddeti ile kişinin yaşamına etkisi, aşırma ve tedavi motivasyonu gibi farklı boyutların değerlendirildiği, 37 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçeğin öz bildirim veya uygulayıcı tarafından doldurabilen formları mevcut olup bu çalışmada BAPİ öz bildirim formu kullanılmıştır. Ölçek puanlarının değerlendirmesinde belirlenen aralıklara göre toplam 14 puanın üstü yüksek şiddette bağımlılık, 12-14 puan arası orta şiddette bağımlılık, 12 puan ve altı ise düşük şiddette bağımlılık olarak tanımlanmıştır (Ögel ve ark., 2012).

3.4.5. Değişime hazır olma ve tedaviyi isteme ölçeği (SOCRATES, SOCRATES-M) (Ek-6)

Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde değişime hazır olma ve motivasyonu değerlendirmek amacıyla geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Madde kullanım bozukluğu olan bireyler için uyarlanmış versiyonu mevcuttur (Evren, Gürol, ve Ögel, 2011; Evren, Gürol, Ögel, ve ark., 2011).

3.4.6. Tedavi motivasyon anketi (Ek-7)

Alkol ve madde kullanım bozukluğunda tedaviye katılma ve tedavide kalma sebeplerini değerlendirmek amacıyla düzenlenmiş 26 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir. Evren ve arkadaşları tarafından Türkçe formunun geçerlilik çalışması yapılmış ve faktöriyel yapısı orijinali ile uyumlu bulunmuştur (Evren ve ark., 2006).

3.4.7. Penn alkol aşırme ölçeği (PAAÖ) (Ek-8)

Flannery ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiş olan ölçek alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde aşırmeyi (craving) değerlendirmek üzere düzenlenmiş, her maddenin 0-6 puan arasında değerlendirildiği toplam 5 maddelik öz bildirim formudur. Ölçek toplam puan 0-30 arasında değişmektedir (Evren ve ark., 2008).

3.4.8. Madde aşırme ölçeği (Ek-9)

Penn Alkol Aşırme Ölçeğinin madde kullanım bozukluğu olan bireyler için uyarlanmış versiyonu olan bir öz bildirim ölçeğidir. Uygulanma anından önceki bir hafta boyunca olan madde kullanma isteğini değerlendirmektedir. Ölçek 0-6 puan arasında değerlendirilen 5 maddeden oluşmaktadır ve toplam puan 0-30 arasında değişmektedir (Evren, Gürol, ve Ögel, 2011).

3.4.9. Alkol yoksunluğu değerlendirme ölçeği (CIWA-Ar) (Ek-10)

Alkol Yoksunluğu Değerlendirme Ölçeği alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde çekilme sendromunun şiddetini ve fiziksel bağımlılığın derecesini değerlendirmek için kullanılmaktadır (Schuckit, 2014).

3.4.10. Klinik opiyat yoksunluk ölçeği (KOYÖ) (Ek-11)

Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği, opiyat yoksunluğunda ortaya çıkan nabız, göz bebeği boyutunda değişme, burun akıntısı, göz yaşarması, terleme, kaz derisi görünümlü cilt gibi objektif ve bunaltı, sinirlilik, yerinde duramama, kemik/eklem ağrısı gibi subjektif bulguların tümünü değerlendirir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışması yapılmış ve opiyat yoksunluğunu değerlendirmede kullanılabileceği gösterilmiştir (ALTINTOPRAK ve ark., 2015).

3.5. İstatiksel Analiz

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programı ile değerlendirildi. Nicel verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık oranlarına göre belirlendi (± 2). Normal dağılım gösteren nicel verilerin analizlerinde Student t testi ve Pearson korelasyon analizi uygulandı. Normal dağılım göstermeyen nicel verilerin analizlerinde ise Mann-Whitney U testi ve Sperman korelasyon analizi testleri uygulandı. Kategorik değişkenler için Ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95,0'lık güven aralığında ve anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Ön gördürücü değişkenlerin saptanması için bir regresyon modeli oluşturuldu.
Binary lojistik regresyon testi uygulandı.



4. BULGULAR

4.1.Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza SEAH Yataklı Arındırma Merkezi Kliniği'nde tedavi gören toplam 102 hasta dahil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik verileri Tablo 4.1'de sunulmuştur. Çalışmaya dahil olan hastaların 93'ü (%91,2) erkek, 9'u (%8,8) kadındır.

Hastaların yaşlarına bakıldığında, en küçüğü 18, en büyüğü 66 yıl olup ortalama yaş $33,8 \pm 9,33$ yıl olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların medeni durumlarına bakıldığında 52 (%51,0) kişinin evli, 41 (%40,2) kişinin bekar ve 9 (%8,8) kişinin boşanmış olduğu görülmektedir. Hastaların kiminle yaşadığına bakıldığında 19'unun (%18,6) yalnız yaşadığı, 36'sının (%35,3) çekirdek aile ile, 47'si (%46,1) geniş aile ile yaşadığı görülmektedir.

Hastaların öğrenim durumları incelendiğinde 63 kişi (%61,8) ilköğretim, 32 kişi (%31,4) lise ve 7 (%6,9) kişi ise yüksekokul/üniversite mezunudur.

Hastaların yaşadıkları yere bakıldığında 8 (%7,8) kişinin kırsal, 94 (%92,2) kişinin kentsel bölgede yaşadığı görülmektedir.

Çalışma durumu açısından bakıldığında hastalardan 40 (%39,2) kişinin çalışıyor, 62 (%60,8) kişinin ise çalışmıyor olduğu görülmektedir.

Gelir düzeyleri açısından bakıldığında 43 kişinin (%42,2) 1 asgari ücret altında gelirin olduğu, 34 kişinin (%33,3) 1 asgari ücretle 2 asgari ücret arasında, 7 (%6,9) kişinin 2 asgari ücretle 3 asgari ücret arasında ve 18 kişinin (17,6) 3 asgari ücret üzerinde gelirin olduğu görülmektedir.

Tablo 4. 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Erkek	93	91,2
	Kadın	9	8,8
Yaş (ort±ss)		33,80±9,33	
Medeni durum	Evli	52	51,0
	Bekar	41	40,2
	Boşanmış	9	8,8
Kimle yaşıyor	Yalnız	19	18,6
	Çekirdek aile	36	35,3
	Geniş aile	47	46,1
Öğrenim durumu	İlköğretim	63	61,8
	Lise	32	31,4
	Yüksekokul veya üniversite	7	6,9
Yaşadığı yer	Kırsal	8	7,8
	Kentsel	94	92,2
Çalışma durumu	Çalışıyor	40	39,2
	Çalışmıyor	62	60,8
Gelir düzeyi	<1 asgari ücret	43	42,2
	1≥ ve <2 asgari ücret arası	34	33,3
	2≥ ve <3 asgari ücret arası	7	6,9
	≥3 asgari ücret	18	17,6

4.2. Hastaların Klinik Özellikleri

Hastaların klinik özelliklerine ait veriler tablo 4.2’de verilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların kendi beyanına göre fiziksel ek hastalık varlığına bakıldığında hastaların 87’sinin (%85,3) ek hastalığının olmadığı, 15’inin (%14,7) ek hastalığının olduğu görülmektedir. Hasta beyanına göre psikiyatrik ek hastalık varlığı açısından incelendiğinde hastaların 15’inin (%85,3) ek hastalığının olmadığı, 87’sinin (%85,3) ek hastalığının olduğu tespit edilmiştir. Hastaların yapılandırılmış SCID-1 ve SCID-2 görüşmeleri sonunda tanı aldıkları ruhsal hastalıklar tablo 4.2 de sunulmuştur.

Tablo 4. 2. Hastaların klinik özellikleri

		n	%
Beyana göre	Yok	87	85,3
Fiziksel ek	Var	15	14,7
hastalık			
Psikiyatrik ek	Yok	15	14,7
hastalık	Var	87	85,3
SCID-1 tanısı	Yok	36	35,3
(Bağımlılık	Depresyon	28	27,4
tanıları dışında)	Geçirilmiş Madde	15	13,7
	Psikozu	6	5,9
	Erişkin DEHB	5	4,9
	Panik Bozukluğu	4	3,9
	TSSB	4	3,9
	Geçirilmiş Depresyon	3	2,9
	Bipolar Bozukluk	2	2,0
	Distimik Bozukluk	2	2,0
	Bedensel Belirti	1	1,0
	Bozukluğu	1	1,0
	Yaygın Anksiyete	1	1,0
	Bozukluğu	1	1,0
	Sosyal Fobi	1	1,0
	Patolojik Kumar	1	1,0
	Oynama Bozukluğu	1	1,0
	Dissoiyatif Kimlik	1	1,0
	Bozukluğu		
SCID-2 tanısı	Yok	46	45,1
	Bordeline KB	15	14,7
	Antisosyal KB	15	14,7
	Narsistik KB	14	13,7
	Obsesif Kompulsif	4	3,9
	KB	4	3,9
	Paranoid KB	3	2,9
	Tanımlanmamış KB	2	2,0
	Bağımlı KB	1	1,0
	Histriyonik KB	1	1,0
	Çekingen KB	1	1,0

4.3. Hastaların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı ile İlgili Özellikleri

Hastaların sigara, alkol ve madde kullanım özellikleri tablo 4.3'te verilmiştir. Sigara kullanım durumuna bakıldığında, 100 (%98,0) hastanın bağımlılık düzeyinde sigara kullanımının olduğu, 2 (%2,0) hastanın sigara kullanmadığı görülmektedir. Sigara kullanımına başlama yaşı ortalama $14,81 \pm 3,23$ olup, toplam sigara kullanımı ortalama $21,11 \pm 12,58$ paket/yıl olarak saptanmıştır.

Hastaların bağımlılık düzeyindeki madde kullanım özelliklerine bakıldığında, 31 (%30,4) kişinin alkol, 70 (%68,6) kişinin madde, 1 (%1,0) kişinin hem alkol hem madde kullanımının olduğu görülmektedir. Madde başlama yaşı ortalama $17,73 \pm 4,93$ olup toplam kullanım süresi ortalama $15,07 \pm 9,95$ yıldır. Madde kullanım sıklığına bakıldığında 6 (%5,9) kişinin haftada 1'den az, 2 (%2,0) kişinin haftada 1 kez, 22 (%21,6) kişinin haftada 2 ve üzeri, 72 (%70,6) kişinin her gün madde kullanımının olduğu görülmektedir. Bağımlılık düzeyine bakılmaksızın çoklu madde kullanım durumu incelendiğinde hastaların 20'sinin (%19,6) çoklu madde kullanımının olmadığı, 82'sinin (%80,4) çoklu madde kullanımının olduğu görülmektedir.

Alkol ve madde kullanımı nedeniyle geçmiş tedavi başvuruları incelendiğinde 19 (%18,6) hastanın daha önce tedavi başvurusu yokken, 83 (%81,4) hastanın geçmiş tedavi başvurusunun olduğu görülmektedir. 63 (%61,8) hasta daha önce yatarak tedavi almış olup 39 (%38,2) hastanın daha önce yatış öyküsü bulunmamaktadır.

Tablo 4. 3. Hastaların sigara, alkol ve madde kullanım özellikleri

		n	%
Tütün kullanım bozukluğu	Evet	100	98
	Hayır	2	2
Sigara ilk kullanım yaşı (ort+ss)		14,81±3,23	
Sigara toplam paket/yıl (ort+ss)		21,11±12,58	
Bağımlı olunan madde	Alkol	31	30,4
	Madde	70	68,6
	Alkol ve madde	1	1
Kenevir kullanım bozukluğu		34	33,3
Uyarıcı kullanım bozukluğu		69	67,6
Opiyat kullanım bozukluğu		6	5,9
Sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik kullanım bozukluğu		7	6,9
Uçucu kullanım bozukluğu		2	2,0
Bağımlılık düzeyinde kullanılan maddeye başlama yaşı(yıl) (ort+ss)		17,73	4,93
Bağımlılık düzeyinde kullanılan maddeyi toplam kullanım süresi(yıl) (ort+ss)		15,07±9,95	

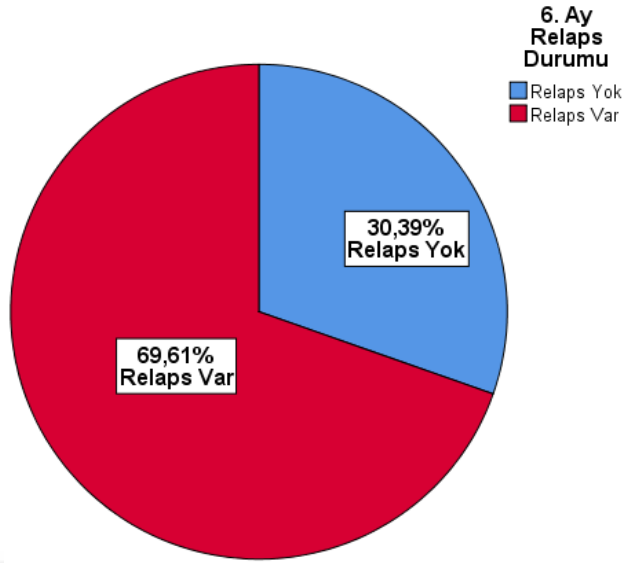
Tablo 4.3. Hastaların sigara, alkol ve madde kullanım özellikleri (devam)

		n	%
Kullanım sıklığı	Haftada 1'den az	6	5,9
	Haftada 1	2	2,0
	Haftada 2 ve üzeri	22	21,6
	Her gün	72	70,6
Çoklu madde kullanımı	Yok	20	19,6
	Var	82	80,4
Geçmişte bağımlılık nedenli tedavi başvurusu	Yok	19	18,6
	Var	83	81,4
Geçmişte bağımlılık nedenli yatarak tedavi öyküsü	Yok	63	61,8
	Var	39	38,2

SEAH Bağımlılık Yataklı Arındırma Merkezi Kliniği'nde yatarak tedavi gören hastalar taburculuk sonrası 1. 3. ve 6. aylarda kendileri ve birinci derece yakınları ile yapılan telefon görüşmeleri ile tedavi seyri ve relaps açısından değerlendirildi. Birinci ay sonunda 56 (%54,9) kişinin relaps olmadığı ve 46 (%45,1) kişinin ise relaps olduğu öğrenildi. Üçüncü ay verilerine bakıldığında 44 (%43,1) kişinin relaps olmamışken, 58 (%56,9) kişinin relaps olduğu görüldü. Altıncı ayın sonunda çalışmaya dahil edilen hastaların 31'inin (30,4) relaps olmadığı, 71'inin (%69,6) olduğu öğrenildi (Tablo 4.4) (Şekil 4.1)

Tablo 4. 4. Hastaların 1., 3. ve 6. ay sonundaki relaps durumları

	Relaps yok n (%)	Relaps var n (%)
1. ay	56 (54,9)	46 (45,1)
3. ay	44 (43,1)	58 (56,9)
6. ay	31 (30,4)	71 (69,6)



Şekil 4. 1. Hastaların 6. ayda relaps olma durumu

4.4. Hastalara Uygulanan Ölçeklerin Ortalama Puanları

Hastalara uygulanan ölçeklerin puan ortalamaları tablo 4.5’te sunulmuştur.

Damgalanma mekanizması ölçeğinin alt ölçek puanlarına bakıldığında Onaylanmış Damgalanma puanının $12,07 \pm 5,56$, Beklenen Damgalanma puanının $13,17 \pm 6,50$, İçselleştirilmiş Damgalanma puanının $20,22 \pm 7,34$ olduğu görülmüştür.

Hastaların Rosenberg Benlik Saygısı ölçek puanı ortalaması $2,67 \pm 1,68$ olup ölçeğin değerlendirme aralığına göre hastaların benlik saygısının orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Hastaların BAPİ ölçek puanları incelendiğinde ortalama $19,46 \pm 2,77$ olup ölçeğin değerlendirme aralığına göre (14 puan üstü) bağımlılık şiddetinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Başlangıç SOCRATES ölçek puanı $65,94 \pm 12,14$, TMA ölçek puanı ise $101,96 \pm 14,42$ olarak tespit edilmiştir.

Hastaların yatışın ilk gününde bakılan Aşerme Puanı ortalaması $16,21 \pm 9,01$, yatışın son gününde bakılan Aşerme Puanı ortalaması ise $9,41 \pm 7,58$ saptanmıştır.

Tablo 4. 5. Hastalara uygulanan ölçeklerin puan ortalamaları

	ortalama	standart sapma
Onaylanmış Damgalanma	12,07	5,56
Beklenen Damgalanma	13,17	6,50
İçselleştirilmiş Damgalanma	20,22	7,34
Rosenberg Benlik Saygısı	2,67	1,68
BAPİ	19,46	2,77
SOKRATES	65,94	12,14
TMA	101,96	14,42
Başlangıç ölçüm Aşerme Puanı	16,21	9,01
Son ölçüm Aşerme Puanı	9,41	7,58

4.5. Damgalanma ve Benlik Saygısının Relapslarla İlişkisine Dair Bulgular

1, 3 ve 6. Ayların sonunda relaps olan ve olmayan gruplar arasında onaylanmış damgalanma, beklenen damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeklerinin puan ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4. 6. Madde Kullanımında Damgalama Mekanizması Ölçeğinin alt ölçekleri ile 1, 3 ve 6. ay relaps verilerinin ilişkisi

1.ay	Relaps yok(n=56) (ort±ss)	Relaps var(n=46) (ort±ss)	İstatistik
Onaylanmış damgalama	12,25±6,13	11,84±4,84	t=0,362 p=0,718
Beklenen damgalama	13,52±6,48	12,74±6,56	t=0,600 p=0,550
İçselleştirilmiş damgalama	20,14±7,1	20,30±7,64	t=-0,110 p=0,913
3. ay	Relaps yok(n=44) (ort±ss)	Relaps var(n=58) (ort±ss)	
Onaylanmış damgalama	11,93±5,60	12,17±5,56	t=-0,216 p=0,830
Beklenen damgalama	12,65±5,78	13,55±7,02	t=-0,685 p=0,495
İçselleştirilmiş damgalama	20,52±6,98	19,98±7,66	t=0,366 p=0,715

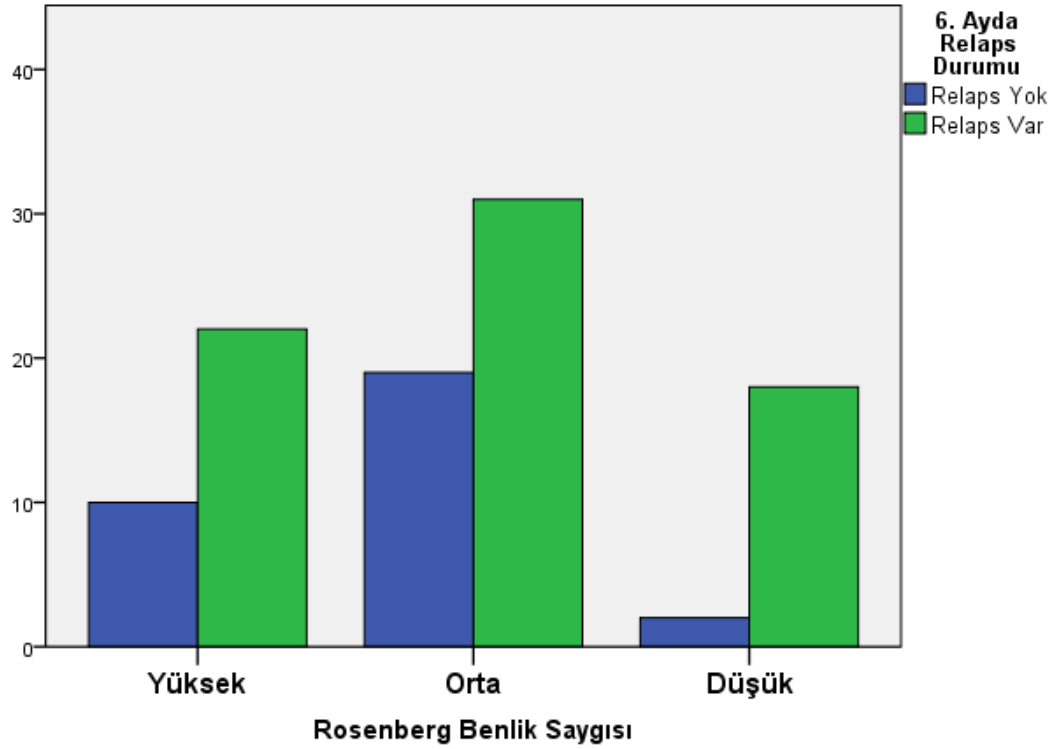
Tablo 4. 6. Madde Kullanımında Damgalama Mekanizması Ölçeğinin alt ölçekleri ile 1, 3 ve 6. ay relaps verilerinin ilişkisi (devam)

6. ay	Relaps yok(n=31) (ort±ss)	Relaps var(n=71) (ort±ss)	
Onaylanmış damgalama	12,06±6,00	12,07±5,40	t=-0,005 p=0,996
Beklenen damgalama	12,64±5,89	13,39±6,77	t=-0,534 p=0,595
İçselleştirilmiş damgalama	21,19±6,81	19,79±7,57	t=0,888 p=0,377

1, 3 ve 6. Aylarda relaps olan ve olmayan grupların benlik saygısı düzeyine göre karşılaştırması tablo 4.7’ de sunulmuştur. 1 ve 3. Ayların sonunda relaps grupları arasında benlik saygısı düzeyi açısından anlamlı fark saptanmamıştır. 6. Ay sonunda relaps olan ve olmayan grupların benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak relaps oranları incelendiğinde benlik saygısı düşük olan hastaların %90,0’nın relaps olduğu görülmektedir.

Tablo 4. 7. Rosenberg benlik saygısı ölçeği ile 1, 3 ve 6. ay relaps verilerinin ilişkisi

	Düşük benlik saygısı n (%)	Orta benlik saygısı n (%)	Yüksek benlik saygısı n (%)	İstatistik
1. ay				
Relaps yok	12 (60,0)	25 (50,0)	19 (59,4)	$X^2=0,954$
Relaps var	8 (40,0)	25 (50,0)	13 (40,6)	$p=0,621$
3. ay				
Relaps yok	8 (40,0)	21 (42,0)	15 (46,9)	$X^2=0,289$
Relaps var	12 (60,0)	29 (58,0)	17 (53,1)	$p=0,866$
6. ay				
Relaps yok	2 (10,0)	19 (38,0)	10 (31,3)	$X^2=5,310$
Relaps var	18 (90,0)	31 (62,0)	22 (68,8)	$p=0,070$



Şekil 4. 2. Hastaların Benlik Saygısı Düzeylerine göre 6. Ayda Relaps Durumları

4.6. Relapslarla İlişkili Olabilecek Diğer Etmenlere Dair Bulgular

1. ay sonunda relaps olan ve olmayan gruplar sosyodemografik veriler açısından karşılaştırıldığında cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu, gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

1. ay sonunda relaps olan ve olmayan gruplar klinik özellikler açısından karşılaştırıldığında geçmişte bağımlılık nedeni tedavi başvurusunun varlığı, geçmişte bağımlılık nedeniyle yatış sayısı, çoklu madde kullanımı, bağımlılık tanılarının dışında eksen 1 ve eksen 2 tanılarının varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). İki grup fiziksel hastalık varlığına göre incelendiğinde fiziksel hastalığı olanlarda 1. ayda relaps oranının daha düşük olduğu görülmüştür. ($X^2=4,474, p=0,034$). Gruplar yatarak tedavi sırasında alınan SAMBA eğitimini tamamlama durumu açısından karşılaştırıldığında, SAMBA eğitimini

tamamlayan hastaların 1. Ayda relaps oranlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmektedir. ($X^2=9,930$, $p=0,002$)

Tablo 4. 8. Birinci ay relaps oranlarının sosyodemografik ve klinik (kategorik) değişkenlere göre karşılaştırılması

		Relaps yok(n=56) N (%)	Relaps var(n=46) N (%)	İstatistik
Cinsiyet	Erkek	52 (92,9)	41 (89,1)	$X^2=0,436$ $p=0,728$
	Kadın	4 (7,1)	5 (10,9)	
Medeni durum	Evli	29 (51,8)	23 (50,0)	$X^2=0,032$ $p=0,858$
	Evli değil	27 (48,2)	23 (50,0)	
Eğitim durumu	Lise ve aşağısı	51 (91,19)	44 (95,7)	$X^2=0,829$ $p=0,453$
	Üniversite	5 (8,9)	2 (4,3)	
Yaşadığı yer	Kırsal	5 (8,9)	3 (6,5)	$X^2=0,829$ $p=0,453$
	Kentsel	51 (91,1)	43 (93,5)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	20 (35,7)	20 (43,5)	$X^2=0,639$ $p=0,424$
	Çalışmıyor	36 (64,3)	26 (56,5)	
Gelir düzeyi	≤1 asgari ücret	21 (37,5)	22 (47,8)	$X^2=1,104$ $p=0,293$
	>1 asgari ücret	35 (62,5)	24 (52,2)	
Fiziksel Hastalık	Yok	44 (78,6)	43 (93,5)	$X^2=4,474$ $p=0,034$
	Var	12 (21,4)	3 (6,5)	
Geçmişte bağımlılık nedenli tedavi başvurusu	Yok	7 (12,5)	12 (26,1)	$X^2=3,076$ $p=0,079$
	Var	49 (87,5)	34 (73,9)	
Geçmişte bağımlılık nedenli yatarak tedavi öyküsü	Yok	39 (69,6)	24 (52,2)	$X^2=3,263$ $p=0,071$
	Var	17 (30,4)	22 (47,8)	
Çoklu madde kullanımı	Yok	12 (21,4)	8 (17,4)	$X^2=0,261$ $p=0,609$
	Var	44 (78,6)	38 (82,6)	
SAMBA' yı tamamlamak	Hayır	24 (42,9)	34 (73,9)	$X^2=9,930$ $p=0,002$
	Evet	32 (57,1)	12 (26,1)	
Bağımlılık tanıları dışında eksen 1 tanısı	Yok	20 (35,7)	16 (34,8)	$X^2=0,10$ $p=0,922$
	Var	36 (64,3)	30 (65,2)	
Bağımlılık tanıları dışında eksen 2 tanısı	Yok	25 (44,6)	21 (45,7)	$X^2=0,10$ $p=0,922$
	Var	4)	31 (55,25 (54,3)	

3. ay sonunda relaps olan ve olmayan gruplar sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırıldığında iki grup arasında cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu ve gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

3. ay sonunda relaps grupları arasında klinik özellikler karşılaştırıldığında bağımlılık nedeniyle geçmişte tedavi başvurusunun varlığı, çoklu madde kullanımı, bağımlılık tanılarının dışında eksen 1 ve eksen 2 tanılarının varlığı ve fiziksel hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Gruplar bağımlılık nedeniyle geçmiş yatış öyküsünün varlığına göre incelendiğinde, geçmiş yatış öyküsü olan hastaların relaps oranının geçmiş yatış öyküsü olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir. ($X^2=5,740$, $p=0,017$) İki grup yatarak tedavi sırasında alınan SAMBA eğitimini tamamlama durumu açısından karşılaştırıldığında, SAMBA eğitimini tamamlayan hastaların 3. ayda da relaps oranlarının eğitimi tamamlamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmektedir. ($X^2=8,029$ $p=0,005$)

Tablo 4. 9. Demografik ve klinik veriler ile 3. ay relaps oranlarının karşılaştırması

		Relaps yok(n=44) n (%)	Relaps var(n=58) n (%)	İstatistik
Cinsiyet	Erkek	41 (93,2)	52 (89,7)	$X^2=0,387$ $p=0,728$
	Kadın	3 (6,8)	6 (10,3)	
Medeni durum	Evli	23 (52,3)	29 (50,0)	$X^2=0,052$ $p=0,820$
	Evli değil	21 (47,7)	29 (50,0)	
Eğitim durumu	Lise ve aşağısı	40 (90,9)	55 (94,8)	$X^2=0,601$ $p=0,461$
	Üniversite	4 (9,1)	3 (5,2)	
Yaşadığı yer	Kırsal	4 (9,1)	4 (6,9)	$X^2=0,167$ $p=0,723$
	Kentsel	40 (90,9)	94 (92,2)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	17 (38,6)	23 (39,7)	$X^2=0,011$ $p=0,917$
	Çalışmıyor	27 (61,4)	35 (60,3)	

Tablo 4. 9. Demografik ve klinik veriler ile 3. ay relaps oranlarının karşılaştırması (devam)

		Relaps yok(n=44) n (%)	Relaps var(n=58) n (%)	İstatistik
Gelir düzeyi	≤1 asgari ücret	14 (31,8)	29 (50,0)	$X^2=3,392$ $p=0,066$
	>1 asgari ücret	30 (68,2)	29 (50,0)	
Fiziksel hastalık	Yok	36 (81,8)	51 (87,9)	$X^2=0,745$ $p=0,388$
	Var	8 (18,2)	7 (12,1)	
Geçmişte bağımlılık nedenli tedavi başvurusu	Yok	6 (13,6)	13 (22,4)	$X^2=1,272$ $p=0,259$
	Var	38 (86,4)	45 (77,6)	
Geçmişte bağımlılık nedenli yatarak tedavi öyküsü	Yok	33 (75,0)	30 (51,7)	$X^2=5,740$ $p=0,017$
	Var	11 (25,0)	28 (48,3)	
Çoklu madde kullanımı	Yok	10 (22,7)	10 (17,2)	$X^2=0,478$ $p=0,489$
	Var	34 (77,3)	48 (82,8)	
SAMBA' yı tamamlamak	Hayır	18 (40,9)	40 (69,0)	$X^2=8,029$ $p=0,005$
	Evet	26 (59,1)	18 (31,0)	
Bağımlılık tanıları dışında eksen 1 tanısı	Yok	16 (36,4)	20 (34,5)	$X^2=0,039$ $p=0,844$
	Var	28 (63,6)	38 (65,5)	
Bağımlılık tanıları dışında eksen 2 tanısı	Yok	21 (47,79)	25 (43,1)	$X^2=0,216$ $p=0,642$
	Var	23 (52,3)	33 (56,9)	

6. ay sonunda relaps olan ve olmayan gruplar sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırıldığında; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer ve çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). İki grup gelir düzeyine göre karşılaştırıldığında gelir düzeyi 1 asgari ücret ve altında olanların 6. Ayda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek oranda relaps olduğu görülmüştür ($X^2=3,392$, $p=0,027$).

6. ay sonunda relaps grupları arasında klinik özellikler karşılaştırıldığında geçmişte bağımlılık nedeniyle tedavi başvurusunun varlığı, geçmişte bağımlılık nedenli yatış öyküsünün varlığı, çoklu madde kullanımı, fiziksel hastalık varlığı, bağımlılık tanılarının dışında eksen 1 ve eksen 2 tanılarının varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). 6. Ayda da iki grup yatarak tedavi sırasında alınan SAMBA eğitimini tamamlama durumu açısından karşılaştırıldığında, SAMBA

eğitimini tamamlayan hastaların relaps oranlarının eğitimi tamamlamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmektedir ($X^2=5,983$ $p=0,014$)

Tablo 4. 10. Demografik ve klinik veriler ile 6. ay relaps oranlarının karşılaştırması

		Relaps yok(n=31) n (%)	Relaps var(n=71) n (%)	İstatistik
Cinsiyet	Erkek	28 (90,3)	65 (91,5)	$X^2=0,040$ $p=1,000$
	Kadın	3 (9,7)	6 (8,5)	
Medeni durum	Evli	17 (54,8)	35 (49,3)	$X^2=0,265$ $p=0,670$
	Evli değil	14 (45,2)	36 (50,7)	
Eğitim durumu	Lise ve aşağısı	29 (93,5)	66 (93,0)	$X^2=0,012$ $p=1,000$
	Üniversite	2 (6,5)	5 (7,0)	
Yaşadığı yer	Kırsal	3 (9,7)	5 (7,0)	$X^2=0,203$ $p=0,696$
	Kentsel	28 (90,3)	66 (93,0)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	13 (41,9)	27 (38,0)	$X^2=0,138$ $p=0,710$
	Çalışmıyor	18 (58,1)	44 (62,0)	
Gelir düzeyi	≤1 asgari ücret	8 (25,8)	35 (49,3)	$X^2=4,882$ $p=0,027$
	>1 asgari ücret	23 (74,2)	36 (50,7)	
Fiziksel hastalık	Yok	6 (19,4)	9 (12,7)	$X^2=0,767$ $p=0,379$
	Var	25 (80,6)	62 (87,3)	
Geçmişte bağımlılık nedenli tedavi başvurusu	Yok	3 (9,7)	16 (22,5)	$X^2=2,354$ $p=0,125$
	Var	28 (90,3)	55 (77,5)	
Geçmişte bağımlılık nedenli yatarak tedavi öyküsü	Yok	23 (74,2)	40 (56,3)	$X^2=2,913$ $p=0,088$
	Var	8 (25,8)	31 (43,7)	
Çoklu madde kullanımı	Yok	6 (19,4)	14 (19,7)	$X^2=0,002$ $p=0,966$
	Var	25 (80,6)	57 (80,3)	
SAMBA' yı tamamlamak	Hayır	12 (38,7)	46 (64,8)	$X^2=5,983$ $p=0,014$
	Evet	19 (61,3)	25 (35,2)	
Bağımlılık tanıları dışında eksen 1 tanısı	Yok	11 (35,5)	25 (35,2)	$X^2=0,001$ $p=0,979$
	Var	20 (64,5)	46 (64,8)	
Bağımlılık tanıları dışında eksen 2 tanısı	Yok	14 (45,2)	32 (45,1)	$X^2=0,000$ $p=0,993$
	Var	17 (54,8)	39 (54,9)	

Birinci ay sonunda relaps olan ve olmayan hastalar arasındaki, sürekli değişken özelliğine sahip çeşitli klinik veriler ve ölçek puanlarının karşılaştırılmaları tablo 4.11'de sunulmuştur.

Birinci ayda relaps olan ve olmayan hastalar arasında; yaş, geçmişte bağımlılık nedeni poliklinik başvuru sayısı, madde kullanımına başlama yaşı, madde kullanım süresi açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). İki grup arasında çeşitli ölçek puanlarına göre karşılaştırma yapıldığında yatışın son günü bakılan Aşerme Ölçek Puanı, BAPİ, SOKRATES ve TMA ölçek puanları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Birinci ay sonunda relaps olan hastaların geçmişte bağımlılık nedeni yatış sayısının relaps olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($u=1022,00$, $z=-2,028$, $p=0,043$).

Birinci ay sonunda relaps olan ve olmayan hastalar serviste yatış süreleri açısından karşılaştırıldıklarında relaps olanların yatış süresinin relaps olmayanlara göre anlamlı derecede daha kısa olduğu saptanmıştır ($u=855,500$, $z=-2,806$, $p=0,005$).

İki grup yatışın ilk gününde bakılan aşerme ölçek puanına göre karşılaştırıldığında birinci ay sonunda relaps olan hastaların aşerme puanları relaps olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t=-2,736$, $p=0,007$).

Tablo 4. 11. Birinci ay relapsları ile sürekli değişken özelliğine sahip klinik veriler ve ölçek puanlarının karşılaştırmaları

	Relaps yok(n=56) ort±ss	Relaps var(n=46) ort±ss	İstatistik
Yaş (yıl)	35,32±9,72	31,96±8,56	$t=1,834$ $p=0,070$
Geçmişte bağımlılık nedenli poliklinik başvuru sayısı	3,20±3,45	4,63±6,21	$u=1224,000$ $z=-0,435$ $p=0,663$
Geçmişte bağımlılık nedenli yatış sayısı	0,54±0,89	1,72±3,56	$u=1022,00$ $z=-2,028$ $p=0,043$
Madde kullanımına başlama yaşı (yıl)	17,73±4,86	17,74±5,07	$u=1257,500$ $z=-0,207$ $p=0,836$
Madde kullanım süresi (yıl)	16,39±11,41	13,47±7,66	$t=1,480$ $p=0,142$
Şimdiki yatış süresi (gün)	19,00±13,11	12,28±9,29	$u=855,500$ $z=-2,806$ $p=0,005$

Tablo 4.11. Birinci ay relapsları ile sürekli değişken özelliğine sahip klinik veriler ve ölçek puanlarının karşılaştırmaları(devam)

	Relaps yok(n=56) ort±ss	Relaps var(n=46) ort±ss	İstatistik
Yatışın İlk Günü Aşerme Puanı	14,07±9,38	18,82±7,86	t=-2,736 p=0,007
Yatışın Son Günü Aşerme Puanı	8,82±7,83	10,15±7,26	t=-0,878 p=0,382
BAPİ	19,46±2,65	19,45±2,94	t=0,034 p=0,973
SOCRATES	64,27±12,21	67,98±11,87	u=1041,000 z=-1,635 p=0,096
TMA	100,91±14,64	103,24±14,19	u=1147,000 z=-0,949 p=0,343

Üçüncü ay sonunda relaps olan ve olmayan hastalar arasındaki, sürekli değişken özelliğine sahip çeşitli klinik veriler ve ölçek puanlarının karşılaştırmaları tablo 4.12’de sunulmuştur.

Üçüncü ay sonunda relaps olan ve olmayan hastalar arasında; yaş, geçmişte bağımlılık nedeni poliklinik başvuru sayısı, madde kullanımına başlama yaşı, madde kullanım süresi açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). İki grup ölçek puanları açısından incelendiğinde son ölçüm Aşerme Ölçeği Puanı, ve başlangıç BAPİ, SOCRATES ve TMA ölçek puanları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Üçüncü ay sonunda relaps olan hastaların bağımlılık nedeni geçmiş yatış sayısı relaps olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($u=940,000$, $z=-2,574$, $p=0,010$). İki grup arasında yatış süreleri açısından farklılığa bakıldığında üçüncü ay sonunda relaps olan hastaların servis yatış sürelerinin relaps olmayanlara göre anlamlı derecede daha kısa olduğu saptanmıştır ($u=877,000$, $z=-2,554$, $p=0,011$).

Yatışın ilk gününde ölçülen aşerme puanına bakıldığında üçüncü ay sonunda relaps olan hastaların aşerme puanlarının relaps olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($t=-2,909$, $p=0,004$).

Tablo 4. 12. Üçüncü ay relapsları ile sürekli değişken özelliğine sahip klinik veriler ve ölçek puanlarının karşılaştırmaları

	Relaps yok(n=44) ort±ss	Relaps var(n=58) ort±ss	İstatistik
Yaş (yıl)	35,38±9,24	32,60±9,29	t=1,502 p=0,136
Geçmişte bağımlılık nedenli poliklinik başvuru sayısı	2,98±3,33	4,50±5,79	u=1187,500 z=-0,605 p=0,545
Geçmişte bağımlılık nedenli yatış sayısı	0,41±0,76	1,57±3,22	u=940,000 z=-2,574 p=0,010
Madde kullanımına başlama yaşı (yıl)	17,93±5,13	17,59±4,82	u=1198,000 z=-0,531 p=0,595
Madde kullanım süresi (yıl)	16,41±11,25	14,07±8,82	t=2,232 p=0,242
Şimdiki yatış süresi (gün)	19,93±13,87	12,96±9,35	u=877,000 z=-2,554 p=0,011
Başlangıç ölçüm Aşerme Puanı	13,34±9,60	18,40±7,94	t=-2,909 p=0,004
Son ölçüm Aşerme Puanı	8,00±7,48	10,51±7,53	t=-1,664 p=0,099
BAPİ	19,11±2,78	19,71±2,75	t=-1,087 p=0,280
SOCRATES	63,91±12,00	67,48±12,12	u=112,500 z=-0,061 p=0,951
TMA	100,25±15,15	103,26±13,82	u=1105,000 z=-1,156 p=0,248

Altıncı ay sonunda relaps olan ve olmayan hastalar arasındaki, sürekli değişken özelliğine sahip çeşitli klinik veriler ve ölçek puanlarının karşılaştırılmaları tablo 4.13'te sunulmuştur.

Altıncı ay sonunda relaps olan ve olmayan hastalar arasında; yaş, geçmişte bağımlılık nedenli poliklinik başvuru sayısı, bağımlılık nedenli geçmiş yatış sayısı, madde kullanımına başlama yaşı ve madde kullanım süresi açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). İki grup arasında son ölçüm Aşerme Ölçek Puanı ve

başlangıç BAPİ, SOCRATES, TMA ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Altıncı ayda relaps olan hastaların ortalama servis yatış sürelerinin relaps olmayanlara göre anlamlı derecede daha kısa olduğu bulunmuştur ($u=754,500$, $z=-2,529$, $p=0,011$).

Altıncı ay sonunda relaps olan hastaların başlangıç ölçüm Aşerme Ölçek puanları relaps olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=-2,362$, $p=0,020$).

Tablo 4. 13. Altıncı ay relapsları ile sürekli değişken özelliğine sahip klinik veriler ve ölçek puanlarının karşılaştırmaları

	Relaps yok(n=31) Ort±ss	Relaps var(n=71) Ort±ss	İstatistik
Yaş (yıl)	35,39±8,74	33,11±9,55	$t=1,134$ $p=0,259$
Geçmişte bağımlılık nedenli poliklinik başvuru sayısı	2,61±3,00	4,38±5,49	$u=945,000$ $z=-1,141$ $p=0,254$
Geçmişte bağımlılık nedenli yatış sayısı	0,42±0,76	1,35±2,96	$u=880,500$ $z=1,815$ $p=0,070$
Madde kullanımına başlama yaşı (yıl)	18,45±5,73	17,42±4,55	$u=964,000$ $z=-1,001$ $p=0,317$
Madde kullanım süresi (yıl)	15,51±11,36	14,89±9,36	$t=0,292$ $p=0,771$
Şimdiki yatış süresi (gün)	20,22±13,65	14,11±10,74	$u=754,500$ $z=-2,529$ $p=0,011$
Başlangıç ölçüm Aşerme Puanı	13,10±9,06	17,58±8,70	$t=-2,362$ $p=0,020$
Son ölçüm Aşerme Puanı	7,45±6,65	10,28±7,84	$t=-0,878$ $p=0,372$
BAPİ	19,06±2,98	19,63±2,68	$t=-0,949$ $p=0,345$
SOCRATES	64,93±10,48	66,38±12,84	$u=102,000$ $z=-0,063$ $p=0,950$
TMA	104,10±11,02	101,03±15,65	$u=1031,500$ $z=-0,502$ $p=0,615$

4.7. Relaps Gelişimini Ön Gördürücü Faktörlerin Belirlenmesi İçin Yapılan Lojistik Regresyon Modeli

Birinci, üçüncü ve altıncı aylarda relapsı ön gördürücü değişkenlerin saptanması için lojistik regresyon(binary) modelleri oluşturuldu. Relaps varlığı ya da yokluğunun bağımlı değişken olduğu modelde, bağımsız değişkenler ise iki grup arası fark, korelasyon ve ki kare analizleri sonucunda relaps ile ilişkili bulunan verilerimiz ve literatürde relaps üzerinde etkili olduğu bildirilen değişkenlerden oluşturuldu. Dahil edilen değişkenler ‘backward’ yöntemiyle analiz edildi ve bunun sonucuna göre modele katkısı olmayan değişkenler modelden çıkarılarak, bağımsız değişkenler 1, 3 ve 6. Ay için ayrı ayrı belirlendi.

Birinci ay lojistik regresyon modeli oluşturulurken ‘backward’ yöntemine dahil edilen geçmişte bağımlılık nedeniyle yatış öyküsünün varlığı ve şimdiki yatış süresi anlamlı katkıda bulunmadığı için modelden çıkarıldı.

Hastaların taburcu olduktan sonraki 1. ayda relaps olma ihtimalleri üzerinde bazı unsurların etkilerini ölçmek için uygulanan, tüm ön gördürücüleri içeren tam model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, $\chi^2(8, n=102) = 37,615$ $p=0,000$. Model uyumunu gösteren hosmer lemeshow testine göre model uyumludur, $\chi^2(8, n=102) = 5,384$ $p=0,716$. Bu değerler modelin relaps olanlar ile olmayanları ayırt edebildiğini göstermektedir. Model relapsla ilgili varyansın %41,3’ünü(Nagekkerke R kare) açıklayabilmektedir ve olguların %74,5’ünü doğru şekilde sınıflayabilmiştir. Tablo 4.14’de gösterildiği gibi, bağımsız değişkenlerin 5 tanesi modele anlamlı katkıda bulunmuştur. Modele katkıda bulunan değişkenler; yatışın ilk gününde bakılan aşerme ölçeği puanı, bağımlılık nedeni geçmiş yatış sayısı, SAMBA eğitimlerini tamamlamış olmak, bağımlılık nedeniyle geçmişte tedavi başvurusunun olması ve fiziksel hastalık varlığıdır. Birinci ayda relaps olmanın en güçlü ön gördürücüsü fiziksel hastalık olmamasıdır ve relaps olma ihtimali fiziksel hastalığı olanlara göre 8,40 kat artmaktadır. Bağımlılık nedeniyle geçmiş yatış sayısının fazla olması relaps olma ihtimalini 2. Sırada arttıran ön gördürücü olarak tespit edilmiştir ve her bir yatış için relaps riski 1,67 kat artmaktadır. Yatışın ilk gününde bakılan Aşerme Ölçeği puanının düşük olmasının, SAMBA eğitimlerini tamamlamış olmanın ve bağımlılık

nedeniyle geçmişte tedavi başvurusunun olmasının relaps olma ihtimalinin daha düşük olmasını ön gördürdüğü bulunmuştur.

Yaşın, madde kullanım süresinin ve Sokrates ölçek puanının relaps olma ihtimali üzerine anlamlı etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4. 14. Birinci ayda relaps gelişimini ön gördüren faktörlerin belirlenmesi için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	İhtimal oranı	95% C.I. ihtimal oranı için	
							Düşük	Yüksek
Yaş	0,043	0,048	0,788	1	0,375	1,044	,950	1,147
Yatışın İlk Günü Aşerme Puanı	0,083	0,032	6,574	1	0,010	1,087	1,020	1,158
Bağımlılık nedenli geçmiş yatış sayısı	0,800	0,293	7,480	1	0,006	2,226	1,254	3,948
SAMBA eğitimini tamamlamış olmak	-1,502	0,535	7,894	1	0,005	,223	0,078	0,635
Geçmişte bağımlılık nedeniyle tedavi başvurusunun olmaması	1,413	0,654	4,668	1	0,031	0,244	0,068	0,877
Fiziksel hastalık varlığı	-2,129	0,989	4,631	1	,031	8,407	1,209	58,451
Madde kullanım süresi	-0,032	0,047	0,463	1	0,496	0,968	0,882	1,063
Sokrates Ölçek Puanının	0,030	0,022	1,861	1	0,173	1,031	0,987	1,076
Sabit	-5,487	2,195	6,251	1	0,012	0,004		

Üçüncü ay lojistik regresyon modeli oluşturulurken ‘backward’ yöntemine dahil edilen yatışın son günü bakılan Aşerme Ölçeği puanı, BAPİ toplam puanı ve şimdiki yatış süresi anlamlı katkıda bulunmadığı için modelden çıkarıldı.

Hastaların taburcu olduktan sonraki 3. ayda relaps olma olasılıkları üzerinde bazı unsurların etkilerini ölçmek için uygulanan, tüm ön gördürücüleri içeren tam model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, $\chi^2(8, n=102) = 33,990$ $p=0,000$. Model uyumunu gösteren hosmer lemeshow testine göre model uyumludur, $\chi^2(8, n=102) = 1,827$ $p=0,986$. Bu değerler modelin relaps olanlar ile olmayanları ayırt edebildiğini göstermektedir. Model relapsla ilgili varyansın %38,3’ünü(Nagekkerke R kare) açıklayabilmektedir ve olguların %70,3’ünü doğru şekilde sınıflayabilmektedir. Tablo

4.15'te gösterildiği gibi, bağımsız değişkenlerin 4 tanesi modele anlamlı katkıda bulunmuştur. Modele katkıda bulunan değişkenler; yatışın ilk günü bakılan aşerme ölçeği puanı, bağımlılık nedeniyle geçmişteki yatış sayısı, SAMBA eğitimlerini tamamlamış olmak, bağımlılık nedeniyle geçmişte tedavi başvurusunun olmasıdır. 3. Ayda relaps olmanın en güçlü ön gördürücüsü geçmiş yatış sayısının yüksek olmasıdır ve relaps olma ihtimali her bir fazla yatış için 1,67 kat artmaktadır. Yatışın ilk gününde bakılan aşerme ölçeği puanının yüksek olması relaps olma ihtimalini 2. Sırada arttıran ön gördürücü olarak tespit edilmiştir. SAMBA eğitimlerini tamamlamış olmanın ve geçmişte tedavi başvurusunun varlığının relaps olma ihtimalinin daha düşük olmasını ön gördürdüğü bulunmuştur.

Yaşın, 1 asgari ücretin altında veya üstünde gelire sahip olmanın, alkol/madde kullanım süresi ve TMA puanının relaps olma ihtimali üzerine anlamlı etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4. 15. Üçüncü ayda relaps gelişimini ön gördüren faktörlerin belirlenmesi için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	İhtimal oranı	95% C.I. ihtimal oranı için	
							Düşük	Yüksek
Yaş	0,056	,052	1,179	1	,278	1,058	,956	1,171
Yatışın ilk günü aşerme puanı	0,098	0,033	8,544	1	0,003	1,103	1,033	1,178
Bağımlılık nedeni geçmiş yatış sayısı	0,515	0,249	4,259	1	0,039	1,673	1,026	2,728
SAMBA eğitimini tamamlamış olmak	-1,385	0,529	6,849	1	0,009	0,250	0,089	0,706
Geçmişte bağımlılık nedeniyle tedavi başvurusunun olmaması	1,570	0,684	5,273	1	0,022	0,208	0,054	0,795
Gelir düzeyinin 1 asgari ücretten fazla olması	-0,626	0,513	1,487	1	0,223	0,535	0,196	1,462
Madde kullanım süresi	-0,033	0,045	,521	1	0,471	0,968	0,886	1,058
TMA puanı	0,013	0,017	,607	1	0,436	1,013	0,980	1,048
Sabit	-4,143	2,307	3,225	1	0,073	0,016		

Altıncı ay lojistik regresyon modeli oluşturulurken ‘backward’ yöntemine dahil edilen değişkenlerden şimdiki yatış süresi modele anlamlı katkıda bulunmadığı için çıkarıldı.

Hastaların taburcu olduktan sonraki 6. ayda relaps olma olasılıkları üzerinde bazı unsurların etkilerini ölçmek için uygulanan, tüm ön gördürücüleri içeren tam model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, $\chi^2(8, n=102) = 34,395$, $p=0,000$. Model uyumunu gösteren hosmer lemeshow testine göre model uyumludur, $\chi^2(8, n=102) = 8,765$ $p=0,362$. Bu değerler modelin relaps olanlar ile olmayanları ayırt edebildiğini göstermektedir. Model relapsla ilgili varyansın %41,0’ını(Nagekkerke R kare) açıklayabilmektedir ve olguların %79,4’ünü doğru şekilde sınıflayabilmiştir. Tablo 4.16’da gösterildiği gibi, bağımsız değişkenlerin 6 tanesi modele anlamlı katkıda bulunmuştur. Modele katkıda bulunan değişkenler; yatışın ilk gününde bakılan aşerme ölçeği puanı, bağımlılık nedeniyle geçmişteki yatış sayısı, gelir düzeyinin 1 asgari ücretten fazla olması, SAMBA eğitimlerini tamamlamış olmak, bağımlılık nedeniyle geçmişte tedavi başvurusunun olması ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği. Relaps olmanın en güçlü ön gördürücüsü geçmiş yatış sayısının yüksek olmasıdır ve relaps olma ihtimali her bir fazla yatış için 2,34 kat artmaktadır. Yatışın ilk gününde bakılan aşerme ölçeği puanının yüksek olması relaps olma ihtimalini 2. sırada arttıran yordayıcı olarak tespit edilmiştir. Gelir düzeyinin 1 asgari ücretten daha yüksek olmasının, SAMBA eğitimlerini tamamlamış olmanın ve bağımlılık nedeniyle geçmişte tedavi başvurusunun varlığının, relaps olma ihtimalinin daha düşük olmasını ön gördürdüğü bulunmuştur.

Düşük benlik saygısı relaps olma ihtimalinin yüksek olması ile ilişkili bulunurken, orta benlik saygısına sahip olanların relaps olma ihtimali, düşük benlik saygısına sahip olanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Ek SCID-I tanısının varlığı ve yüksek benlik saygısının relaps olma ihtimali üzerine anlamlı etkisi olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4. 16. Altıncı ayda relaps gelişimini ön gördüren faktörlerin belirlenmesi için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	İhtimal oranı	95% C.I. ihtimal oranı için	
							Düşük	Yüksek
Yatışın ilk günü aşırma puanı	0,072	0,032	5,219	1	0,022	1,075	1,010	1,143
Bağımlılık nedenli geçmiş yatış sayısı	0,852	0,349	5,977	1	0,014	2,345	1,184	4,643
Gelir düzeyinin 1 asgari ücretten fazla olması	-1,251	0,605	4,278	1	0,039	0,286	0,087	0,937
SAMBA eğitimini tamamlamış olmak	-1,277	0,554	5,316	1	0,021	0,279	0,094	0,826
Geçmişte bağımlılık nedeniyle tedavi başvurusunun olmaması	-1,794	0,776	5,342	1	0,021	0,166	0,036	0,761
Ek SCID-I tanısının varlığı	-0,643	0,593	1,173	1	0,279	0,526	0,164	1,683
Düşük benlik saygısı			7,530	2	0,023			
Orta benlik saygısı	-2,193	0,951	5,315	1	0,021	0,112	0,017	0,720
Yüksek benlik saygısı	0,855	0,964	,788	1	0,375	2,352	0,356	15,545
Sabit	0,629	0,657	,917	1	0,338	1,875		

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışmamızın ana bulgularına göre stigma ölçeği puanları beklenenin aksine relapslarla ilişkili bulunmamıştır. Benlik saygısına bakıldığında ise düşük benlik saygısı yüksek relapsla ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızın diğer bulguları; daha önce bağımlılık nedeniyle tedaviye başvurmamış olmanın, geçmişte bağımlılık nedeniyle yatış sayısının fazla olmasının, başlangıç aşerme puanlarının yüksek olmasının, bağımlılık eğitim programını (SAMBA) tamamlamamış olmanın ve gelir düzeyinin düşük olmasının yüksek relaps ile ilişkili olduğudur. Ayrıca bu faktörlerin etkileri relapsın gerçekleştiği aya göre değişiklik göstermektedir.

Çalışmamıza dahil edilen hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer ve birlikte yaşadığı kişiler gibi sosyodemografik özelliklerinin AMKB olan bireylerle yapılan benzer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir (Evren ve ark., 2010; Guliyev ve ark., 2022; Ramsewak ve ark., 2020).

Çalışmamızda hastalar tedavi sonrası altı ay boyunca takip edilmiş ve birinci ay sonunda hastaların %45,1'inin, üçüncü ayda %56,9'unun relaps olduğu görülmüştür. Altıncı ayın sonunda ise bu oran %69,6'ya yükselmiştir. Literatürde benzer çalışmalarda %40,0 ile %70,0 arasında değişen relaps oranları bildirilmektedir (Alterman ve ark., 2000; Pasareanu ve ark., 2016; Saatçioğlu ve ark., 2007). Relaps oranları tedavi sonrası geçen süreye göre değişiklik gösterebilmektedir. AMKB olan bireylerde relaps oranlarının incelendiği bir çalışmada ilk üç ayda relaps oranlarında hızlı bir artış olduğu, sonraki aylarda ise relaps oranlarındaki yükselişin yavaşladığı görülmüştür (Hunt ve ark., 1971). Altı aylık takip süresince çalışmamızın relaps oranlarındaki değişikliklerin de benzer şekilde seyrettiği görülmektedir. Bu durum bize tedavinin başarıyla tamamlanmasından sonraki ilk aylarda relaps riskinin fazla olduğunu ve hastaların daha fazla destekleyici tedaviye ihtiyaç duyabileceğini düşündürülebilir.

Çalışmamızın birinci hipotezi AMKB hastalarında damgalanmanın yüksek olmasının, yüksek relaps oranı ile ilişkili olduğu ve bu ilişkinin hastaların klinik ve sosyodemografik özelliklerinden bağımsız olduğu şeklindedir. Ancak çalışmamız sonucunda hastaların tedavi sonrası relaps olma durumları ile damgalanma düzeyleri

arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuç, damgalanmanın AMKB olan bireylerde tedavi sürecine etkilerinin, dolaylı olarak ortaya çıkmasından ve şartlara göre değişebilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Damgalanmanın, bireylerin madde kullanımına ve tedavi sürecine etkileri, sürecin hangi aşamasında olunduğuna göre değişebilmektedir. Örneğin, madde kullanımına yönelik damgalama daha önce madde kullanmamış bir kişiyi caydırabilirken, madde kullanımına başladıktan sonra damgalanan grupla özdeşleşme ve kullanımı sürdürme açısından pekiştirici olabilmektedir (Corrigan ve Watson, 2002; Spears ve Manstead, 1989). Benzer şekilde damgalanma kişilerin tedavi arayışına engel olabilmektedir (Abuse, 2005). Ancak diğer yandan tedavi başvurusu sonrası tedavide kalma sürelerini arttırdığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Luoma ve ark., 2012; Luoma ve ark., 2014). Damgalanmanın tedavi sonuçlarına etkilerinin incelendiği çalışmalarda ise iyileşme üzerine etkilerin aracı bir mekanizma (tedaviye devam etme isteği, tedaviye bağlılık, öz yeterlilik gibi) üzerinden olması, iyilik halinin tanımı veya ölçümü ile ilgili farklılıklar gibi nedenlerle çelişkili sonuçlar görülebilmektedir (Crapanzano ve ark., 2018; Grønnestad ve Sagvaag, 2016; Radcliffe ve Stevens, 2008; Schomerus ve ark., 2011). MKB olan bireylerde algılanan damgalanmanın tedavi sonuçlarına etkisinin araştırıldığı bir gözden geçirme çalışmasında, incelenen nicel makalelerde damgalamanın tedavi sonuçlarına olumsuz duygular ve bilişsel mekanizmalar yoluyla dolaylı bir etkisi olduğu öne sürülmüştür (Crapanzano ve ark., 2018). Ancak damgalanmanın tedavi sonuçları ile doğrudan ilişkisinin incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu açıdan literatüre katkı sağlamakta olup, damgalanma ile relapslar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kişilerin damgalanmadan ne şekilde etkilenecekleri bireysel faktörlere bağlı olarak değişiyor gibi görünmektedir. Bu durum tedavi planlanmasında ve hastalarla ilişki kurmada ‘damgalamadan kaçınılmalı’ şeklindeki genel yaklaşımların aksine bireye özgü faktörlerin ve damgalanmadan nasıl etkileneceklerinin ele alınmasının önemini vurguluyor olabilir. Ayrıca damgalanmanın etkilerinin anlaşılabilmesi için farklı örneklerle ileri araştırmaların gerekli olduğu görülmektedir.

Çalışmamızın ikinci hipotezi ise AKMB olan bireylerde benlik saygısının düşük olmasının yüksek relaps oranı ile ilişkili olduğu ve düşük benlik saygısının klinik ve sosyodemografik özelliklerinden bağımsız olarak relapsları etkilediğidir. Çalışmamız

sonucunda düşük benlik saygısının tedavi sonrası 6. ayda yüksek relaps ihtimali için ön gördürücü olduğu bulunmuştur. Literatürde benlik saygısının düşük olmasının alkol ve madde kullanım riskini arttırdığını gösteren pek çok çalışma (Swaim ve Stanley, 2019; Toker ve ark., 2011) olmasına karşın AKMB olan bireylerde benlik saygısının relapslarla ilişkisinin incelendiği az sayıda çalışma mevcuttur. Bennet ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada AKB olan bireylerde tedavi sonrası remisyonda kalma süresi ile benlik saygısı düzeyleri arasında pozitif korelasyon olduğu bildirilmiştir (Bennett, 1988). Benzer şekilde Habibi ve arkadaşlarının çalışmasında, problem çözme eğitiminin madde kullanım bozukluğu hastalarında benlik saygısı, öz yeterlilik ve relapslar üzerindeki etkisine bakılmış ve eğitim sonrası benlik saygısı ve özyeterlilikte anlamlı artış ile relapslarda azalma saptanmıştır (Habibi ve ark., 2016). AKB nedeniyle yatarak tedavi gören hastalarla yapılan diğer bir çalışmada ise hem başlangıçtaki benlik saygısı düzeylerinin hem de tedavi sonrası benlik saygısındaki artışın relapslar ile ilişkisinin olmadığı bildirilmiştir (Trucco ve ark., 2007). Bağımlılıktan kurtulmada benlik saygısının, iyilik halinin sürdürülebilmesi için bir belirleyici olduğu düşünülmekle beraber literatürde bu alanda çelişkili sonuçlara rastlanmıştır. Çalışmamızda relapsları etkileyebileceği tahmin edilen pek çok değişken arasından benlik saygısının bir ön gördürücü olarak ön plana çıkması bu açıdan kıymetlidir. Bu bilgiler ışığında, benlik saygısının relapslar üzerine etkisinin hangi mekanizmalar aracılığı ile olduğunun anlaşılabilmesi ve bunların tedavide belirleyici olabilmesi için ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre bağımlılık nedeniyle geçmişteki yatış sayısının fazla olması tedavi sonrası tüm aylarda relaps olma durumunun ön gördürücüsüdür. Tedavi sonrası 6. ayda relaps olma ihtimali her bir fazla yatış için 2,34 kat artmaktadır. Benzer şekilde Donovan ve arkadaşları tarafından AKB bireylerle yapılan 6 aylık takip çalışmasında, relaps ön gördürücüleri incelenmiş ve geçmiş yatış sayısının fazla olmasının kötü prognoz göstergesi olduğu bulunmuştur (İto ve Donovan, 1990). Yates ve arkadaşlarının çalışmasında da AKB olan bireyler arasında kötü tedavi sonucunu ön gören faktörlerden birinin daha fazla sayıda geçmiş yatış öyküsünün varlığı olduğu bulunmuştur (Yates ve ark., 1993). Geçmiş yatış sayısı ile relapslar arasında anlamlı ilişkinin bulunmadığı bir çalışmada ise bu

sonucun örneklemin yeterli büyüklükte olmamasından kaynaklanıyor olabileceği öne sürülmüştür (Mercandağı ve Yazıcı, 2023). Relapsın belirleyicilerinden geçmiş yatış sayısının fazla olması değiştirilebilir bir faktör olmamakla beraber hastalar arasında riskli grubun belirlenmesi ve tedavi planlanması açısından önemli olabilir.

Çalışmamızda yatışın ilk gününde bakılan aşerme ölçeği puanının yüksek olmasının tedavi sonrası tüm aylarda yüksek relaps oranını ön gördüğü bulunmuştur. Benzer şekilde O'Connor ve arkadaşlarının çalışmasında da ayaktan tedavi görmekte olan AKB hastalarında tedavi başvurusu sırasındaki yüksek aşermenin hem tedavi sırasında hem de tedavi sonrası 12 aylık takiplerde nüksetmeyi ön gördüğü bulunmuştur (O'Connor ve ark., 1991). Yatarak tedavi görmekte olan AKB hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada ise aşermenin şiddetinin 6 aylık takipte relaps ile ilişkili ana faktör olduğu bulunmuştur (Evren ve ark., 2010). Aşermenin kötü prognoz açısından ön gördürücü bir belirti olarak tanımlanması, tedavi planlanması açısından önemli olabilir. Aşermesi yüksek olan hastalar relaps açısından riskli olarak belirlenip, davranışsal veya farmakolojik tedavilerle aşerme kontrol altına alınabilir veya azaltılabilirse tedavi başarısı artırılabilir.

Çalışmamızın diğer bir bulgusu ise relaps grupları arasında tüm aylarda SAMBA eğitimini tamamlama açısından anlamlı fark olduğu ve SAMBA eğitimini tamamlayan hastaların daha düşük oranda relaps olduğudur. Bu bulgular relapsın ön gördürücülerinin incelendiği lojistik regresyon analizi ile desteklenmektedir. SAMBA eğitimini tamamlamanın 1, 3 ve 6. aylarda düşük relaps oranını ön gördüğü saptanmıştır. Yapılandırılmış tedavi programlarının uygulanmasının AMKB olan bireylerde tedavi sürecini olumlu etkilediği ve madde kullanımını azalttığı bilinmektedir (İLHAN ve ark., 2003; Sorsdahl ve ark., 2015; Yılmaz ve ark., 2014). SAMBA ülkemizde bağımlılık kliniklerinde uygulanmakta olan etkinliği test edilmiş, yapılandırılmış bir tedavi programıdır. SAMBA etkinliğinin test edildiği pilot çalışmada, katılımcıların relapsı önleme konusunda yeterince bilgili olmadıkları saptanmış ve bu sebeple programın odağının relapsı önleme üzerinde olması önerilmiştir (Ögel ve ark., 2011). SAMBA'nın denetimli serbestlik kapsamında programa dahil edilen madde kullanıcılarının tedavisine etkisinin araştırıldığı çalışmada, SAMBA'yı tamamlamanın idrar testi sonuçlarında pozitifliği azalttığı ve tedaviye uyumu arttırdığı bildirilmiştir (Ögel ve ark., 2016). Ancak AMKB

nedeniyle tedavi görmekte olan bireylerde tedavi sonrası relaps üzerine etkilerinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. SAMBA'yı tamamlamanın düşük relaps olasılığını ön gördürdüğüne dair bulgumuz hem SAMBA etkinliğine dair pilot çalışmanın önerilerini desteklemektedir hem de literatüre bu alandaki eksiklik açısından katkı sağlamaktadır.

Çalışmamızda şimdiki yatışa ait yatarak tedavi süresinin uzunluğunun tüm aylarda relaps olan gruplarda anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur. Ancak yapılan regresyon analizinde yatış süresinin relaps olma ihtimaline anlamlı etkisinin olmadığı saptanmıştır. Kliniğimizde yatarak tedavi süresi ortalama 21 gündür ve bu süre SAMBA eğitimlerinin tamamlanmasına göre belirlenmektedir. Hastalar SAMBA eğitimlerini tamamladıklarında taburcu edilmektedirler, kendi isteği ile daha kısa sürede taburcu olan hastalar ise eğitimlerini tamamlamadan taburcu olmaktadır. Çalışmamızda yatış süresinin relaps grupları arasında fark göstermesinin SAMBA'nın etkisi nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Lojistik regresyon analizi sonuçları bu durumu desteklemektedir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre hastaların geçmişte tedavi başvurusunun olmaması 1, 3 ve 6. aylarda relaps ihtimalinin daha yüksek olmasını ön gördürmektedir. İlk defa tedaviye başvuran bireylerde relaps riskinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum bağımlılığın tekrarlayıcı doğası ve sıklıkla birden fazla kez tedavi gereksiniminin olması ile uyumludur (Ögel, 2002). Chaiton ve arkadaşlarının çalışmasında sigara bırakmanın çok sayıda denemeden sonra başarılı olduğu ortaya konmuştur (Chaiton ve ark., 2016). Tedaviye ilk kez başvuran hastalarda relaps riskinin yüksek olması, tedavi planında relaps ile ilgili bilgilendirme ve önleme yaklaşımlarına ağırlık verilmesi açısından kıymetlidir.

Çalışmamızda fiziksel hastalık varlığının tedavi sonrası birinci ayda düşük relaps ihtimalini ön gördüğü bulunmuştur. Ancak üçüncü ve altıncı aylarda bu ilişki devam etmemektedir. Bu durum fiziksel hastalık varlığının bağımlı kişilerde tedavi motivasyonunu arttırmasından kaynaklanıyor olabilir ancak bu etki uzun dönemde devam etmiyor gibi görünmektedir. Literatürde akciğer kanseri tarama sonuçlarının sigarayı bırakma üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, tarama sonuçlarında anormallik (malignite şüphesi olmasa dahi) saptanan hastaların, tarama sonuçları

tamamen normal gelen hastalara göre sigarayı bırakma oranlarının anlamlı derecede yüksek geldiği bulunmuştur (Tammemägi ve ark., 2014). AMKB de ise bu ilişkinin incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu alanda literatüre katkı sağlamaktadır.

Literatürde AMKB olan bireylerde relapsla ilişkili faktörleri inceleyen birçok çalışmada, düşük sosyoekonomik seviyenin relapsı ön gördürdüğü tespit edilmiştir (Janowsky ve ark., 2001; Noone ve ark., 1999; Sandahl, 1984). Çalışmamızda gelir düzeyi 1 asgari ücret ve altında olanların 6. ayda anlamlı derecede daha yüksek oranda relaps olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, 6. ayda relaps ön gördürücüleri tespit edebilmek için oluşturulan lojistik regresyon modelinde de anlamlılığını korumuş ve gelir düzeyi düşük olanların relaps açısından daha riskli oldukları tespit edilmiştir. Bulgularımız düşük sosyoekonomik seviyenin yüksek relaps ihtimaliyle ilişkili olduğunu bildiren literatürü desteklemektedir.

Çalışmamızda takip süresince relaps grupları arasında BAPİ toplam puanı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde bağımlılık şiddetinin relaps oranlarını arttırdığını gösteren pek çok çalışma mevcuttur (Sandahl, 1984; Saunders ve Allsop, 1987). Benzer şekilde ülkemizde de bağımlılık şiddetinin, bağımlılık süresinin, başlama yaşının genç olmasının ve birden fazla madde kullanımının relaps oranlarında artışı ön gördüğünü bildiren çalışma mevcuttur (Doğruer ve ark., 2002). Çalışmamızda literatürle çelişen bu bulgunun sebebi çalışmaya katılan hastaların büyük ölçüde bağımlılık şiddeti orta-yüksek olan hastalar olması ve örneklem belirlenmesinde bağımlılık şiddeti açısından seçim yanlılığı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Çalışmamızın nispeten küçük bir örneklemede sadece yatarak tedavi alan ve bağımlılık şiddeti orta-yüksek olan hastalarla yapılması bulgularımızın genellenebilirliği açısından bir kısıtlılıktır. Ayrıca madde alt gruplarında yeterli sayıya ulaşamaması, grupların madde çeşidine göre birbiriyle karşılaştırılamaması neden olmaktadır. Çalışmamızda kadın cinsiyetteki hasta sayısı azdır ve bu sebeple cinsiyetler arası karşılaştırma yapılamamıştır. Kontrol grubunun olmaması da çalışmamızın bir kısıtlılığıdır.

Bu çalışmanın önemli güçlü yanları vardır. Çalışmamızın en önemli avantajı AMKB nedeniyle tedavi gören hastaların 6 ay süreyle izlendiği, prospektif çalışma olmasıdır. Bağımlılıkta klinik izlem çalışmaları az sayıdadır ve çalışmamız literatüre bu alanda katkı sağlamaktadır. Ayrıca çalışmamıza dahil edilen tüm hastalar yapılandırılmış SCID-1 ve SCID-2 görüşmesi ile değerlendirilmiştir. Bu sayede hastaların klinik durumu ile ilgili veriler standardize edilmiştir. Burada AMKB'nun çok yönlü doğasını hesaba katarak stigma ve benlik saygısının relapslarla ilişkisini araştırırken ,ilişkili olabilecek bir çok faktörün de analize dahil edilmesinin çalışmanın en önemli güçlü yönü olduğunu belirtmek gerekir.

Sonuç olarak çalışmamızda düşük benlik saygısının tedavi sonrası 6. Ayda yüksek relaps oranını öngördüğü, hastaların geçmişte bağımlılık nedeniyle yatış sayısının fazla olmasının, yatışın ilk gününde bakılan aşerme puanının yüksekliğinin, tedavi süresince uygulanan SAMBA programını tamamlamamış olmanın ve daha önce bağımlılık nedeniyle tedavi başvurusunun olmamasının tüm aylarda yüksek relaps oranını öngördüğü bulunmuştur. Fiziksel hastalık varlığı erken dönemde düşük relapsı öngörmekte iken gelir düzeyinin düşük olması 6. ay sonunda yüksek relaps olasılığını öngörmektedir.

Relapsla ilgili risk faktörlerinin belirlenmesi, tedavi stratejilerini geliştirmek açısından önemlidir. Bu çalışma, literatürde bu alanda yapılan az sayıda izlem çalışmalarından biridir ve AMKB tedavisinde yeni yaklaşımların geliştirilebilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

6. KAYNAKLAR

- Abuse, N. I. o. D. (2007). Drugs, brains, and behavior: The science of addiction. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, US
- Abuse, S. (2005). Mental health services administration: Overview of findings from the 2002 national survey on drug use and health. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.
- Abuse, S. (2013). Mental health services administration. Results from the, 2, 013.
- Acker, C. J. (1993). Stigma or legitimation? A historical examination of the social potentials of addiction disease models. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25(3), 193-205.
- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and alcohol dependence*, 88(2-3), 188-196.
- Akhan, L. U., & Gezgin Yazici, H. (2023). The Internalized Stigma and Self-Esteem in Individuals with Alcohol and Risky Substance Use Disorder. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 41(1), 3-14.
- AKSOY, A., & ÖGEL, K. (2005). Sokakta ya ayan çocuklarda kendine zarar verme davran ve madde kullan m. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 163-169.
- Alban, K. (2018). Alkol-madde bağımlısı bireylerde içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı; Elazığ ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi amatem örneği/Alcohol-and drug-addicted individuals internalized stigmatization and self-esteem Elazığ mental health hospital, amatem example.
- Alikaşifoğlu, M., & Ercan, O. (2009). Ergenlerde riskli davranışlar. *Turkish Archives of Pediatrics*, 44(1).
- Alterman, A. I., McKay, J. R., Mulvaney, F. D., Cnaan, A., Cacciola, J. S., Tourian, K. A., Rutherford, M. J., & Merikle, E. P. (2000). Baseline prediction of 7-month cocaine abstinence for cocaine dependence patients. *Drug and alcohol dependence*, 59(3), 215-221.
- Altıntoprak, A. E., Evren, E. C., Aydemir, Ö., Eslek, A. Y., Can, Y., Mutlu, E., Tokuçoğlu, L., Deveci, A., Coşkunol, H. (2015). Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği (Clinical Opiate Withdrawal Scale-COWS) Türkçe Sürümünün Güvenilirliği ve Geçerliliği.
- Arılık, M. (2019). Madde Bağımlılarının Damgalanma Sonrası Bağımlılık Döngüsü.
- Avşar, G., Filiz, K., & Aslan, G. (2016). Madde bağımlısı hastalarda sosyal destek ve benlik saygısı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*(1), 44-49.
- Bennett, G. (1988). Stress, social support, and self-esteem of young alcoholics in recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 9(2), 151-167.
- Birtel, M. D., Wood, L., & Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry research*, 252, 1-8.
- Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2015). Texto introductorio de psiquiatria. Editorial El Manual Moderno.
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive psychiatry*, 55(1), 221-231.

- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC health services research*, 10(1), 1-11.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American psychologist*, 41(7), 765.
- Bruno, F. J. (1982). Psikoloji tarihine giriş. Ege Üniversitesi.
- Cama, E., Brener, L., Wilson, H., & von Hippel, C. (2016). Internalized stigma among people who inject drugs. *Substance use & misuse*, 51(12), 1664-1668.
- Can Gür, G., Tanriverdi, D., Ariti, M., & Özgün Öztürk, F. (2022). The adaptation of the substance use stigma mechanism scale (SU-SMS) into Turkish: A validity and reliability study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 28(4), 295-305.
- Caplehorn, J. R., Irwig, L., & Saunders, J. B. (1996). Physicians' attitudes and retention of patients in their methadone maintenance programs. *Substance use & misuse*, 31(6), 663-677.
- Chaiton, M., Diemert, L., Cohen, J. E., Bondy, S. J., Selby, P., Philipneri, A., & Schwartz, R. (2016). Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ open*, 6(6), e011045.
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 219-225.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C., & Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28(1), 91-102.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(1), 35.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875-884.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Heyrman, M. L., Warpinski, A., Gracia, G., Slopen, N., & Hall, L. L. (2005). Structural stigma in state legislation. *Psychiatric Services*, 56(5), 557-563.
- Crapanzano, K. A., Hammarlund, R., Ahmad, B., Hunsinger, N., & Kullar, R. (2018). The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Substance abuse and rehabilitation*, 1-12.
- Crawford, A. D., McGlothen-Bell, K., Recto, P., McGrath, J. M., Scott, L., Brownell, E. A., & Cleveland, L. M. (2022). Stigmatization of pregnant individuals with opioid use disorder. *Women's Health Reports*, 3(1), 172-179.
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Agrawal, S., & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive behaviors*, 18(3), 347-353.
- Çuhadaroğlu, F. (1986). Adolesanlarda benlik saygısı. *Uzmanlık Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

- D'Aunno, T., & Pollack, H. A. (2002). Changes in methadone treatment practices: results from a national panel study, 1988-2000. *Jama*, 288(7), 850-856.
- Degenhardt, L., Stockings, E., Patton, G., Hall, W. D., & Lynskey, M. (2016). The increasing global health priority of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 251-264.
- Doğruer, Z., Türkçapar, M. H., & İnce, A. (2002). Alkol bağımlılığında relaps. *Klinik Psikiyatri*, 5, 43-49.
- Drabble, L., Trocki, K. F., & Klinger, J. L. (2016). Religiosity as a protective factor for hazardous drinking and drug use among sexual minority and heterosexual women: Findings from the National Alcohol Survey. *Drug and alcohol dependence*, 161, 127-134.
- EMCDDA. (2022). Launch of the European Drug Report 2022: Trends and Developments
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*, New York (WW Norton) 1950.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity youth and crisis*, New York (WW Norton) 1968.
- Evren, C., Cetin, R., Durkaya, M., & Dalbudak, E. (2010). Clinical factors associated with relapse in male alcohol dependents during six-month follow-up. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 20(1), 14-22.
- Evren, C., Flannery, B., Çelik, R., Durkaya, M., & Dalbudak, E. (2008). Penn Alkol Aşırma Ölçeği (PAAÖ) Türkçe şeklinin yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlısı hastalarda geçerliği ve güvenilirliği. *Bağımlılık Dergisi*, 9(3), 128-134.
- Evren, C., Gürol, D., & Ögel, K. (2011). Reliability and validity of Turkish Version the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in male substance dependent inpatients. *Turk Psikiyatri Derg*, 22(Suppl 1), 70-71.
- Evren, C., Gürol, D., Ögel, K., & Karadağ, F. (2011). Reliability and validity of the Penn Alcohol Craving Scale (PACS) Revised Version for substance craving in male substance dependent inpatients. *Turk Psikiyatri Derg*, 22(Suppl 1), 70.
- Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Dalbudak, E., Danışmant, B. S., Çakmak, D., & Ryan, R. M. (2006). Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenilirliği. *Journal of Dependence*, 7, 117-122.
- Gectan, E. (1984). *Psikanaliz ve Sonrası*, Maya Matbaacılık. In: Ankara.
- George, M., & Martin, E. (1992). GP's attitudes towards drug users. *The British Journal of General Practice*, 42(360), 302.
- Giddens, A. (2000). *Sociology (Sosyoloji)*, (Yay. Haz: H. Özel ve C. Güzel). Ankara: Ayraç Kitabevi.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* Prentice Hall, UK: Englewood Cliffs NJ.
- Goffman, E. (1997). Selections from stigma. *The disability studies reader*, 203, 215.
- Goffman, E. (2014). Stigma. *Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*, 22, 156-171.
- Goliath, V., & Pretorius, B. (2016). Peer risk and protective factors in adolescence: Implications for drug use prevention. *Social work*, 52(1), 113-129.

- Gordon, A. J., & Zrull, M. (1991). Social networks and recovery: One year after inpatient treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 8(3), 143-152.
- Grønnestad, T. E., & Sagvaag, H. (2016). Stuck in limbo: illicit drug users' experiences with opioid maintenance treatment and the relation to recovery. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11(1), 31992.
- Guerrero, L. R., Dudovitz, R., Chung, P. J., Dosanjh, K. K., & Wong, M. D. (2016). Grit: A potential protective factor against substance use and other risk behaviors among Latino adolescents. *Academic pediatrics*, 16(3), 275-281.
- Guliyev, C., Ince-Guliyev, E., & Ögel, K. (2022). Predictors of Relapse to Alcohol and Substance Use: Are There Any Differences between 3 and 12 Months after Inpatient Treatment? *Journal of Psychoactive Drugs*, 54(4), 358-367.
- Habibi, R., Nasrabadi, A. N., Hamedan, M. S., & Moqadam, A. S. (2016). The effects of family-centered problem-solving education on relapse rate, self efficacy and self esteem among substance abusers. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 5(1).
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Cronkite, R. C., & Randall, P. K. (2001). Drinking to cope, emotional distress and alcohol use and abuse: a ten-year model. *Journal of studies on alcohol*, 62(2), 190-198.
- Hunt, W. A., Barnett, L. W., & Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of clinical psychology*.
- Hülya, K., & Demir, S. (2018). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*, 43(1), 99-106.
- Hyman, S. M., & Sinha, R. (2009). Stress-related factors in cannabis use and misuse: implications for prevention and treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 36(4), 400-413.
- İçişleri Bakanlığı, T. (2018). İçişleri Bakanlığı, T. C., Türkiye’de genel nüfusta tütün, allkol ve madde kullanımına yönelik tutum ve davranış araştırması raporu, 2018, Ankara.
- İlhan, Ö. İ., Demirbaş, H., Yarpuz, Y. A., Doğan, Y. B. (2003). Alkol bağımlılığında remisyon süresi üzerinde etkili olan değişkenler. *Bağımlılık Dergisi*, 4(2), 57-61.
- Ito, J., & Donovan, D. (1990). Predicting drinking outcome: Demography, chronicity, coping, and aftercare. *Addictive behaviors*, 15(6), 553-559.
- Janowsky, D. S., Fawcett, J., Meszaros, K., & Verheul, R. (2001). Core heritable personality characteristics and relapse in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25, 94S-98S.
- Jones, E. E. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. WH Freeman.
- Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., Cinculova, A., Ociskova, M., Holubova, M., & Smoldasova, J. (2016). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient preference and adherence*, 1289-1298.
- Katkak, B. (2008). *Psikozlu Hasta Yakınlarında Stigmatizasyon*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kluckhohn, C., & Murray, H. A. (1953). *Personality in nature, Society, and Culture*, Knopf, New York.

- Kohut, H., Atbaşoğlu, C., B y k kal, B., &  şcan, C. (1998). Kendiliğin     mlenmesi: Narsisistik kişilik bozukluklarının psikanalitik tedavisine sistemli bir yaklaşım. Metis.
- Koob, G. F. (2006). The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction*, 101, 23-30.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of health and social behavior*, 177-190.
- Luikinga, S. J., Kim, J. H., & Perry, C. J. (2018). Developmental perspectives on methamphetamine abuse: Exploring adolescent vulnerabilities on brain and behavior. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 78-84.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction research & theory*, 16(2), 149-165.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: a randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(1), 43.
- Luoma, J. B., Kulesza, M., Hayes, S. C., Kohlenberg, B., & Larimer, M. (2014). Stigma predicts residential treatment length for substance use disorder. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 40(3), 206-212.
- Luoma, J. B., O'Hair, A. K., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2010). The development and psychometric properties of a new measure of perceived stigma toward substance users. *Substance use & misuse*, 45(1-2), 47-57.
- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., & Fisher, G. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive behaviors*, 32(7), 1331-1346.
- Marcussen, K., Ritter, C., & Munetz, M. R. (2010). The effect of services and stigma on quality of life for persons with serious mental illnesses. *Psychiatric Services*, 61(5), 489-494.
- Marin, S., Heshmatian, E., Nadrian, H., Fakhari, A., & Mohammadpoorasl, A. (2019). Associations between optimism, tobacco smoking and substance abuse among Iranian high school students. *Health Promotion Perspectives*, 9(4), 279.
- Mercandağı, E., & Yazici, A. B. Alkol ve madde kullanım bozukluklarında travmatik yaşantılar n ksleri nasıl etkiliyor? *KL N K PS K YATR  DERG ş *, 26(2), 132-142.
- Merz, F. (2018). United Nations Office on Drugs and Crime: World Drug Report 2017. 2017. *SIRIUS-Zeitschrift f r Strategische Analysen*, 2(1), 85-86.
- Miller, N. S., Sheppard, L. M., Colenda, C. C., & Magen, J. (2001). Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol-and drug-related disorders. *Academic Medicine*, 76(5), 410-418.

- Minior, T., Galea, S., Stuber, J., Ahern, J., & Ompad, D. (2003). Racial differences in discrimination experiences and responses among minority substance users. *Ethnicity & disease*, 13(4), 521-527.
- Moos, R. H. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100(5), 595-604.
- Nawi, A. M., Ismail, R., Ibrahim, F., Hassan, M. R., Manaf, M. R. A., Amit, N., Ibrahim, N., & Shafurdin, N. S. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC public health*, 21(1), 1-15.
- Nebioğlu, M., Yalnız, H., & Geçici, Ö. (2013). Opiyat bağımlılarında diğer maddelerin kullanımı ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi.
- Nguyen, N. N., & Newhill, C. E. (2016). The role of religiosity as a protective factor against marijuana use among African American, White, Asian, and Hispanic adolescents. *Journal of Substance Use*, 21(5), 547-552.
- Njoroge, M. (2018). Review on treatment of substance use disorders. *Journal of addiction research and therapy*, 9(1), 1-8.
- Noone, M., Dua, J., & Markham, R. (1999). Stress, cognitive factors, and coping resources as predictors of relapse in alcoholics. *Addictive behaviors*, 24(5), 687-693.
- O'Connor, P. G., Gottlieb, L. D., Kraus, M. L., Segal, S. R., & Horwitz, R. I. (1991). Social and clinical features as predictors of outcome in outpatient alcohol withdrawal. *Journal of General Internal Medicine*, 6, 312-316.
- Olçay, Ç., Dağlı, D. A. (2017). Alkol bağımlılarında içselleştirilmiş damgalama, suçluluk ve utanç duyguları. *Bağımlılık Dergisi*, 18(4), 145-151.
- Oran, N. T., & Şenuzun, F. (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-16.
- Organization, W. H. (2015). Update of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guidelines for mental, neurological and substance use disorders, 2015. World Health Organization.
- Organization, W. H. (2019). Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization.
- Ögel, K. (2002). Madde Bağımlılarına Yaklaşım ve Tedavi (Doktorlar, Psikologlar, Rehberler ve Diğer İlgilenenler İçin). IQ Kültür Sanat.
- Ögel, K. (2004). Alkol ve madde kullanım bozukluklarında damgalanma.
- Ögel, K. (2005). Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 1(47), 61-64.
- Ögel, K. (2010). Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: Tanı, tedavi ve önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları, 3-4.
- Ögel, K. (2017). Bağımlılık ve tedavisi temel kitabı. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Ögel, K., Bilici, R., Bahadır, G. G., Maçkan, A., Orhan, N., & Tuna, O. (2016). Denetimli serbestlikte, sigara, alkol madde bağımlılığı tedavi programı (SAMBA) uygulamasının etkinliği. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 17(4), 270-277.
- Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F., & Gürol, T. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 264-273.

- Ögel, K., Karali, A., Tamar, D., & Çakmak, D. (1998). Alkol Ve Madde El Kitabı. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.
- Ögel, K., Koç, C., Karalar, B., Başabak, A., Aksoy, A., İşmen, M., & Yeroham, R. (2011). Effectiveness of an addiction treatment program called SAMBA: A pilot study. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 21(Suppl 2), 150-151.
- Ögel, K., Koç, C., Karalar, B., Başabak, A., Aksoy, A., İşmen, M., Yeroham, R., & Cezaevi, U. (2011). Samba isimli bir bağımlılık tedavi programının etkinlik çalışması. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 21(2), S150-151.
- Özmen, S., & Erdem, R. (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185-208.
- Öztürk, M. O. (1998). Psikanaliz ve psikoterapi.
- Page, S. (2009). Psychiatric stigma: Two studies of behaviour when the chips are down. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 2(1), 13-19.
- Pasareanu, A. R., Vederhus, J.-K., Opsal, A., Kristensen, Ø., & Clausen, T. (2016). Improved drug-use patterns at 6 months post-discharge from inpatient substance use disorder treatment: results from compulsorily and voluntarily admitted patients. *BMC health services research*, 16(1), 1-7.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salah, J., Struening, E. L., & Link, B. G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatr Serv*, 52(12), 1627-1632.
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abidin, E., Vaingankar, J. A., Lim, S., Poh, C. L., & Chong, S. A. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry research*, 246, 500-506.
- Radcliffe, P., & Stevens, A. (2008). Are drug treatment services only for 'thieving junkie scumbags'? Drug users and the management of stigmatised identities. *Social science & medicine*, 67(7), 1065-1073.
- Ramo, D. E., & Brown, S. A. (2008). Classes of substance abuse relapse situations: a comparison of adolescents and adults. *Psychology of addictive behaviors*, 22(3), 372.
- Ramsewak, S., Putteeraj, M., & Somanah, J. (2020). Exploring substance use disorders and relapse in Mauritian male addicts. *Heliyon*, 6(8).
- Randles, D., & Tracy, J. L. (2013). Nonverbal displays of shame predict relapse and declining health in recovering alcoholics. *Clinical Psychological Science*, 1(2), 149-155.
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and alcohol review*, 24(2), 143-155.
- Room, R., Rehm, J., Trotter II, R. T., Paglia, A., & Üstün, T. B. (2001). Cross-cultural views on stigma, valuation, parity, and societal values towards disability.
- Rosenberg, M. (1979). Conceiving the self. In *Conceiving the self* (pp. 318-318).
- Rosenberg, M. (2015). *Society and the adolescent self-image*. Princeton university press.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, 20(8), 529-539.

- Saatçioğlu, Ö., Yapıcı, A., Ciğerli, G., Üney, R., Çakmak, D. (2007). Yatarak tedavi gören bağımlı hastalarda nüksün değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 8(3), 133-137.
- Sadock, B. J. (2015). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry (Vol. 2015). Wolters Kluwer Philadelphia, PA.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2016). *Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Artmed Editora.
- Sandahl, C. (1984). Determinants of relapse among alcoholics: a cross-cultural replication study. *International journal of the addictions*, 19(8), 833-848.
- Saunders, B., & Allsop, S. (1987). Relapse: A psychological perspective. *British Journal of Addiction*.
- Saygın, Y. (2008). Üniversite öğrencilerinin sosyal destek, benlik saygısı ve öznel iyi oluş düzeylerinin incelenmesi Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü].
- Schinke, S., Schwinn, T., Hopkins, J., & Wahlstrom, L. (2016). Drug abuse risk and protective factors among Hispanic adolescents. *Preventive medicine reports*, 3, 185-188.
- Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J., & Lucht, M. (2011). Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and alcohol dependence*, 114(1), 12-17.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and alcoholism*, 46(2), 105-112.
- Schuckit, M. A. (2014). Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *New England Journal of Medicine*, 371(22), 2109-2113.
- Slidrecht, W., de Waart, R., Witkiewitz, K., & Roozen, H. G. (2019). Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry research*, 278, 97-115.
- Smith, L. R., Earnshaw, V. A., Copenhaver, M. M., & Cunningham, C. O. (2016). Substance use stigma: Reliability and validity of a theory-based scale for substance-using populations. *Drug Alcohol Depend*, 162, 34-43.
- Smith, L. R., Earnshaw, V. A., Copenhaver, M. M., & Cunningham, C. O. (2016). Substance use stigma: Reliability and validity of a theory-based scale for substance-using populations. *Drug and alcohol dependence*, 162, 34-43.
- Sorsdahl, K., Stein, D. J., Corrigan, J., Cuijpers, P., Smits, N., Naledi, T., & Myers, B. (2015). The efficacy of a blended motivational interviewing and problem solving therapy intervention to reduce substance use among patients presenting for emergency services in South Africa: A randomized controlled trial. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 10, 1-10.
- Spears, R., & Manstead, A. S. (1989). The social context of stereotyping and differentiation. *European Journal of Social Psychology*, 19(2), 101-121.
- Swaim, R. C., & Stanley, L. R. (2019). Self-esteem, cultural identification, and substance use among American Indian youth. *Journal of Community Psychology*, 47(7), 1700-1713.

- Tammemägi, M. C., Berg, C. D., Riley, T. L., Cunningham, C. R., & Taylor, K. L. (2014). Impact of lung cancer screening results on smoking cessation. *Journal of the National Cancer Institute*, 106(6), dju084.
- Together, J. (2003). Ending discrimination against people with alcohol and drug problems.
- Toker, T., Tiryaki, A., Özçürümez, G., & İskender, B. (2011). Madde Kullananlarda Çocukluk Örselenme Yaşantılarının, Madde Kullanma Eğilimi, Benlik Saygısı ve Başa Çıkma Tutumları ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Topkaya, N. (2011). Psikolojik yardım alma niyetinin sosyal damgalanma, tedavi korkusu, beklenen yarar, beklenen risk ve tutum faktörleriyle modellenmesi.
- Trucco, E. M., Connery, H. S., Griffin, M. L., & Greenfield, S. F. (2007). The relationship of self-esteem and self-efficacy to treatment outcomes of alcohol-dependent men and women. *American Journal on Addictions*, 16(2), 85-92.
- Ulukoca, N., Gökgöz, Ş., & Karakoç, A. (2013). Kırklareli üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4), 230-234.
- UNODC. (2022). World Drug Report
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2), 23-35.
- Vastag, B. (2003). Addiction poorly understood by clinicians. *Jama*, 290(10), 1299-1303.
- WHO, U. (2014). Global status report on alcohol and health, 2014. World Health Organization.
- Yates, W. R., Booth, B. M., Reed, D. A., Brown, K., & Masterson, B. J. (1993). Descriptive and predictive validity of a high-risk alcoholism relapse model. *Journal of studies on alcohol*, 54(6), 645-651.
- Yazici, A. B., Yazici, E., Akkisi Kumsar, N., & Erol, A. (2015). Addiction profile in probation practices in Turkey: 5-year data analysis. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2259-2263.
- Yılmaz, A., Can, Y., Bozkurt, M., & Evren, C. (2014). Alkol ve madde bağımlılığında remisyon ve depresme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3), 243-256.
- Young, M., Stuber, J., Ahern, J., & Galea, S. (2005). Interpersonal discrimination and the health of illicit drug users. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 31(3), 371-391.
- Yörükoğlu, A. (1986). Gençlik çağı. Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Yücel, F. N., Doğan, K., Pamir, R. N., Erkuş, S., Keşir, Ü., Zengin, O. (2020). Alkol bağımlisi bireylerde benlik saygısı, algılanan sosyal destek ve başatma stratejileri: adsız alkolikler örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*(15), 50-64.
- Yüncü, Z., Aydın, C., Coşkunol, H., Altıntoprak, E., & Bayram, A. T. (2006). Çocuk ve ergenlere yönelik bir bağımlılık merkezine iki yıl süresince başvuran olguların sosyodemografik değerlendirilmesi.
- Zorlu, N., Türk, H., Manavgat, A. İ., Karadaş, B., & Gülseren, Ş. (2011). Denetimli serbestlik uygulaması kapsamında başvuran hastalarda sosyodemografik, klinik özelliklerin ve alkol kullanım bozukluğu sıklığının geriye dönük

değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(4).



7. EKLER

7.1. EK-1: Etik kurul kararı



7.2. EK-2: Sosyo Demografik Veri Formu

Sosyodemografik Veri Formu	
1. Ad Soyadı: 2. Doğum tarihiniz: Yaşınız: 3. Cinsiyet: a) erkek b) kadın 4. Medeni Durumunuz: a) evli b) bekar c) boşanmış d) eşi vefat etmiş 5. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız? a) yalnız b) sadece eşinizle c) eş ve çocuklar d) anne ve baba e) diğer 6. Eğitim düzeyiniz? a) İlköğretim b) Lise c) yüksek okul veya üniversite d) diğer.. 7. Doğum yeri : a) kırsal b) kentsel 8. Şu an yaşadığınız yer? a) köy b) kasaba c) şehir d) diğer.....belirtiniz 9. Çocukluğunuzu geçirdiğiniz yer? a) köy b) kasaba c) şehir d) diğer.....belirtiniz	10. Gelir düzeyiniz nedir ? a) 4500 tl'nin altında b) 4500 ile 9000 tl arasında c) 9000 ile 13500 tl arası d) 13500 tl ve üzeri 11. Bir işte çalıştınız mı? a) Düzenli çalışıyorum b) Yarı zamanlı çalışıyorum c) Çalışmıyorum d) Daha önce düzenli çalıştım e) Hiç çalışmadım f) Öğrenci 12. çalışıyorsanız çalışmakta olduğunuz birim\ ünite lütfen belirtiniz 13. meslekte çalıştığınız süre nedir? a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl arası c) 5-10 yıl d) 11 yıl ve üzeri 14. sigara kullanıyor musunuz? a) evet b) hayır 15. kronik fiziksel/ruhsal bir hastalığınız var mı? a) evet ise lütfen belirtiniz..... b) hayır 16. İntihar girişimi: a) Yok b) Var

Bundan sonraki maddeler sadece hastalar için:
17. AMATEM servisinde bulunma nedeniniz nedir? a)alkol b)madde c)alkol-madde d)diğer
18. Alkol kullanım sıklığı: a) haftada 1 den az b) haftada 1 kez c) haftada 2 ve üzeri d) her gün
19. Son 1 hafta içinde alkol kullanımı var mı? a)Yok b)Var
20.Alkol kullanmaya başlama yaşı:
21.Alkol kullanımının olduğu toplam süre:
22. Madde kullanım sıklığı: a) haftada 1 den az b) haftada 1 kez c) haftada 2 ve üzeri d) her gün
23. Son 1 hafta içinde madde kullanımı var mı? a)Yok b)Var
24. Şu an kullandığı maddeler:
25. Madde kullanmaya başlama yaşı :
26. Madde kullanımının olduğu toplam süre :
SCID- I DSM tanıları: 1- 2- 3- 4-
SCID-II DSM tanıları: 1- 2- 3- 4-

7.3. EK-3: Madde Kullanımında Damgalama Mekanizması Ölçeği

Kullanım Amacı: MK-DMÖ madde kullanan çok çeşitli topluluklarda kullanılması için geliştirildi. Bu ölçek alkol ve/veya madde kullanımı bozukluğu olan kişiler için gerektiğinde uyarlanabilir. MK-DMÖ geniş çapta, tedavi dışında kalan, tedavi olmak istemeyen, tedavi olmak isteyen ve tedavi sürecindeki madde kullananlar dahil, madde kullanan topluluklara uygulanabilir.

Puanlama: Bütün yanıtlar beşli likert ölçeğine göre verilir ve yüksek puanlar daha fazla madde kullanım damgalanmasını işaret etmektedir. Onaylanmış (6 soru), Beklenen (6 soru) ve İçselleştirilmiş (6 soru) ölçeğin alt boyutlarıyla her bir damgalanma mekanizması için sorulara verilen cevapların ortalaması alınarak toplam puan oluşturulabilir. Onaylanmış ve Beklenen Damgalama için damgalanma kaynağı alt-boyutlarında sağlık çalışanları ile ilgili (3 soru) ve aile üyeleri ile ilgili (3 soru) olmak üzere sırasıyla sorulara verilen cevapların ortalamasının alınması ile de oluşturulabilir.

Talimatlar: Aşağıdaki sorular sizin alkol ve/veya uyuşturucu kullanım geçmişiniz ile ilgilidir. Buna geçmişte veya günümüzde herhangi bir şekilde alkol ve/veya uyuşturucu (madde) kullanım deneyimleri dahildir. Lütfen her bir soru üzerinde düşünün ve cevabınızı işaretleyin. Birinci grup sorular alkol ve/veya uyuşturucu (madde) kullanım **geçmişinizden** dolayı insanların size nasıl davrandığı ile ilgili sorulardır. İkinci grup sorular ise sizin alkol ve/veya uyuşturucu (madde) kullanım geçmişinizden dolayı **gelecekte** insanların size nasıl davranacağı ile ilgilidir. Üçüncü grup sorular ise alkol ve/veya madde kullandığınız için kendinizi nasıl hissettiğiniz ile ilgili sorular mevcuttur.

Onaylanmış Damgalama (uygulamada bu başlık çıkarılabilir.)

Alkol ve/veya uyuşturucu (madde) kullanma geçmişinizden dolayı insanlar size geçmişte ne sıklıkla bu şekilde davrandı? Lütfen cevabınızı işaretleyin.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğu zaman
1	Ailem, benim güvenilmez biri olduğumu düşünürdü.	1	2	3	4	5
2	Ailem, beni hor görürdü.	1	2	3	4	5
3	Ailem, bana farklı davranırdı.	1	2	3	4	5
4	Sağlık çalışanları, benim şikâyetlerimi dinlemezlerdi.	1	2	3	4	5
5	Sağlık çalışanları, benim, hap alışıverişini yaptığımı ya da kafayı bulmak veya hap satmak için onları kandırarak reçeteli ilaç yazdırmaya çalıştığımı düşünürlerdi.	1	2	3	4	5
6	Sağlık çalışanları, benim sağlığımla yeteri kadar ilgilenmezlerdi	1	2	3	4	5

Beklenen Damgalama (uygulamada bu başlık çıkarılabilir)

Sizin alkol ve/veya uyuşturucu (madde) kullanımı geçmişinizden dolayı insanların **gelecekte** size aşağıdaki şekillerde davranma olasılığı ne kadardır?

		Çok düşük ihtimal	Düşük ihtimal	Belirsiz	Muhtemel	Çok Muhtemel
1	Ailem, benim güvenilirmez biri olduğumu düşünecektir.	1	2	3	4	5
2	Ailem, beni hor görecektir.	1	2	3	4	5
3	Ailem, bana farklı davranacaktır.	1	2	3	4	5
4	Sağlık çalışanları, benim şikayetlerimi dinlemeyecekler.	1	2	3	4	5
5	Sağlık çalışanları, benim hap alışverişi yaptığımı ya da kafayı bulmak veya hap satmak için onları kandırarak bana reçeteli ilaç yazdırmaya çalıştığımı düşünecekler.	1	2	3	4	5
6	Sağlık çalışanları benim sağlığımla iyi ilgilenmeyecekler.	1	2	3	4	5

İçselleştirilmiş Damgalama (uygulamada bu başlık çıkarılabilir)

Alkol ve/veya uyuşturucu (madde) kullanım bozukluğunuz hakkında neler hissediyorsunuz?

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Alkol ve/veya uyuşturucu kullanmam bana kendimi kötü biri olduğum hissi veriyor.	1	2	3	4	5
2	Alkol ve/veya uyuşturucu kullandığım için diğer insanlar kadar iyi birisi olmadığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
3	Alkol ve/veya uyuşturucu kullandığım için utanıyorum.	1	2	3	4	5
4	Alkol ve/veya uyuşturucu kullandığımdan dolayı kendimi daha aşağı görüyorum.	1	2	3	4	5
5	Alkol ve/veya uyuşturucu kullanmam, bana kendimi kirli gibi hissettiriyor.	1	2	3	4	5
6	Alkol ve/veya uyuşturucu kullanmam bence iğrenç bir şeydir.	1	2	3	4	5

7.4. EK-4: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Aşağıdaki cümleleri okuyarak sizin için uygun olan şıkkı ışaretleyiniz

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
5. Kendime gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
9. Bazen kesinlikle kendimin işe yaramadığını düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış

7.5. EK-5: Bağımlılık Profil İndeksi



Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.

Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz tek bir şıkkı işaretleyin.

I . Adınız soyadınız (.....)

II . Doğum tarihiniz (.....)

III . Cinsiyetiniz?

☐ Kadın ☐ Erkek

IV . Eğitiminiz?

☐ Okur yazar ☐ İlkokulu bitirmiş ☐ Ortaokulu bitirmiş ☐ Liseyi bitirmiş ☐ Üniversiteyi bitirmiş

V . Medeni durumunuz?

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Ayrı ☐ Boşanmış ☐ Dul ☐ Diğer

VI . Çocuğunuz var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

VII . Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü?

☐ Evet ☐ Hayır

Son BİR yıl içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

Son bir yıl içinde...

	Hiç	Sadece 1-2 kez	Ayda 1-3 kez	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
	☐	☐	☐	☐	☐
1 . Alkol	☐	☐	☐	☐	☐
2 . Esrar (marihuana, joint, gubar vb)	☐	☐	☐	☐	☐
3 . Ecstasy (Ekstazi)	☐	☐	☐	☐	☐
4 . Eroin	☐	☐	☐	☐	☐
5 . Kokain	☐	☐	☐	☐	☐
6 . Taş (krak kokain)	☐	☐	☐	☐	☐
7 . Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar	☐	☐	☐	☐	☐
8 . Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)	☐	☐	☐	☐	☐
9 . Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb)	☐	☐	☐	☐	☐
10 . Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb)	☐	☐	☐	☐	☐
11 . Diğer (LSD, GHB vb)	☐	☐	☐	☐	☐

Dikkat!

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

"[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" yerine alkol içiyorsanız "Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" veya esrar içiyorsanız "Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" biçiminde okuyun.

12 . [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz?

(örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

VIII . [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz, eğer düşünüyorsanız, ne kadar zamandır?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz**13 . Kullandığınız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı?**

(örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14 . Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu?

(örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığınız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

15 . Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı?

(örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16 . Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

17 . [Madde] kullanmaya başladıktan sonra, kullanmayı durdurmakta zorlanıyor musunuz?

(örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

18 . Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

19 . [Maddeyi] aramak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman harcadığınız oldu mu?
(örneğin [madde] bulmak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak zamanınızın büyük bir kısmını kaplıyor mu?)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

20 . [Madde] kullandığınız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?
(örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz**21 . [Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?**

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

22 . [Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

23 . [Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

24 . [Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

25 . [Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

26 . [Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

27 . [Madde] kullanmak başınızı derde soktu mu?

(örneğin kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki-gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık vb)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

28 . [Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamanıza neden oldu mu?

(örneğin maddeyle yakalanmak, ehliyeti kaptırmak, karakola düşmek vb)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

29 . Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

30 . [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız oldu mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

31 . Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

32 . Ne sıklıkta aklınıza [madde] kullanmak ya da [maddenin] keyif verici/rahatlatıcı etkisi geliyor?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

33 . Ne sıklıkta [madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyorsunuz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

34 . [Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

35 . [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

36 . [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

37 . [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7.6. EK-6: Değişime Hazır Olma ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES, SOCRATES-M)

Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği

Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Alkol kullanmamla ilgili gerçekten değişiklik yapmak istiyorum.					
2. Bazen ben alkolik miyim diye merak ediyorum.					
3. Eğer yakın zamanda alkol kullanmamı değiştirmesem sorunlarım giderek kötüleşecek.					
7. Bazen alkol kullanmamın diğer insanlara zarar verip vermediğini merak ediyorum.					
8. Ben sorumlu bir alkol kullanıcısıyım.					
10. Alkol kullanmamı halihazırda değiştirdim ve eski alışkanlığuma geri dönmek için yollar arıyorum.					
11. Alkol kullanmakla ilgili ciddi sorunum var.					
12. Bazen alkol kullanmamı kontrol edebiliyor muyum diye merak ediyorum.					
13. Alkol kullanmam birçok zarara yol açıyor.					
14. Alkol kullanmayı azaltmak ya da kesmek için şimdi aktif olarak bir şeyler yapıyorum.					
15. Daha önce sahip olduğum alkol kullanma sorunlarıma geri dönmek istemiyorum.					
16. Alkol kullanma sorunum olduğunu biliyorum.					
17. Alkolü çok fazla mı içiyorum diye merak ettiğim zamanlar olur.					
18. Ben bir alkoliğim.					
19. Alkol kullanmamı değiştirmek için çok fazla çalışıyorum.					
20. Alkol içmemde bazı değişiklikler yaptım ve eskisi gibi içmeye geri dönmek için yardım istiyorum.					

7.7. EK-7: Tedavi Motivasyon Anketi

Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)					
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Tedavi için geldim, çünkü değişmek istiyorum.					
2.Yardım almazsam kendimi iyi hissetmiyeceğim.					
3.Yasal sistem tarafından tedaviye gönderildim.					
4.Tedavi için geldim, çünkü kendimi suçlu hissediyorum.					
5.Tedavi için geldim, çünkü bu benim için kişisel olarak önemli.					
6.Tedaviyi sürdürmezsem başım belaya girer.					
7.Eğer tedaviyi sürdürmezsem kendimi kötü hissederim.					
8.En iyi kazancım tedaviyi tamamlamaktır.					
9.Tedaviyi sürdürmezsem başansız hissederim.					
10.Tedaviyi sürdürme konusunda seçeneğim olduğunu sanmıyorum.					
11.Tedaviyi sürdürmek kendime yardım etmenin en iyi yoludur.					
12.Tedaviye geldim, çünkü gelmem için baskı gördüm.					
13.Bu programın benim için işe yarayacağından emin değilim.					
14.Bu programın işime yarayacağından eminim.					
15.Tedaviye geldim, çünkü yardım almak istiyorum.					
16.İcmeyi bırakmamda programın bana yardımcı olacağından şüphe ediyorum.					
17.Programda başkalarıyla birlikte kalmak istiyorum.					
18.Başkalarıyla endişelerimi ve hislerimi paylaşmak istiyorum.					
19.Tedavide başkalarıyla yakın çalışmak önemli olacaktır.					
20.Bu tedaviyi seçmekten ben sorumluyum.					
21.Programın sorunlarımı çözmeye yardımcı olacağını düşünmüyorum.					
22.Sorunlarımla ilgilenilmesi için sabırsızlanıyorum.					
23.Tedaviyi seçtim, çünkü tedavi değişmem için bir fırsat.					
24.Bu sefer tedaviden sonuç alacağımdan emin değilim.					
25.Tedavide diğerleriyle endişelerimi paylaşmak rahatlatır.					
26.Yardım ve desteğe ihtiyacım olduğu gerçeğini kabul ediyorum.					

7.8. EK-8: Penn Alkol Aşerme Ölçeği (PAAÖ)

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

PENN ALKOL AŞERME ÖLÇEĞİ (PAAÖ)

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun ve geçtiğimiz hafta süresince alkol aşermenizi (alkol kullanma isteğinizi) en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alın.

1. Geçtiğimiz hafta içinde, içmek ile ilgili ya da içmenin sizi ne kadar iyi hissettireceği ile ilgili ne sıklıkta düşündünüz?
0.....Hiç (geçtiğimiz hafta içinde 0 kez) 1.....Nadiren (geçtiğimiz hafta içinde 1 ila 2 kez) 2.....Ara sıra (geçtiğimiz hafta içinde 3 ila 4 kez) 3.....Bazen (geçtiğimiz hafta içinde 5 ila 10 kez veya günde 1 ila 2 kez) 4.....Sıklıkla (geçtiğimiz hafta içinde 11 ila 20 kez veya günde 2 ila 3 kez) 5.....Çoğu zaman (geçtiğimiz hafta içinde 20 ila 40 kez veya günde 3 ila 6 kez) 6.....Neredeyse her zaman (geçtiğimiz hafta içinde 40 kez den fazla veya günde 6 kez den fazla)
2. Geçtiğimiz hafta içinde, en şiddetli noktasında, aşermeniz ne kadar güçlüydü?
0.....Hiç değildi 1.....Önemsenmeyecek düzeyde, yani çok hafif istek 2.....Hafif istek 3.....Orta düzeyde istek 4.....Güçlü istek, fakat kolaylıkla kontrol edildi 5.....Güçlü istek ve kontrol edilmesi zor 6.....Güçlü istek ve eğer elde edilebilir olsaydı alkol içmiş olurum
3. Geçtiğimiz hafta içinde, içmek ile ilgili ya da içmenin sizi ne kadar iyi hissettireceği ile ilgili düşünmeye ne kadar zaman harcadınız?
0.....Hiç 1.....20 dakikadan az 2.....21-45 dakika 3.....46-90 dakika 4.....90 dakika -3 saat 5.....3 ila 6 saat arası 6.....6 saatten daha fazla
4. Geçtiğimiz hafta içinde, eğer evinizde bir şişe olduğunu bilseydiniz içki içmeye direnmek ne kadar zor olurdu?
0.....Hiç zor olmazdı 1.....Çok hafif zor 2.....Hafif zor 3.....Orta zorlukta 4.....Çok zor 5.....Aşırı zor 6.....Karşı koyamazdım
5. Önceki sorulara cevaplarınızı aklınızda tutarak, lütfen geçen hafta için genel ortalama alkol aşermenizi değerlendirin.
0.....Hiç içme düşüncem olmadı ve hiç içme isteğim olmadı. 1.....Nadiren içmeyle ilgili düşündüm ve nadiren içme isteğim oldu 2.....Ara sıra içmeyle ilgili düşündüm ve ara sıra içme isteğim oldu 3.....Bazen içmeyle ilgili düşündüm ve bazen içme isteğim oldu 4.....Sıklıkla içmeyle ilgili düşündüm ve sıklıkla içme isteğim oldu 5.....Çoğu zaman içmeyle ilgili düşündüm ve çoğu zaman içme isteği oldu 6.....Neredeyse her zaman içmeyle ilgili düşündüm ve neredeyse her zaman içme isteğim oldu

Açıklama: Bir önceki hafta için alkol aşerme şiddetini (sıklık, yoğunluk, süre, direnme ve genel aşerme) değerlendiren 5 maddelik öz bildirim dayalı bir soru formudur. Her madde ayrı ayrı değerlendirilebileceği gibi (0 ila 6 puan arasında) toplam puan üzerinden de (0 ila 30 puan arasında) değerlendirme yapılabilir.

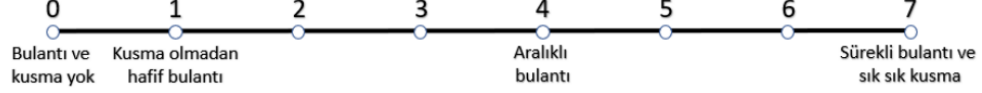
7.9. EK-9: Madde Aşırme Ölçeği

MADDE AŞİRME ÖLÇEĞİ (MAÖ)
Lütfen her maddeyidikkatliceokuyunvegeçtiğimizhaftasüresincemaddeaşırmenizi (maddekullanmaisteginizi) eniyitanımlayansayıyıdaireiçinealın.
1. Geçtiğimizhafta içinde, maddekullanmakileilgiliya da maddekullanmanınızı ne kadariyihissettireceğiileilgili ne sıklıktadüşündünüz? 0.....Hiç (geçtiğimizhafta içinde 0 kez) 1.....Nadiren (geçtiğimizhafta içinde 1 ila 2 kez) 2.....Ara sıra (geçtiğimizhafta içinde 3 ila 4 kez) 3.....Bazen (geçtiğimizhafta içinde 5 ila 10 kezveyagünde 1 ila 2 kez) 4.....Sıklıkla (geçtiğimizhafta içinde 11 ila 20 kezveyagünde 2 ila 3 kez) 5.....Çoğu zaman (geçtiğimizhafta içinde 20 ila 40 kezveyagünde 3 ila 6 kez) 6.....Neredeyse her zaman (geçtiğimizhafta içinde 40 kez den fazlaveyagünde 6 kez den fazla)
2. Geçtiğimizhafta içinde, enşiddetlinoktasında, maddeaşırmeniz ne kadargüçlüydü? 0.....Hiçdeğildi 1.....Önemsenmeyecekdüzeyde, yaniçokhafifistek 2.....Hafifistek 3.....Ortadüzeydeistek 4.....Güçlüistek, fakatkolaylıklakontroledildi 5.....Güçlüistekvekontroledilmesizor 6.....Güçlüistekveeğereldeedilebilirolsaydımaddekullanmışolurdum
3. Geçtiğimizhafta içinde, maddekullanmakileilgiliya da maddekullanmanınızı ne kadariyihissettireceğiileilgilidüşünmeye ne kadar zaman harcadınız? 0.....Hiç 1.....20 dakikadanaz 2.....21-45 dakika 3.....46-90 dakika 4.....90 dakika -3 saat 5.....3 ila 6 saatarası 6.....6 saattendahafazla

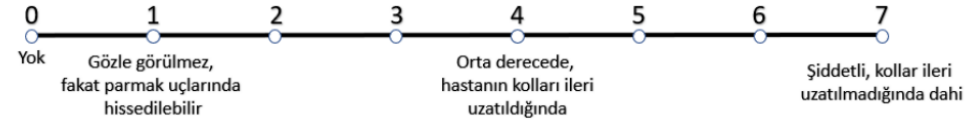
7.10. EK-10: Alkol Yoksunluğu Değerlendirme Ölçeği (CIWA-Ar)

ALKOL YOKSUNLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (CIWA-ar)

1- Bulantı ve Kusma - Bulantınız var mı? Kustunuz mu?" diye sorun. Gözleyin.



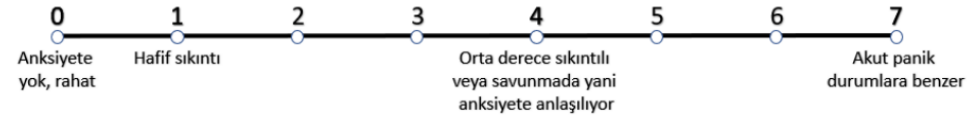
2- Titreme (Tremor) - Kollar ileri uzatılarak parmaklar gözlenir.



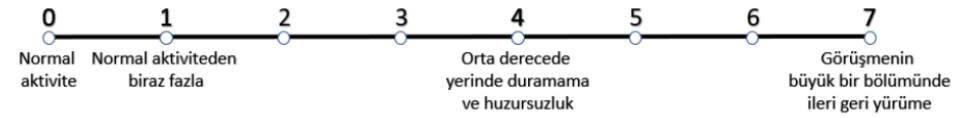
3- Terleme nöbetleri - Gözleyin.



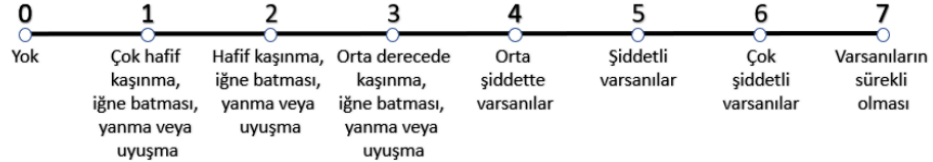
4- Kaygı (Anksiyete) - 'Kendinizi sinirli hissediyor musunuz?' diye sorun. Gözleyin



5- Ajitasyon - Gözleyin.



6- Duyusal (Taktıl) rahatsızlıklar - Kaşınma, iğne batması, yanma, uyuşma veya cildinizin üstünde veya altında böcek yürüyormuş gibi hissetme oluyor mu? diye sorun. Gözleyin



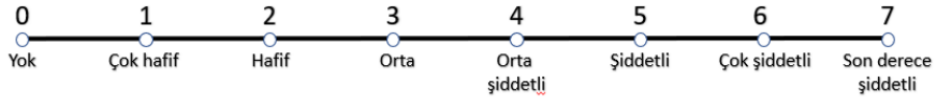
7- İşitsel rahatsızlıklar - Çevrenizdeki sesleri daha fazla fark ediyor musunuz? Bunlar şiddetli mi? Sizi korkutuyorlar mı? Sizi rahatsız eden bir şey duyuyor musunuz? Burada olmayan sesler duyuyor musunuz? diye sorun. Gözleyin



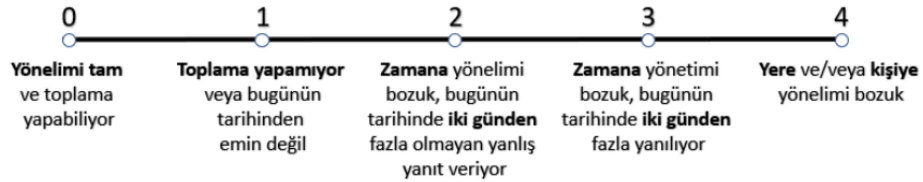
8- Görsel rahatsızlıklar - Işık çok şiddetli gibi geliyor mu? Renkler değişik görünüyor mu? Sizi rahatsız eden herhangi bir şey görüyor musunuz? Burada olmadığını bildiğiniz şeyler görüyor musunuz? diye sorun. Gözleyin.



9- Baş ağrısı ve kafada dolgunluk hissi - “Kafanızda (Başınızda) farklılık hissediyor musunuz?” diye sorun. Baş dönmesini değerlendirmeyin.



10- Yönelim ve algılamada bulanıklık - “Bugün günlerden ne? Neredesiniz? Ben kimim?” diye sorun.



Toplam Puan: _____

Sullivan, J.T.; Sykora, K.; Schneidman, J.; Naranjo, C.A.; and Sellers, E.M. assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar) British Journal of Addiction 84:1353-1357, 1989.

7.11. EK-11: Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği (KOYÖ)

Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği

Her soruda hastanın bulgu ve semptomlarını en iyi tanımlayan puanı daire içine alın. Sadece opiyat yoksunluğu ile doğrudan bağlantısı olan durumları değerlendirin. Örneğin, hasta değerlendirmeden hemen önce koştuysa ve kalp atım sayısı arttıysa, atmış kalp atım sayısı puanlamaya eklenmemelidir.

Hastanın Adı: _____ Tarih ve saat: ____/____/____

Bu değerlendirmenin nedeni: _____

Dinlenme halindeki nabız: (dakikadaki vuruş sayısını kaydet) ____ atım/dakika

Hasta 1 dakika oturduktan veya uzandıktan sonra ölçün

- 0 Nabız atışı 80 ya da altı
- 1 Nabız atışı 81-100
- 2 Nabız atışı 101-120
- 4 Nabız atışı 120'den fazla

Terleme: *son yarım saat içinde, oda sıcaklığı ya da hasta aktivitesine bağlı olmayan*

- 0 Üşüme ya da sıcaklık hissi yok
- 1 Öznel üşüme ya da sıcaklık hissi bildirildi
- 2 Yüz kızarması ya da yüzde gözlemlenebilen nemlenme
- 3 Yüzde ya da alında ter boncukları
- 4 Yüzde ter akışı

Yerinde duramama: *Değerlendirme boyunca gözlem*

- 0 Hareketsiz oturabiliyor
- 1 Hareketsiz oturabiliyor ama zorlandığını ifade ediyor
- 3 Sık sık kol ve bacaklarını hareket ettiriyor ya da ilgisiz (amacsız) hareketler
- 5 Bir kac saniyeden fazla hareketsiz oturamama

Göz bebeklerinin boyutu

- 0 Oda ışığında göz bebeklerinin toplu iğne başı kadar ya da normal boyutta olması
- 1 Göz bebeklerinin oda ışığındaki normal halinden daha büyük olması
- 2 Göz bebekleri orta derecede genişlemiştir
- 5 Göz bebekleri o kadar genişlemiştir ki sadece irisin kenarları görünür

Kemik ya da eklem ağrısı: *Eğer hastanın önceden ağrısı varsa, sadece opiyat yoksunluğuyla ilişkili diğer bileşenler puanlanır*

- 0 Yok
- 1 Hafif yaygın rahatsızlık
- 2 Hasta yaygın kemik ya da eklem ağrısı bildirir
- 4 Hasta kas veya eklemlerini ovuşturur ve sıkıntısı nedeniyle hareketsiz oturamaz