



T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERE UYGULANAN PSİKOEĞİTİMİN
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA VE BENLİK SAYGISI
ÜZERİNE ETKİSİ**

Hande Tuğçe DEMİRCİ

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Latife UTAŞ AKHAN

Bandırma 2023

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERE UYGULANAN PSİKOEĞİTİMİN
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA VE BENLİK SAYGISI
ÜZERİNE ETKİSİ**

Hande Tuğçe DEMİRCİ
Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Latife UTAŞ AKHAN

Bandırma 2023



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAYI

Bu çalışma 06.02.2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

(06/02/2023)

Hande Tuğçe DEMİRCİ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca ve bu çalışmada desteğini esirgemeyen değerli tez danışmanım, sayın hocam Doç. Dr. Latife Utaş Akhan'a teşekkürlerimi sunarım. Tez çalışmam süresinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli hocalarım Doç. Dr. Dilek Avcı ve Dr. Öğretim Üyesi Didem Ayhan'a teşekkürlerimi sunarım. Tez çalışmam süresince manevi olarak bana hep destek olan kıymetli arkadaşlarım Fatih, Burcu, Emel, Cihat ve tüm ekip arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Tezime katkı sağlayan, gönüllü olarak çalışmaya katılan, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü AMATEM'de yatarak tedavi görmüş olan alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış tüm bireylere tezime sağladıkları katkılarından dolayı teşekkür ediyorum.

Yüksek lisans dönemi boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, bana hep destek olan çok kıymetli anneme, babama ve sevgili kardeşim Melissa'ya çok teşekkür ediyorum.

Hande Tuğçe DEMİRCİ

Bandırma, 06/02/2023

ÖZET

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE UYGULANAN PSİKOEĞİTİMİN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA VE BENLİK SAYGISI ÜZERİNE ETKİSİ

Araştırma, alkol-madde kullanım bozukluğu olan bireylere psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısına etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel tasarımda yürütülmüştür. Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü AMATEM’ de alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı olan ve yatarak tedavi gören, yoksunluk belirtileri bulunmayan 211 kişi araştırmanın evrenini, örneklemini ise çalışmaya katılmaya gönüllü 68 kişi oluşturmuştur. Deney ve kontrol grubunda 34 kişi olmak üzere toplam 68 kişi çalışmaya katılmıştır. Her iki gruba aynı sürelerde ön test ve son test uygulanmıştır. Deney grubunda bulunan kişilere ön test uygulandıktan sonra, üç hafta süren psikoeğitim uygulanmıştır. Birinci ve ikinci hafta 3 oturum, son hafta 4 oturum psikoeğitim uygulanmıştır. 10 oturumdan oluşan ve her oturum 45-60 dakika sürecek şekilde psikoeğitim üç hafta süre ile uygulanmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu, Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) uygulanmıştır. Veriler IBM SPSS Statistics 26 programı kullanılmış, verilerin normal dağılıma sahip olup olmadığını bulmak için Skewness-Kurtosis değerlerine bakılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenlerde (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. İki grup arasındaki farklılık için bağımsız örneklem T Testi ve Ki Kare testinden, zamanlar arasındaki farklılıkların incelenmesinde ise bağımlı örneklem T Testi ve ölçümler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson Korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Anlamlılık için $p<0,05$ kabul edilmiştir. Yapılan analizler doğrultusunda psikoeğitim sonrası gruplar arasında benlik saygısı ve içselleştirilmiş damgalama puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırmadan elde edilen sonuçlara dayalı olarak önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Alkol kullanım bozukluğu, benlik saygısı, içselleştirilmiş damgalama, madde kullanım bozukluğu, psikoeğitim

ABSTRACT

THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION APPLIED TO INDIVIDUALS WITH ALCOHOL AND SUBSTANCE USE DISORDER ON INTERNALIZED STIGMA AND SELF-ESTEEM

The research was conducted in a quasi-experimental design to determine the effect of psychoeducation on individuals with alcohol-substance use disorder on internalized stigma and self-esteem. In Sakarya Training and Research Hospital Korucuk Campus AMATEM, 211 people with alcohol and substance use disorder diagnosis and inpatient treatment without withdrawal symptoms constituted the population of the research, and the sample consisted of 68 volunteers to participate in the study. A total of 68 people, 34 in the experimental and control groups, participated in the study. Pre-test and post-test were administered to both groups at the same time. After the pre-test was applied to the people in the experimental group, psychoeducation lasting three weeks was applied. 3 sessions of psychoeducation were applied in the first and second weeks, and 4 sessions in the last week. Psychoeducation was applied for three weeks, consisting of 10 sessions and each session lasting 45-60 minutes. No intervention was applied to the control group. In the collection of data; Personal Information Form, Addiction Profile Index (API), Rosenberg Self-Esteem Scale, and Internalized Stigma in Mental Illness Scale (ISMI) were applied. IBM SPSS Statistics 26 program was used for the data, and Skewness-Kurtosis values were checked to find out whether the data had a normal distribution. While evaluating the study data, descriptive statistics (mean, standard deviation, minimum, maximum) were given for categorical variables (number, percentage) and for numerical variables. Independent sample T Test and Chi-Square test were used for the difference between the two groups, and Pearson Correlation analysis was used to analyze the relationship between the dependent sample T Test and the measurements for the differences between the times. $P < 0.05$ was accepted for significance. In line with the analyzes performed, it was determined that there was no statistically significant difference between the post-psychoeducational groups in terms of self-esteem and internalized stigma mean scores ($p > 0.05$). Suggestions were made based on the results obtained from the research.

Keywords: Alcohol use disorder, internalized stigma, psychoeducation, self-esteem, substance use disorder,

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Kapsamı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu	4
2.1.1. Alkol ve Madde Kullanımının Tarihsel Süreci	4
2.1.2. Bağımlılık Kavramı	4
2.1.3. Bağımlılığın Bileşenleri	5
2.1.4. Bağımlılığın Türleri	6
2.1.5. Epidemiyolojik Açıdan Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu	6
2.1.6. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi	8
2.1.7. Madde Kullanım Bozukluklarının DSM-5'te Tanımı	10
2.1.8. DSM-5'te Madde Kullanım Bozukluğunun Sınıflandırılması	11
2.1.9. Bağımlılık Yapıcı Maddeler	17
2.1.10. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Tedavisi	21
2.2. Damga-Damgalama (Stigmatizasyon)	22
2.2.1. Toplumsal Damgalama ve İçselleştirilmiş Damgalama	23
2.2.2. Damgalamanın Sebepleri	24
2.2.3. Damgalama ve Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu	26
2.3. Benlik Saygısı	27
2.3.1. Benlik Saygısının Düşük ve Yüksek Olarak Tanımlanması	29

2.3.2. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Benlik Saygısı	31
2.4. Psikoeğitim	32
2.4.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu İçin Psikoeğitim	34
2.4.2. İçselleştirilmiş Damgalamayı Azaltmada ve Benlik Saygısını Arttırmada Hemşirelik Girişimlerinden Psikoeğitim	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı	37
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	37
3.3. Araştırmanın Tipi	37
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	38
3.4.2. Araştırmaya Alınmama ve Araştırmadan Çıkarılma Kriteri	38
3.5. Araştırma Hipotezleri	38
3.6. Araştırmada İncelenecek Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	39
3.7. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları	39
3.8. Çalışmanın Uygulama Planı	41
3.8.1. Psikoeğitimin Programının İçeriği	43
3.8.2. Psikoeğitim Programının Uygulama ve Veri Toplama Sürecinde Yaşanan Deneyimler	47
3.8.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	48
3.8.4. Araştırmadaki Verilerin Analiz Biçimi	48
3.8.5. Araştırmanın Etik Yönü	49
4. BULGULAR	50
5. TARTIŞMA	59
5.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Alkol-Madde Kullanım Bilgileri ile İlgili Bulgularının Tartışılması	59
5.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Tedavi Bilgileri ile İlgili Bulgularının Tartışılması	66
5.3. Psikoeğitimin Benlik Saygısına ve İçselleştirilmiş Damgalamaya Etkisi ile İlgili Bulguların Tartışılması	68
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	73
7. KAYNAKLAR	76
8. EKLER	88
9. ÖZGEÇMİŞ	106

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlgili Farklılıklarının İncelenmesi	50
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Alkol-Madde Kullanım Bilgileri Bakımından İncelenmesi	52
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Tedavi Bilgileri Bakımından İncelenmesi	55
Tablo 4.4. Grup içi ve Gruplar Arasında Benlik Saygısı Ölçümleri Bakımından Farklılıkların İncelenmesi	56
Tablo 4.5. Grup İçi ve Gruplar Arasında BAPİ Ölçümleri Bakımından Farklılıkların İncelenmesi	56
Tablo 4.6. Grup İçi ve Gruplar Arasında RHİDÖ Ölçümleri Bakımından Farklılıkların İncelenmesi	57
Tablo 4.7. Gruplar Arasında Ölçümler Bakımından Farklılıkların Alkol-Madde Bağlamında Değerlendirilmesi	58

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Alkol-Madde Kullanmadan Önce Aile ile Olan İlişki Durumu

54



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
AKB	: Alkol Kullanım Bozukluğu
AMATEM	: Alkol-Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi
BAPİ	: Bağımlılık Profil İndeksi
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMCDDA	: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
LSD	: Liserjik Asit Dietilamid
KKB	: Kenevir Kullanım Bozukluğu
MDMA	: 3,4-methylenedioxy-methamphetamine
MKB	: Madde Kullanım Bozukluğu
NIDA	: National Institute on Drug Abuse
PCP	: Fensiklidin
RHİDÖ	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
SAMBA	: Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı
SK	: Sentetik Kannabinoid
UNODC	: United Nations Office on Drugs and Crime
WHO	: World Health Organization

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bağımlılık; bireyi ve çevresini ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden etkileyen, derinleşen ve ardından çoğu durumda zamanla daha da kötüleşebilen kronik bir sağlık sorunudur (Lewis, 2017). Dünyanın birçok yerinde kişi başına alkol tüketiminde istikrarlı bir artış olmuştur ve önümüzdeki yıllarda da artması beklenmektedir (World Health Organization [WHO], 2014). Dünya çapında 100 milyondan fazla aile üyesi, aile üyelerinden birisinin bağımlılık yapıcı davranışından etkilenmektedir (Rane ve ark., 2017).

Toplumsal alana çeşitli şekilde yansımaları görülen madde bağımlılığı, bireysel olarak damgalama sürecini de tetikleyip etkilemektedir (Uzun ve Alban, 2020). Bağımlılığa yönelik damgalama, genel kamuoyunda ve sağlık hizmetleri sistemlerinde yaygındır. Madde kullanım bozuklukları için etkili tedaviler mevcut olmasına rağmen, bu bozuklukları olan çoğu kişi tedavi görmez ve/veya sıklıkla bakıma erişim ve katılmanın önünde bir engel olarak damgalanma ile karşılaşır (Greiner ve Dixon, 2021). Damgalama kavramı, bireyi diğer bireylerden ayıracak biçimde, o bireyin gözden düşürülmesi, diğer insanlara göre aşağıda görülmesi ve genel olarak kötülenmesi olarak tanımlanabilir. Damgalamaya maruz kalan birey; aşağılık, utanç duygularını yaşama, benlik saygısında azalma ve depresyon ile karşı karşıya kalabilir (Tel ve Pınar, 2012).

Stereotipler, toplumun ortak görüşünü temsil eden bir kavram olarak basit genellemelere dayanır ve bir grubu veya bireyi karakterize etmesi (tiplendirmesi) gerekir (Avcil ve ark., 2016; Matthews ve ark., 2017). Stereotipler negatif ve pozitif stereotipler olarak ikiye ayrılmaktadır (Avcil ve ark., 2016). Kendi kendini damgalama, bağımlılıkla ilişkili negatif stereotiplere dayanan sosyal baskının içselleştirilmesine yol açan bir süreçte, toplumsal damgalanmadan kaynaklanır. Bu stereotiplerin içselleştirilmesi sonucunda benlik saygısı zarar görür ve bağımlılıkta kendini damgalama süreci belirgindir (Lloyd, 2013; Luoma ve ark., 2007; Matthews ve ark., 2017).

Olumsuz toplum imajından hareket ederek ortaya çıkan negatif stereotiplerin içselleştirilmesi sonucunda özgüven kaybı meydana gelir. Bu toplum imajı, etkilenen bireyleri güvenilirmez olarak görüp toplumdan dışlar. Örneğin etkilenen bireyler daha

sonra iş başvurusunda bulunmayarak veya kendilerini halkın gözünden uzaklaştırarak toplumsal yaşamın dışında tutacaklardır ya da kendilerini sorumlu bireyler olarak görmekten vazgeçecekler; onlara uygulanan muamelenin meşru nesneleri olarak kendilerini görmeye başlayacaklardır (Matthews ve ark., 2017).

İnsanların kendilerini kurtarma çabalarına rağmen devam eden damgalanmadan ve ayrımcılığın etkilerinden korumalarına yardımcı olacak kaynaklara ihtiyaç vardır. İçselleştirilmiş damgalamaya bir karşılık olarak, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini azaltmaya yönelik müdahaleler geliştirilmiştir. Bu müdahalelerin çoğu, eğitim ve kişisel görüşmeyi pratik stratejilerle birleştiren grup temelli programlardır (Lucksted ve ark., 2017).

Maccinnes ve ark. (2008), şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalama düzeyini azaltmaya yönelik bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışma, ciddi ve kalıcı ruhsal sağlık sorunları olan bir grup tedavi alan bireyde kendini damgalamayı azaltmak için tasarlanmış 6 haftalık bir grup programının etkisini incelemiştir. Sonuçlar, grubun deneyimlediği damgalanmada önemli bir azalma olduğunu ve ayrıca katılımcıların benlik saygısı, kendini kabul ve genel psikolojik sağlık düzeylerinde önemli olmayan artışlar kaydetmiştir (MacInnes ve Lewis, 2008).

Farmakolojik olmayan bir tedavi stratejisi olan psikoeğitim, hastalık ve tedavisi hakkında sistematik, yapılandırılmış, öğretici bilgiler olarak tanımlanır ve katılımcı hastaların olduğu kadar aile üyelerinin de hastalıkla başa çıkabilmeleri için hassas yönlerin bütünleştirilmesini içerir (Rummel-Kluge ve Kissling, 2008).

Psikoeğitim duyarlı bir şekilde yapılırsa, hastanın davranışsal zorlukları ve bunların kendisini ve başkalarını nasıl etkilediği konusunda farkındalığını artırmaya yardımcı olabilir (Thylstrup ve ark., 2015).

Bu araştırmanın özellikle alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı olan bireylerde benlik saygısı ve içselleştirilmiş damgalama düzeyine etki etmek amacıyla geliştirilen psikoeğitimin etkisini belirlemek açısından yol gösterici olacağı ve bunlara yönelik çalışma planlarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Literatüre bakıldığında, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde benlik saygısı ve/veya içselleştirilmiş damgalama düzeyinin ele alındığı farklı çalışmalar mevcuttur. Bunun yanı sıra bipolar bozukluk tanısı ve şizofren tanısı olan

hastalarda içselleştirilmiş damgalama düzeyini azaltmada psikoeğitimin etkinliğini araştıran çalışmalar da mevcuttur. Fakat alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde benlik saygısını ve içselleştirilmiş damgalama düzeyini etkilemeye yönelik psikoeğitim etkinliğini araştıran bir çalışmanın olmaması, araştırmanın yapılmasında etkili olmuştur. Bu çalışmada, alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı olan bireylere psikoeğitim programının uygulanması ile bu bireylerdeki içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı düzeyine etkisini incelemek hedeflenmiştir.

1.3. Araştırmanın Kapsamı

Çalışmanın genel bilgiler bölümünde; alkol ve madde kullanım bozukluğunun tanımı yapılmış ve kavramsal bir çerçevede incelenmiştir. Ayrıca araştırmanın ana konusunu oluşturan; damgalama-stigmatizasyon, toplumsal ve içselleştirilmiş damgalama, damgalamanın sebepleri, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde toplumsal ve içselleştirilmiş damgalama, benlik saygısı, düşük ve yüksek benlik saygısı, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde benlik saygısı, psikoeğitim kavramları literatür araştırmaları doğrultusunda ele alınmıştır. Çalışmanın gereç ve yöntem bölümünde araştırmanın nasıl yapıldığı izah edilmiştir. Araştırmanın bulgular ve tartışma bölümünde ise araştırmadan elde edilen bulgular ve bulguların literatür doğrultusunda tartışılması yer almaktadır. Araştırmanın son bölümünde ise sonuç ve öneriler yer almaktadır.

Araştırmanın sadece çalışmanın yapıldığı merkeze (Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Korucuk Kampüsü, Alkol-Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi [AMATEM]) gelen, yatarak tedavi gören erkek hastaların olması çalışmanın sınırlılığı olup, elde edilen bulgular sadece bu gruba genellenebilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

2.1.1. Alkol ve Madde Kullanımının Tarihsel Süreci

Psikoaktif maddelerin kullanımının tarihsel bağlamı, günümüz toplumunda alkol ve uyuşturucu kullanımının ve kötüye kullanımının ayırt edici doğasını anlamamıza yardımcı olmaktadır. Alkol ve uyuşturucular yüzyıllardır tıbbi, dini, kültürel ve eğlence amaçlı ve sosyal bir araç olarak kullanılmıştır (Rassool, 2010). Tarihsel sürece bakıldığında kenevir bitkisi; ilaç, gıda, yakıt ve lif olarak kullanılmıştır. Örneğin binlerce yıldır kenevir lifleri halat, kanvas (Yunan kannabisinden), giysi, kağıt, ayakkabı ve yelken yapımında kullanılmıştır. Bununla birlikte MÖ 2000 gibi erken bir tarihte insanlar, psikoaktif etkilerinden en iyi şekilde yararlanmak için esrar türleri yetiştirmişlerdir (Wheeldon ve Heidt, 2022).

Psikoaktif maddeler her yerde bulunmakta ve insanlık tarafından çok eski zamanlardan beri bilinmektedir. Bu nedenle, tarihsel sürece bakıldığında nüfusun belirli bir yüzdesinin maddeleri kötüye kullandığı varsayılabilir. İlk tıbbi metinler, alkol gibi bu maddelerin zararlı etkilerini kabul ediyor gibi görünmektedir, ancak bu metinlerde kötüye kullanan kişiyi bir rahatsızlıktan muzdarip ve tedavi gerektiren olarak sınıflandırma konusunda bir bulguya rastlanmamıştır. Örneğin eski Hintli tıp pratisyenleri alkolün zararlı etkilerinin farkındaydı ancak ele alınması gereken bir sorun olarak bağımlılık konusunda herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. (Haldipur, 2018).

2.1.2. Bağımlılık Kavramı

Bağımlılık kelimesinin kökleri Latince geçmiş zamanda addictus'tan gelir, yani birisine teslim olmak veya verilmiş ödül ya da bir kişiye, nedene kendini adanmak anlamına gelir (Lindesmith, 2017). Bağımlılık, beyin devresi, genetik, çevre ve bireyin yaşam deneyimlerinin karmaşık etkileşimlerini içeren tedavi edilebilir, kronik bir tıbbi hastalıktır. Yirmi birinci yüzyılın başında, sanayileşmiş Batı ülkelerinin çoğunda “bağımlılığın” bir hastalık olduğu söylenmiş ve Amerika Birleşik Devletleri’nde Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2019), bağımlılıktan beyin hastalığı olarak bahsetmektedir (Day ve Morris, 2021).

Başka bir tanım olarak “bağımlılık”, bir uğraştan tekrarlanan zararlar görülmesine rağmen dürtülere veya belirli davranışlarda bulunma dürtülerine sürekli ve ısrarlı bir şekilde direnmede yineleyen bir başarısızlık olarak tanımlanmıştır (Gomez ve ark., 2022). Bağımlılık kronik bir beyin hastalığı olarak tanımlanırken tanısız bir terim olarak tanımlanmaz. Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı, Beşinci Baskı (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders 5) (DSM-5) bunun yerine “Madde Kullanım Bozuklukları” terimini kullanır (Horseman ve Meyer, 2019).

2.1.3. Bağımlılığın Bileşenleri

2.1.3.1. Tolerans: Sürekli kullanımla ortaya çıkan, bir madde dozuna beyin verdiği yanıtta azalmadır (WHO, 1994). İstenen veya benzer bilişsel etkileri çoğaltmak için psikoaktif maddenin daha yüksek miktarına veya dozuna ihtiyaç duyulur (Rassool, 2010).

2.1.3.2. Çapraz tolerans: Bir ilacın veya maddenin meydana getirdiği fizyolojik ve psikolojik etkiyi, başka bir ilaç ya da maddenin de meydana getirmesi durumudur. Yani birey hangi madde ya da ilaca tolerans geliştirdi ise o madde ya da ilaç ile aynı grupta olan madde ve ilaca da tolerans geliştirebilir (örneğin diazepam ve barbitüratlar). Çapraz bağımlılık olarak da bilinir (Sadock ve Sadock, 2010).

2.1.3.3. Yoksunluk: Yoğun ve uzun süreli alkol-madde kullanımından sonra (birkaç hafta veya daha fazla) alkol veya madde alımını durdurduktan ya da önemli ölçüde azalttıktan sonra ortaya çıkan çok çeşitli semptomları ifade eder (Rassool, 2010).

2.1.3.4. Aşerme (craving): Alkol veya madde dışında başka bir şeyi düşünmeyi zorlaştıran ve genellikle alkol ya da madde kullanmaya başlama ile sonuçlanan güçlü bir içme-kullanma arzusu olarak tanımlanır (American Psychological Association [APA], 2013).

2.1.4. Bağımlılığın Türleri

2.1.4.1. Fiziksel bağımlılık: Fiziksel bağımlılık, kullanımın kesilmesinden sonra fiziksel rahatsızlıklardan veya yoksunluk belirtilerinden kaçınmak için psikoaktif bir madde alma ihtiyacı ile seyreden bir durumdur.

2.1.4.2. Psikolojik bağımlılık: Psikolojik bağımlılık, uyarılma ihtiyacı nedeniyle ya da kaygı, depresyonu hafiflettiğinden maddeyi almaya devam etmek için bir zorlama ya da aşırma olarak tanımlanabilir (Rassool, 2010).

2.1.5. Epidemiyolojik Açıdan Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2022 istatistik raporunda (World Health Statistics, 2022); 2019 yılında dünya genelinde ortalama alkol tüketimi kişi başına 5,8 litre, saf alkol (15 yaş ve üzeri kişilerde) iken, 2010 yılında kişi başına 6,1 litre olarak açıklanmıştır. Bu 9 yıllık süreçte hafif bir düşüş göstermiştir. DSÖ Avrupa bölgesindeki erkekler, 2000'den bu yana alkol kullanımında düşüş göstermesine rağmen, kişi başına 15,2 litre ile 2019'da en yüksek tüketime sahipti. Ayrıca yayımlanan bu rapor; alkol veya madde kullanım bozukluğu olan bireylerin COVID-19'a yakalanma riskinin arttığını ve olumsuz sonuçlar yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (WHO, 2022).

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) 2022 raporunda; 2020'de dünya çapında çoğunluğu 15-64 yaşları arasında erkeklerden oluşan tahmini 284 milyon insanın, son 12 ay içinde bir uyuşturucu madde kullandığı açıklanmıştır. Bu, söz konusu yaş grubundaki her 18 kişiden yaklaşık 1'ine veya %5,6'sına karşılık gelmektedir ve 2010'da tahmini uyuşturucu madde kullanan kişi sayısının 226 milyon olduğu ve prevalansın %5 olduğu tahmin edilen %26'lık bir artışı temsil etmektedir. Bu rapora göre; esrar, dünyanın en çok kullanılan uyuşturucu maddesi olmaya devam etmektedir, öyle ki 2020'de, 209 milyon kullanıcı tespit edilmiştir. Aynı raporda opioidler ciddi sağlık sorunlarına neden olduklarından kullanımı büyük bir endişe kaynağı olarak değerlendirilmiştir; 2020 yılında tıbbi amaçlı olmayan 61 milyon opioid kullanıcısı tespit edilmiştir. 2020 yılında (2019 yılına ait olarak), tahmini 20 milyon "ecstasy" tipi madde kullanıcısı, 21 milyon kokain kullanıcısı ve 34 milyon amfetamin kullanıcısı olduğu tespit edilmiştir (UNODC, 2022).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) tarafından yayımlanan raporda (2021) (31 Avrupa ülkesi 27 AB üye ülkesinden ve Türkiye, Norveç'ten toplanan verilere göre); Avrupa Birliği'ndeki (AB) yaklaşık 83 milyon (%28,9) yetişkin bireyin (15-64 yaş arası) yaşamlarında en az bir defa yasadışı madde kullandığı tahmin edilmektedir. Bu raporda, erkeklerde uyuşturucu madde kullanım deneyiminin kadınlara göre daha sık olduğu bildirilmiştir. Esrar, genç yetişkinler (15-34) ve yetişkinler (15-64) arasında en sık kullanılan uyuşturucu madde olarak gösterilmiştir. Raporda yer alan verilerin çoğunluğu 2019 yılının sonuna kadar olan dönemi temel almaktadır. Yetişkinlerin (15-64 yaş) yaşamlarında en az bir kez 13,8 milyon (%4,8) kokain; 10,4 milyon (%3,6) 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA); 8,7 milyon (%3) amfetamin denedikleri bildirilmiştir. Avrupa Birliği'nde (2019), ölümcül doz aşımaları incelendiğinde %76'sında opioidlerin neden olduğu tespit edilmiştir (EMCDDA, 2021).

Türkiye'de yapılan bir araştırmada (2018) araştırmaya katılan 9436 kişi (%22,1), yaşamları boyunca en az bir defa alkol içeren içecek kullanmıştır. Kadınlarda oran %10,7 iken erkeklerde bu oran %34,3'tür. İlk kez alkol tüketme yaş ortalaması ise 19,94 bulunmuştur. Türkiye'de, Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü tarafından, Haziran 2018'de 81 ilde, Narkolog Projesi uygulanmaya başlanmış, 2021 yılında anket uygulaması ile yapılan çalışmaya katılan 43.452 kişinin 27.779'u (%63,9) yaşamlarının herhangi döneminde en az bir kez uyuşturucu madde denediğini ifade etmiştir (Emniyet Genel Müdürlüğü [EGM], 2021).

NIDA Türkiye Uyuşturucu Raporu (NIDA, 2019) incelendiğinde; 2021 yılında nikotin ve alkol kullanım bozuklukları haricinde tedavi merkezlerine ayaktan tedavi için başvuru sayısı 247.390 olarak bulunmuştur. Tedavi gören hastaların kullanmış oldukları madde gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; %43 eroin (2020, %55,1), %25,6 metamfetamin (2020, %15,3), %11,6 esrar (2020, %11,7), %5,8 sentetik kannabinoid (2020, %4,5), %4,2 diğer opioidlerden (2020, %5), %2,7 kokain (2020, %2,4), %0,8 ecstasy (2020, %1,9), %1,1 uçucu madde (2020, %1,4), %5,2 ise diğer madde (2020, %2,6) kaynaklı tedavi olduğu tespit edilmiştir (NIDA, 2019). 2020 yılına göre değerlendirildiğinde metamfetamin, sentetik kannabinoid, kokain ve diğer madde nedenli tedaviye başvuranların sayısında artış olduğu görülmüştür.

2.1.6. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi

Alkol ve madde kötüye kullanımını, madde kullanımının nedenlerini açıklamak için birçok model ve teori önerilmiştir. Diğer birçok psikiyatrik bozukluk kategorisinde olduğu gibi biyolojik, psikolojik, psikososyal ve çevresel faktörlerin madde ile ilişkili bozukluklarda da kombinasyon şeklinde ele alınması gerektiği yaygın olarak kabul edilmektedir.

Literatürde teori veya modellere bakıldığında; genetik teori, nörobilimsel teoriler, psikanalitik teori, davranış teorileri, sosyal öğrenme teorisi, kişilik teorisi, sosyokültürel teoriler ve biyo-psikososyal teori yer almaktadır. (Bu modeller veya teoriler kesin açıklamalar olarak kabul edilemez ve herhangi bir teori diğerini karşılıklı olarak dışlamaz). Bununla birlikte, insanların madde kullanmaya başlamasının nedenleri ile madde kullanmaya devam etme sebepleri aynı olmayabilir. Aşağıda alkol ve madde kötüye kullanımının nedenlerini açıklamak için bazı teoriler açıklanmıştır (Rassool, 2010).

2.1.6.1. Ahlak teorisi: Bazı insanlar için uyuşturucu madde kullanma, aşırı içme veya kumar oynama gibi bağımlılık davranışları ahlaki zayıflığın, kötü karakterin veya zayıf iradenin bir işareti olarak görülür. Bu teoriye göre, bireyler bağımlılıkla ilgili sorunların başlatılmasından ve sürdürülmesinden sorumlu olarak görülmektedir. Birey, kabul edilen dini ve sosyo-kültürel normlardan sapmıştır. Bu teoride bağımlılığın biyolojik bir yönü olduğu ve bireylerin davranışsal seçimlerinden ve temel olarak ruhsal müdahalelerden oluşabilecek kendi iyileşmelerinden sorumlu oldukları göz ardı edilmiştir. Madde bağımlılarının karşılaştığı damgalamanın çoğu, alkol veya uyuşturucu kullanımı olan herkesi “kötü insan” olarak etiketleyen ve “mağduru suçlayan” yaklaşımın temel olduğu temel ahlaki düşünceye dayanmaktadır.

2.1.6.2. Hastalık teorisi: Bağımlılığın hastalık teorisi; bağımlılığın, bireyin veya davranışsal süreçlerin genetik/biyolojik yapısına veya ikisinin bir kombinasyonuna kesin olarak bağlı bir hastalık olduğunu savunur. Bu teoride, alkol ve uyuşturucu bağımlılığının tedavi edilemeyen, benzersiz, geri dönüşü olmayan ve ilerleyici bir hastalık olduğuna inanılmaktadır; bireyin alkol ve madde kullanımını kontrol edememesi nedeniyle, yoksunluk yaşaması tek seçenektir (Rassool, 2010).

2.1.6.3. Nörofarmakolojik teoriler: Bağımlılığın nörofarmakolojik teorileri, kötüye kullanılan maddelerin beyin üzerindeki farmakolojik etkilerinin anlaşılmasını gerektirir (Diaz, 1997).

Kötüye kullanılan maddelerin farklı etki mekanizmaları ve nöral hedefleri olsa da pekiştirici etkilerinin ortak bir unsuru, dopamin ödül yolları üzerindeki etkisidir. Kötüye kullanılan maddelerin mezolimbik dopamin sistemini aktive ettiği gösterilmiştir. Mezolimbik dopamin sistemi veya dopamin ödül yolu, amaca yönelik davranışı teşvik etmek için uyarıların anlamına veya daha spesifik olarak belirginliğine aracılık etmede rol oynamıştır. Önemli özelliği, beynin ödüllendirici, itici ve yeni uyarıları sıralamasına izin vermesi, organizmanın bunları arama veya bunlardan kaçınma motivasyonunu etkilemesidir (Horseman ve Meyer, 2019).

2.1.6.4. Genetik teoriler: Madde bağımlılığı üzerindeki genetik etkiye dair kanıtlar birçok aile, ikiz ve evlat edinme çalışması tarafından sunulmuştur (Wang ve ark., 2012). Bağımlılık çok faktörlü olmasına rağmen, kalıtım incelemeleri nikotin, alkol veya yasa dışı maddelere bağımlı hale gelmedeki popülasyon değişkenliğinin yaklaşık %40-60'ının genetik faktörlere atfedilebileceğini göstermiştir (Hancock ve ark., 2018). Bağımlılığın çok faktörlü doğası, fenotipin altında yatan hem genetik hem de epigenetik mekanizmaların araştırılmasına yol açmıştır. Morfin bağımlılığına karşı yüksek ve düşük duyarlılık sergileyen fare türlerinin seçici üreme çalışmaları, bağımlılığın kalıtsal bir bileşeni olduğunu doğrulayan ilk çalışma olmuştur. Aile temelli araştırmalar, madde kullanım bozukluğu olan birinci derece akrabalarda (ebeveynler, kardeşler, çocuklar) madde bağımlılığı riskini incelemeleri sonucu bağımlılığın gerçekten de aileden geçtiğini öne sürmektedir (Walker ve Nestler, 2018). Ayrıca alkol bağımlılığı için, ikiz ve evlat edinme çalışmalarının meta-analizi, kalıtım derecesini yaklaşık %50 olarak tahmin ederken, opioid bağımlılığı tahminleri daha da yüksektir (Heilig ve ark., 2021).

2.1.6.5. Psikolojik teoriler: Psikanalitik teori, Freud'un çalışmalarından, benliğin bileşenlerine ve psikoseksüel gelişim evrelerindeki işleyişlerine dayanarak türetilmiştir. Freud, yayınladığı eserlerinde alkol bozukluklarına çok az atıfta bulunmuştur, ancak alkol tüketiminin oral döneme olan saplantıdan veya bastırılmış eşcinselliğin yarattığı çatışmadan kurtulmayı sağladığını öne sürmüştür. Alkol veya uyuşturucu madde kullanımı, psikoseksüel gelişimin oral dönemine saplantılı kalmak

ile ilgilidir (Leeds ve Morgenstern, 1996). Psikolojik teoriler çerçevesinde kişilik teorisi, bağımlılığın oluşmasında ve sürdürülmesinde kişisel özellikleri ve özelliklerin önemini vurgulamaktadır (Sher ve ark., 1991).

Beyazyürek ve Şatır (2000), yayımladıkları “Madde Kullanım Bozuklukları” adlı makalede, bağımlılığa özgün bir kişilik yapısının tanımlanmasının mümkün olmadığını ancak bazı benzer özellikler olduğunu belirtmişlerdir. Merkezi sinir sisteminin genel yapısı, genetik aktarım, çocuğun içinde büyüdüğü ortam, aile ve benlik gelişimi, çevresi, bu çevrede üstlendiği rollerin, özelliklerin belirlenmesinde önemli olduğu belirtilmiştir (Beyazyürek ve Şatır, 2000).

Alkol ve diğer uyuşturucularla ilgili davranış sorunları çoğu insanda geç ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkar (Agrawal ve ark., 2009). Bu problemlerin seyrini belirlemek ve anlamak, buna bağlı olarak gelişimsel bir bakış açısı gerektirir. Risk faktörlerinin çoğu, erken çocukluk döneminde çocukların ebeveynleri, öğretmenleri ve danışmanları tarafından okul öncesi döneme kadar erken bir zamanda bile tespit edilebilir (Van Wormer ve Davis, 2016).

Erken dönemde ve yetişkinlikte meydana gelen strese neden olan yaşam olaylarının, bağımlılığın gelişiminde risk faktörü olduğuna ve nüksetmeleri tetikleyen neden olarak hizmet ettiğine dair ikna edici kanıtlar bulunmaktadır (Cadet, 2016).

2.1.7. Madde Kullanım Bozukluklarının DSM-5’te Tanımı

1952’de ilk kez yayımlanmasından bu yana, DSM dört kez gözden geçirildi ve revize edildi; DSM-IV-TR’nin son versiyonundaki ölçütler ilk olarak 1994 yılında yayımlanmıştır. O zamandan beri, madde kullanım bozuklukları da dahil olmak üzere psikiyatrik bozukluklarla ilgili bilgiler büyük ölçüde arttı. Gelişmeleri hesaba katmak için, 2013’te yeni bir sürüm olan DSM-5 yayımlanmıştır (Hasin ve ark., 2013).

Önsözüne göre, Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı 5. Baskı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition [DSM-5]) *“öncelikle ve en başta klinik uygulama için faydalı bir rehber olmak üzere tasarlanmıştır”* (First, 2013).

2.1.8. DSM-5'te Madde Kullanım Bozukluğunun Sınıflandırılması

Madde ile ilişkili bozukluklar; alkol, kafein, kenevir (kannabis), varsandırıcılar (halüsinojenler), uçucu (inhalanlar), opioidler (eroin, morfin, metadon, kodein gibi), dindinleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler (sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler), uyarıcılar (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar), tütün ve diğer (bilinmeyen maddeler) olarak sınıflandırılan 10 ayrı madde kümesini kapsamaktadır. Tanımlanan 10 küme birbirinden tamamen ayrı değildir. Her psikoaktif maddenin ortak özelliği, aşırı ölçülerde alınması ile beyindeki ödöl mekanizmasını aktive etmesidir, böylece davranışların pekişmesini ve anı oluşmasını sağlar. Bu psikoaktif maddeler beynin mekanizmasını yoğun bir biçimde aktive ederler ve bunun sonucunda doğal fonksiyonlar dahi aksayabilir.

Alkol ve madde ile ilişkili bozukluklar; DSM-5'te madde kullanım bozuklukları ve maddenin yol açtığı bozukluklar olarak iki küme halinde incelenmektedir. Alkol-maddenin sebep olduğu durumlar; entoksikasyon (esrliklik), madde-ilacın sebep olduğu ruhsal bozukluklar ve yoksunluk olarak tanımlanmaktadır. Psikoz ile seyreden bozukluklar, depresyon bozuklukları, kaygı bozuklukları, iki uçlu ve ilişkili bozukluklar, takıntı-zorlantı ve ilişkili bozukluklar, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, deliryum ve nörobilişsel bozukluklar, madde/ilacın sebep olduğu ruhsal bozukluklar olarak sıralanmaktadır (APA, 2013).

2.1.8.1. Alkol kullanım bozukluğu (AKB): AKB için A tanı ölçütünde 11 tane kriter tanımlanmıştır. A tanı ölçütüne göre AKB; on iki aylık bir süre içinde, aşağıda tanımlanan kriterlerden en az iki kriter ile ortaya çıkan, işlevsellikte düşmeye neden olan, sorunlu alkol kullanım şekli olarak tanımlanır. Bu tanımlanan 11 kriter şunlardır:

1. Coğunlukla, istenilenden daha fazla veya amaçlanandan daha uzun süreli olarak alkol alımı.
2. Alkol kullanımını kontrol altında tutmak ya da bırakmak için devamlı bir istek ya da başarısız sonuçlanan çabaların olması.
3. Alkol almak ve kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için gereken etkinliklere gereğinden fazla zaman harcanması.
4. Aşırme ya da kuvvetli bir istek veya alkol kullanma isteği.

5. Alkol kullanımının tekrarlaması ile iş, okul ya da ev gibi yerlerde önemli rol yükümlülüklerinin yerine getirilmemesine neden olması.

6. Alkolün etkilerinin sebep olduğu ya da şiddetlendirdiği, kalıcı ya da tekrarlayıcı toplumsal, kişilerarası problemlere karşın alkol kullanımını sürdürme.

7. Önem arz eden sosyal, mesleki ya da eğlence etkinliklerinden alkol kullanımı sebebi ile vazgeçme ya da azaltma

8. Bedensel açıdan tehlikeli olan durumlarda yineleyici biçimde alkol kullanımı.

9. Alkolün neden olduğu ya da şiddetlendirdiği kalıcı ya da tekrarlayıcı biçimde bir bedensel veya psikolojik sorunlara rağmen alkol kullanımını sürdürme.

10. Dayanıklılığın (tolerans) kendini gösterecek şekilde gelişmiş olması:

a. Alkol kullanma ihtiyacının, esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için önceki kullanıma göre belirgin miktarda artan ölçülerde olması.

b. Alkolün, sürekli aynı miktarda kullanımına rağmen belirgin şekilde daha az etki görülmesi.

11. Yoksunluk gelişmiş olması, aşağıda yer alan kriterlerden biriyle tanımlanmak üzere:

a. Alkol yoksunluk sendromu

b. Alkol (ya da benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) yoksunluk belirtilerini hafifletmek ya da önlemek için alınır.

Tanı ölçütlerinden:

- 2 ve 3 tanı var ise ağır olmayan AKB;
- 4 ve 5 tanı var ise orta derecede AKB;
- 6 veya üzeri tanı var ise ağır derecede AKB olarak tanımlanır.

Ayrıca bu tanımlamalara ek olarak AKB için 3 tane belirleyici tanımlanmıştır:

Erken yatışma(remisyon) evresinde: Daha öncesinde AKB için tam kriterler karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğu kriterlerinin hiçbiri en az 3 ay boyunca ve 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere karşılanmamıştır (A4 kriteri dışında, “aşırma veya alkol kullanmak için güçlü bir istek veya alkol kullanma dürtüsü”).

Sürekli yatışma (remisyon) ile seyreden: Daha önce AKB kriterlerinin tamamı karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğu kriterlerinin hiçbiri 12 ay

veya daha uzun bir süre boyunca herhangi bir zamanda karşılanmamıştır (A4 Kriteri hariç, “aşırma veya alkol kullanımı için güçlü bir istek veya alkol kullanma isteği” karşılanabilir).

Denetimli ortamda: Birey, alkole ulaşmasının kısıtlandığı bir ortamdaysa bu ek belirleyici kullanılır.

Alkol Esrikliği (İntoksikasyonu)

Tanı Kriterleri:

A. Alkol alımının yakın bir zamanda olması

B. Alkol alımı sırasında ya da alkol aldıktan kısa bir süre sonrasında ortaya çıkan, klinik açıdan önemli, sorunlu ruhsal ya da davranışsal değişiklikler (duygudurum değişkenliği, yargılamada bozulma, uygun olmayan cinsel veya saldırgan davranış)

C. Alkol alımı sırasında ya da alkol aldıktan kısa bir süre sonrasında ortaya çıkan, aşağıdaki belirti veya semptomlardan biri (veya birkaçı):

1. Konuşma bozukluğu (geveleyerek konuşma gibi)
2. Koordine olamama
3. Yürümede dengesizlik, ayakta düzgün bir biçimde duramama
4. İstemsiz göz hareketleri
5. Dikkat ve hafızada bozulma
6. Stupor (uyuşma, duyarsızlık) veya koma

D. Bu belirti ve bulgular tanı kriterleri olarak sıralanmaktadır ve başka bir sağlık durumuna bağlanamaz, bir başka madde esrikliği veya yoksunluğu da dahil olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi biçimde açıklanamaz.

Alkol yoksunluğu, şiddetli, uzun süreli, alkol alımını takiben, alkol alımının azaltılmasından yaklaşık 4-12 saat sonra ortaya çıkan yoksunluk belirtileri ile karakterize bir durumdur. Alkol yoksunluğu; hoş olmaması ve şiddetli olabilme ihtimalinden dolayı, bireyler olumsuz sonuçlara rağmen, genellikle yoksunluk belirtilerini önlemek veya hafifletmek için alkol tüketmeye devam edebilirler. Bazı yoksunluk belirtileri (örneğin, uyku sorunları) aylarca düşük düzeyde devam edebilir ve nüksetmeye olabilir.

Alkol Yoksunluğunda Tanı Kriterleri:

A. Uzun süreli ve ağır olan alkol kullanımının durdurulması (veya azaltılması)

B. Aşağıdakilerden ikisi (veya daha fazlası), A tanı kriterinde açıklanan alkol kullanımının kesilmesinden (veya azaltılmasından) birkaç saat ila birkaç gün sonra gelişir.

1. Otonom hiperaktivite (örneğin, terleme veya nabız hızının dakikada 100'ün üzerinde olması)

2. Artan el titremeleri (tremor)

3. Uykusuzluk (İnsomnia)

4. Bulantı, kusma durumu

5. Geçici görsel, işitsel veya dokunsal halüsinasyonlar veya yanılsamalar.

6. Psikomotor ajitasyon varlığı

7. Anksiyete

8. Jeneralize (yaygın) tonik-klonik nöbetler

C. B tanı kriterinde tanımlanan belirti veya bulgular, mesleki, sosyal ya da diğer önemli işleyiş alanlarında klinik açıdan anlamlı olarak sıkıntı ya da bozulmaya sebep olur.

D. Bu belirti ve bulgular tanı kriterleri olarak sıralanmaktadır ve başka bir sağlık durumuna bağlanamaz, bir başka madde esrikliği veya yoksunluğu da dahil olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi biçimde açıklanamaz.

Yüksek dozda alkolün tekrar tekrar alınması hemen hemen her organ sistemini, özellikle gastrointestinal sistemi, kardiyovasküler sistemi ve merkezi ve periferik sinir sistemlerini etkileyebilir.

Ayrıca aşağıda yer alan tanı kriteri mevcut ise belirtilir:

Algısal Bozukluk Durumu: Gerçeği değerlendirme yetisi normalken ortaya çıkan halüsinasyonlar (genellikle dokunsal veya görsel) gibi nadir olan durumlarda veya deliryum yokluğunda meydana gelen görsel, dokunsal veya duyusal yanılsamaların varlığı halinde bu durum belirleyici olarak kullanılır.

Ayrıca alkolün yol açtığı diğer bozukluklar; alkolün sebep olduğu psikoz ile seyreden bozukluklar (şizofreni açılımı kapsamında psikoz ile seyreden başka bozukluklar), alkolün sebep olduğu; şiddetli veya ağır olmayan nörobilişsel

bozukluklar, iki uçlu bozukluk, kaygı bozuklukları, depresyon bozuklukları, uyku bozukluğu (uyku-uyanıklık bozuklukları), cinsel işlev bozuklukları olarak tanımlanmaktadır.

2.1.8.2. Kenevir kullanım bozukluğu (KKB): KKB için A tanı ölçütünde 12 tane kriter tanımlanmıştır. Bu tanımlanan 12 kriter şunlardır:

Tanı Kriterleri

A. Süre olarak 12 aylık zaman içinde, aşağıda yer alan durumlardan en az ikisinin gösterdiği gibi klinik açıdan anlamlı ya da sıkıntıya sebep olan sorunlu bir kenevir kullanımı:

1. Kenevir alımı, genellikle istenilenden daha fazla miktardadır ve kenevir, amaçlanan süreden daha uzun süreli olarak alınır.
2. Kontrollü şekilde kenevir kullanmak ya da kenevir kullanımını azaltmak için sürekli bir istek ya da başarısızlıkla sonuçlanan çabalar vardır.
3. Keneviri bulmak, kullanmak ya da kenevirin etkilerinden kurtulmak için gereken faaliyetlerde aşırı fazla zaman harcanmaktadır.
4. Aşırma, kenevir kullanmak için güçlü bir istek veya dürtü olması.
5. İş, okul ya da ev gibi yerlerde önemli rol yükümlülüklerinin yerine getirilmemesine sebep olan yineleyici biçimde kenevir kullanım durumu,
6. Kenevirin etkilerinin sebep olduğu ya da şiddetlendirdiği, kalıcı ya da tekrarlayıcı toplumsal, kişilerarası problemlere karşı kenevir kullanımını sürdürme
7. Önemli sosyal, mesleki ya da eğlence-dinlenme faaliyetler, kenevir kullanımı sebebiyle azaltılır ya da bırakılır.
8. Fiziksel açıdan tehlikeli olan durumlarda dahi tekrarlayıcı biçimde kenevir kullanımı.
9. Kenevirin sebep olduğu veya alevlendirdiği kalıcı ya da tekrarlayıcı fiziksel, ruhsal bir problem olmasına rağmen kenevir kullanımı devam etmektedir.
10. Büyük bir ihtimalle kenevirin sebep olduğu veya şiddetlendirdiği devamlı veya tekrarlayan biçimde ruhsal veya bedensel sorunların varlığının bilinmesine rağmen kenevir kullanımına devam edilir.
11. Tolerans (dayanıklılık) gelişmesi aşağıda yer alan kavramlardan biri ile tanımlanır:

a. Kenevir kullanma ihtiyacının, esrikliği veya kenevirin etkisinin istenen şekilde olması için belirgin miktarda artması (bir öncekine göre daha fazla miktarda kullanma)

b. Miktar olarak aynı şekilde kenevir kullanımının devam etmesine rağmen belirgin biçimde etkisinin daha az olması (tolerans gelişmesi)

12. Yoksunluk gelişmiş olması aşağıda yer alan bir nedenle tanımlanır:

a. Yoksunluğun kenevire bağlı olarak gelişmiş olması

b. Kenevire bağlı yoksunluk belirtilerini önlemek veya hafifletmek için yakından ilişkili bir madde veya doğrudan kenevir alımı.

Kenevir Esrikliği Entoksikasyonu:

Tanı Kriterleri

A. Yakın geçmişte kenevir kullanımının olması

B. Klinik olarak önemli sorunlu ruhsal veya davranışsal değişikliklerin (örneğin, öfori, kaygı, bozulmuş motor koordinasyon, yargılama bozukluğu zamanın yavaşladığı duyumu ve toplumdan uzaklaşma) kenevir kullanımı esnasında veya kısa bir süre sonra gelişmesi

C. Kenevir kullanımının ardından 2 saat içinde ortaya çıkan şu belirti veya bulgulardan ikisi (veya fazlası): Subkonjonktival hemoraji, yeme isteğinde artış, taşikardi ve ağız kuruluğu.

D. Bu belirti ve bulgular diğer bir sağlık durumuna bağlanamaz, bir başka madde esrikliği dahil olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi biçimde açıklanamaz.

Kenevir Yoksunluğu:

Tanı Kriterleri

A. Uzun süreli ve aşırı miktarda olan kenevir kullanımının (genelde neredeyse her gün veya en az birkaç ay boyunca her gün kullanım olması) durdurulması-bırakılması

B. A tanı ölçütünde tanımlanmış olan kenevir kullanımının durdurulması-bırakılmasının ardından yaklaşık bir hafta geçtikten sonra, aşağıda yer alan üç (ya da daha fazla) belirti ve bulgunun gelişmesi:

1.Sinirlilik, öfke veya saldırganlık

2.Tedirginlik veya endişe.

3. Uyku güçlüğü (örneğin uykusuzluk, rahatsız edici rüyalar).

4. İştah azalması veya kilo kaybı.

5. Huzursuzluk

6. Depresif ruh hali (Çökkün duygudurum)

7. Önemli rahatsızlığa neden olan aşağıdaki fiziksel belirtilerden en az biri: karın ağrısı, sarsılma/titrete, terleme, ateş, ürperme veya baş ağrısı.

C. B tanı ölçütünde yer alan belirti veya bulgular, sosyal, mesleki veya diğer önemli işleyiş alanlarında klinik açıdan belirgin sıkıntıya, bozulmaya veya işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu belirti ve bulgular başka bir sağlık durumuna atfedilemez ve başka bir madde esikliği veya yoksunluğu da dahil olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Kenevirin yol açtığı diğer bozukluklar; kenevirin yol açtığı psikozla seyreden bozukluk (şizofreni açılımı kapsamında psikoz ile seyreden diğer bozukluklar); kenevirin yol açtığı kaygı bozukluğu (kaygı bozuklukları); kenevirin yol açtığı uyku bozukluğu (uyku-uyanıklık bozuklukları) olarak tanımlanmıştır (APA, 2014).

2.1.9. Bağımlılık Yapıcı Maddeler

2.1.9.1. Alkol: Alkol, dünya çapında önlenabilir ölümün önde gelen nedenleri arasındadır ve yılda 3 milyon ölüm alkole atfedilebilir (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMSHA], 2019).

Alkol kullanım bozukluğu, motive davranışların yürütülmesi ve stres, duygusallığın kontrolü (örneğin, orta beyin, limbik sistem, prefrontal korteks ve amigdala) ile ilgili beyin bölgelerindeki değişikliklerin eşlik ettiği alkol kullanımı üzerindeki kontrol kaybı ile karakterizedir (Witkiewitz ve ark., 2019).

Alkol kötüye kullanımı (suistimali), fiziksel olarak tehlikeli sayılan durumlarda (örneğin, araba kullanırken) alkol kullanıldığında teşhis edilir. Alkolün kötüye kullanımı alkol bağımlılığına dönüşebilir ve uyumsuz alkol tüketimi şeklinde; sürekli yoğun kullanım, özellikle hafta sonunu sarhoş olarak geçirmek ve ayık olma dönemleriyle meydana gelen içmeleri içerebilir. Alkolün yaklaşık %90'ı mideden, geri kalanı ise ince bağırsaktan emilir. Hızla emilir, yüksek oranda suda çözülür ve vücuda dağılır. En yüksek kan konsantrasyonuna 30-90 dakika içinde ulaşılır. Alkol,

uyuşukluğa ve azalmış nöral aktiviteye neden olan bir depresandır (Sadock ve Sadock, 2010). Alkol yoksunluğu meydana geldiğinde anksiyete, titreme, bulantı, uykusuzluk, ağır vakalarda nöbetler ve deliryum tremens görülebilir (Witkiewitz ve ark., 2019).

Kronik alkol maruziyeti ve alkol kullanım bozukluğu (AKB) olan bireyler; anksiyete, depresyon, bilişsel performansta bozulma, başarısız ilişkiler, iş kaybı, nörotoksisite ve yasadışı uyuşturucu madde kullanımı açısından risk altındadır. Ayrıca dünya çapında bireysel ölüm ve sakatlığın önemli bir nedeni olan alkolik hepatit, karaciğer sirozu gibi karaciğer hastalıkları ile komorbiditeye sahiptir (SAMSHA 2016; Wang ve ark., 2020).

2.1.9.2. Esrar: Daha yaygın olarak esrar veya marihuana olarak bilinen Cannabis sativa (veya Hint keneviri), gıda dışı özellikleri nedeniyle yetiştirilen ilk bitkilerden biridir ve esas olarak lifleri için hasat edilmiştir. Esrar; ilaç olarak, fiziksel ve psikolojik problemlerin tedavisinde farmakolojik özellikleri ve rahatlatıcı işlevleri için kullanılmıştır (Rassool, 2010). Esrar, psikoaktif uyuşturucu maddeler arasında en yaygın kullanılan maddedir. Esrarın çeşitli kullanım metotları vardır ancak en yaygını sigara ile içe çekilmesidir (Macit, 2020).

Esrar kullanım bozukluğu olan bireyler, aşırma, tolerans ve yoksunluk belirtileri dahil olmak üzere klasik bağımlılıkların pek çok özelliğini sergilerler. Şu anda, esrar kullanım bozukluğu veya yoksunluk belirtileri için etkili tedaviler bulunmamaktadır (Kesner ve Lovinger, 2021).

2.1.9.3. Sentetik kannabinoidler: Sentetik kanabinoidler (SK), en yaygın kullanılan yeni psikoaktif maddeler arasındadır. Genellikle esrar benzeri ilaçlar olarak satın alınır, bitkisel karışımlar olarak pazarlanır ve deneyimsiz kullanıcılar tarafından risksiz olarak algılanır (Fattore, 2016).

Sentetik kannabinoid (SK) ürünleri, çeşitli SK'lerle bağlanmış bitkisel karışımlardır ve dünya çapında Spice, K2 ve Kush gibi çeşitli marka adları altında satılmaktadır. Avrupa'da yaklaşık 2004'ten beri mevcuttur. Sentetik kannabinoid (SK) ürünleri, son on yılda birçok ülkede kötüye kullanılan uyuşturucular olarak popülerlik kazanmıştır. SK'ler geniş ölçüde psikolojik durumu (örn. ruh hali, intihar düşünceleri ve psikoz) ve fizyolojik fonksiyonları (örn. kardiyovasküler,

gastrointestinal ve üriner) etkiler. Birçok çalışma, ruhsal hastalıklara güçlü bir genetik yatkınlığı olabilecek hastalarda SK kullanımından sonra psikotik dönemler olduğunu bildirmiştir (Deng ve ark., 2018).

2.1.9.4. Opioidler: Opium yani afyon; afyon haşhaşının tohum kabuğundan elde edilen eksüdaların özüdür. Afyon bitkisi, haşhaş tohumu adı verilen çok sayıda küçük siyah tohum üretir. İbn-i Sina (Avicenna olarak da bilinir, 980-1037) gibi Arap hekimler afyonu yoğun olarak kullandı ve bununla hazırladıkları ilaçlar hakkında özel tezler yazmıştır; afyon bitkisini özellikle ishal ve göz hastalıkları için önermiştir (Rassool, 2010).

Opioid ilaçlar en güçlü analjezikler arasındadır, ancak aynı zamanda en çok bağımlılık yapanlar arasındadır (Volkow ve ark., 2019). Opioid kötüye kullanımı ve bunun toplum sağlığı üzerindeki derin etkileri, son yıllarda en tartışmalı politika konularından biridir. Opioidler akut ve kanser ağrısı için etkili bir tedavi olsalar da sonrasında gelişen tolerans ve hiperaljezi nedeniyle on iki haftanın ötesinde sınırlı ağrı giderme sağlarlar. Uzun süreli kullanım genellikle daha yüksek dozlar gerektirir, bu da bağımlılığa neden olabilir ve aşırı doz olasılığını artırır (Friebel ve ark., 2022). Opioid yoksunluğunun fiziksel semptomları arasında mide-bağırsak rahatsızlığı, titreme ve artan ağrı hassasiyeti yer alır; affektif semptomlar sırasıyla disfori, anhedoni ve sinirliliktir (De Aquino ve ark., 2022).

2.1.9.5. Uçucu maddeler: Uçucu madde kötüye kullanımı, çözücü kötüye kullanımı, koklama, üfleme ve torbalama olarak da bilinen, farklı bir ruh hali elde etmek için uçucu bir maddenin kasıtlı olarak solunmasıdır. İnhalan olarak adlandırılan; düşük fiyatlı, yasal ve yaygın bulunabilen ve hızlı bir biçimde öfori sağlayan, bu nedenle sıklıkla tercih edilen, farmakolojik olarak çeşitli uçucu ürünlerdir (Baydala, 2010).

Kullanım yöntemi; bir çözücünün kabından, ıslatılmış bir bezden veya bir torbadan solunmasıdır. Akut etkiler arasında ani koklama ölüm sendromu, asfiksi ve ciddi yaralanmalar (örneğin düşmeler, yanıklar, donma) bulunur. Kronik inhalan kötüye kullanımı kardiyak, renal, hepatik ve nörolojik sistemlere zarar verebilir (Anderson ve Loomis, 2003).

2.1.9.6. Sedatif hipnotikler: Sedatif, hipnotik veya anksiyolitik maddeler arasında benzodiazepinler, benzodiazepin benzeri ilaçlar (örneğin, zolpidem, zaleplon), karbamatlar (örneğin, glutetimid, meprobamat), barbitüratlar (örneğin, sekobarbital) ve barbitürat benzeri hipnotikler (örneğin, glutetimid, meth-aqualone) bulunur. Bu madde sınıfı, tüm reçete edilen uyku ilaçlarını ve neredeyse tüm reçeteli anksiyolitik ilaçları içerir. Alkol gibi, bu ajanlar da beyin depresanlarıdır ve benzer madde/ilaca bağlı madde kullanım bozuklukları üretebilir. Sedatif, hipnotik veya anksiyolitik maddeler hem reçeteye hem de yasa dışı olarak temin edilebilir (APA, 2013).

2.1.9.7. Halüsinojenler: Halüsinojenler; algı, düşünce, duygu ve bilinçte bir değişikliğe neden olan doğal veya sentetik çeşitli ilaç gruplarını ifade eder (Rassool, 2010). Genellikle klasik halüsinojenler (LSD-Liserjik asit dietilamid gibi) ve disosiyatif ilaçlar (PCP-Fensiklidin gibi) olarak iki kategoriye ayrılırlar. Her iki halüsinojen türü de halüsinasyonlara veya gerçek olmayan algılara ve görüntülere neden olabilir. Bazı halüsinojenler bitkilerden veya mantarlardan elde edilir ve bazıları sentetiktir (insan tarafından üretilmiştir). Klasik halüsinojenler, kullanıcıların görsel ve işitsel varsanılarının olmasına ve gerçek gibi görünen ancak var olmayan hisler hissetmesine neden olabilir (NIDA, 2019).

Hallüsinojen maddeler içinde en popüler olarak LSD denen madde yer almaktadır (Ögel ve ark., 1998). LSD en etkili zihin değişikliği yapan kimyasallardan biridir. Çavdar ve diğer tahıllarda yetişen bir mantarda bulunan liserjik asitten yapılmış berrak veya beyaz kokusuz bir malzemedir (NIDA, 2019). Etkisi genellikle otonomik, duysal ve psikolojik işlevleri etkilemesidir (Eveloff, 1968).

PCP 1950'li yıllarda ameliyat için genel anestezi olarak geliştirilmiş, ancak ciddi yan etkiler nedeniyle artık bu amaçla kullanılmamaktadır. PCP, tabletler veya kapsüller dahil olmak üzere çeşitli formlarda bulunabilir. Bununla birlikte, sıvı ve beyaz kristal toz en yaygın olanlarıdır (NIDA, 2019).

2.1.9.8. Uyarıcılar (psikostimülanlar): Tarihsel olarak, uyarıcılar astım ve diğer solunum problemleri, obezite, nörolojik bozukluklar ve depresyon semptomlarını tedavi etmek için kullanılmıştır. Amfetaminler ve kokain, bazen diğer ilaçlarla kombinasyon halinde çeşitli tabletlerde ve kapsüllerde bulunan uyarıcılardır. Psikostimülanlar, merkezi sinir sisteminin çeşitli bölümlerinde aktivitede artışa,

huzursuzluğa, uyarılma ve uyarıcı davranışlara neden olan ve genellikle “uyarıcı” olarak adlandırılan psikoaktif maddelerdir (Rassool, 2010).

Amfetamin 100 yıl önce keşfedilmiştir. O zamandan beri, çok çeşitli rahatsızlıklar için her derde deva, reçetesiz olarak ücretsiz olarak temin edilebilen bir ilaçtan, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve narkolepsi ile sınırlı terapötik uygulamaları olan oldukça kısıtlı kontrollü bir ilaca dönüşmüştür (Heal ve ark., 2013).

Amfetaminler genellikle ağızdan alınır, ayrıca enjekte edilebilir, nazal olarak solunabilir veya tütsülenebilir. Amfetamin uygulamasının oral yolu daha az hızlı bir öfori üretmesine ve sonuç olarak daha az bağımlılık yapmasına rağmen, amfetaminlerle ilişkili klinik sendromlar kokainle ilişkili sendromlara benzer. Amfetamin kötüye kullanımı ciddi hipertansiyon, serebrovasküler hastalık, miyokard enfarktüsü ve iskemiye neden olabilir (Sadock ve Sadock, 2010).

Koka çalısının yapraklarından elde edilen beyaz bir toz olan kokain, güçlü uyarıcı özelliklere sahip psikoaktif bir ilaçtır (Rassool, 2010). Birçok yönden amfetaminlere benzer etki gösteren kokainin entoksikasyon durumunda, konvülsiyonlar, aritmi veya solunum depresyonu sık görülür (Ögel ve ark., 1998).

2.1.10. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Tedavisi

Madde kullanım bozukluğu, yalnızca bireyin kendisi için değil, aynı zamanda aile üyelerinin ve toplumun geri kalanı için de önemli ekonomik yük oluşturan birçok fiziksel ve psikiyatrik sorunun eşlik ettiği kronik hastalıklardan biri olarak kavramsallaştırılmıştır. Her kültürde veya millette nüksün önlenmesi en büyük, en önemli zorluklardan biridir (Javed ve ark., 2020). Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı olan bireylerde güçlü bir motivasyon olması tedavi sürecini hızlandırır. Bunun yanı sıra tedavi, gönüllülük esaslı olmayabilir. Bireyin bazen ailesinin, iş yerinin, yasanın neden olduğu zorunluluklar ve baskılar, tedavi için başvurması ve gelmesi, tedaviye devam etmesini ve tedavinin başarılı olmasını arttırabilir (Dilbaz, 2012: 47, 51).

Ayaktan izlenmesi zor olan bireylerin hastanede yatarak tedavi görmesi uygundur. Tedavi merkezine ulaşımı zor olan, dışarıda madde kullanım ihtimali yüksek olan, fiziksel-ruhsal rahatsızlıkları mevcut olan, kullanılan maddeye karşı

tolerans gelişmiş ve bırakma döneminde riskli fiziksel belirtiler deneyimleyeceği düşünülen bireylerin hastanede yatarak tedavi görmesi gerekir (Ögel ve ark., 1998).

Tedavide madde kullanımının yanı sıra tıbbi, sosyal, psikolojik ve yasal sorunlarına da yönelik girişimlerde bulunmak gerekir. Tedavinin ilk adımı detoksifikasyon (arındırma) olarak adlandırılır. Detoksifikasyon; vücudun maddeden arındığı süreçtir. Maddenin bırakılmasının ardından ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin tedavisi amaçlanır. Arındırma, bireyin maddeden uzun dönem uzak kalmasını sağlamak için tek başına yeterli değildir. Bireyin uzun dönem madde kullanmadan kalmasını sağlamak arındırmanın ardından psikososyal müdahaleler ile mümkün olmaktadır (Dilbaz, 2012: 47, 51). Tedavinin en son adımı rehabilitasyondur. Bu süreç 6 ay ila 2 yılı kapsar. Bu dönemde bireyin uzun dönem tedavi programına katılımı izlenir ya da uzun dönem tedavi programına girmesi için yardımcı olunur, ilişki koparılmamalıdır (Ögel ve ark., 1998).

Kronik bir hastalık olarak, madde kullanım bozukluğu nüksetme eğilimindedir. Hasta tedavi sonrasında sürekli takip desteği için Adsız Alkoliklere veya Adsız Narkotiklere yönlendirilebilir (Mersy, 2003).

2.2. Damga-Damgalama (Stigmatizasyon)

Damga ya da bir diğer anlamı ile stigma, sözcük anlamı olarak “delik, iz, delmek, yara” anlamında olsa da bugün “kara leke” anlamında daha çok kullanılmaktadır. Orta çağda suçlu bireylerin suçluluğun simgesi olarak kızgın demir ile damga vurulması sonrasında damga-stigma, bu anlamda kullanılmaya başlanmıştır. Bu durumda “damga” ifadesi kişi veya grup için utanılması gereken bir hususun var olması veya anormal olarak, kabul edilmemenin sonucu olarak değerlendirilmiştir (Taşkın, 2007: 17, 30).

Bireyin cinsiyeti, sahip olduğu engeli, ırkı ve dini gibi özelliklerinden dolayı önyargı ile toplum tarafından etiketlenmesine, dışlanmasına sebep olan sözlü ya da psikolojik şiddet içeren eylemlerin tümü damgalama olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve ark., 2021).

Ruhsal hastalığı olan bireylere karşı ayrımcılığın ve reddedilmenin ana nedeni damgalamadır; damgalama yalnızca ruh sağlığı sorunlarının önlenmesini etkilemekle kalmaz, aynı zamanda ruhsal hastalığın tedavisini ve bakımını da engeller; damgalama, insan haklarının ihlali olarak bildirilmiştir (Shih ve ark., 2022).

Damgalama da damgalanan birey veya grup farklı olarak tanımlanır, bu farklılık sebebiyle de kişilere olumsuz özellikler yüklenir. Önce damgalanan ve sonrasında olumsuz özelliklerin yüklendiği bu kişiler toplumdan uzak tutulur, izole edilir, yok etmek için çabalanır veya yok olsun diye kendi kendine bırakılır (Taşkın, 2007: 17, 30). Stigma; madde kullanım bozukluğu olan bireyleri, sağlık profesyonellerini, tedavileri, araştırmaları, politikaları ve bir bütün olarak toplumu etkiler (Zwick ve ark., 2020).

2.2.1. Toplumsal Damgalama ve İçselleştirilmiş Damgalama

Damgalanmanın etkisi iki yönlüdür (Corrigan ve Watson, 2002). Toplumsal damgalama, toplum tarafından bir gruba yönelik önyargı ve ayrımcılığı temsil eder. Toplumsal damgalama, halk tarafından değersizleştirilmiş özelliklere sahip kişiler hakkında sahip olunan olumsuz tutumları ifade eder (Corrigan ve ark., 2006).

Toplumsal damgalama; toplum tarafından sahip olunan genel stereotipler, önyargılar ve ayrımcılığa sebep olan inançlar üzerinde toplanır. Araştırmalar, toplumsal damgalamanın, bireylerin içinde yaşadıkları ve çalıştıkları toplulukların kalıplaşmış yargılarını ve önyargılarını içselleştirmeleri nedeniyle kendi kendilerini damgalamaya yol açtığını göstermektedir (Simmons ve ark., 2015).

Kendi kendini damgalama (içselleştirilmiş damgalama), insanlar bu toplumsal tutumları içselleştirdiğinde ve bunun sonucunda sayısız olumsuz sonuçlara maruz kaldığında ortaya çıkar (Corrigan ve ark., 2006). Kendini damgalama, “kişinin kişisel özelliklerine ilişkin ayrımcı, önyargılı, basmakalıp veya diğer olumsuz inançları içselleştirmesi” olarak tanımlanmaktadır (Chen ve ark., 2022). Hem toplumsal hem de içselleştirilmiş damgalama üç bileşenle açıklanabilir: stereotipler, önyargı ve ayrımcılık (Corrigan ve Watson, 2002).

Stereotipler (kalıplaşmış yargılar), sosyal olarak kabul edilen; toplumun, insan grupları hakkındaki iddiaları sınıflandırma şeklidir (Corrigan ve Rao, 2012). Stereotip kavramı toplumların ortak görüşünü temsil eder (Avcil ve ark., 2016). Çoğu insan belirli stereotipler hakkında bilgi sahibidir, çünkü bunlar belli koşullara sahip insanların sosyal niteliklerinden gelişir ve bunlarla tanımlanır. Pek çok insan, bu stereotipler hakkında bilgi sahibi olsa da mutlaka onlarla aynı fikirde oldukları anlamına gelmez. Negatif stereotipleri kabul eden insanlar, negatif duygular ve duygusal tepkiler geliştirirler; bu önyargıdır (Corrigan ve Rao, 2012).

Önyargılar, stereotipleri destekler ve bunların sonucunda farklı duygusal tepkiler gelişebilir. Hasta bireylere yönelik, genelde korku, öfke gibi negatif duygular hissedilmektedir (Avcil ve ark., 2016). Örneğin, şizofreni hastalarının tehlikeli olduğuna inanan bir kişi, nihayetinde ağır ruhsal hastalığı olanlardan korkma hissine sahip olabilir. Bu duygusal tepkiden ayrımcılık ya da damgalanmış gruptaki bir kişi hakkında olumsuz düşünce ve duygulara sahip olmanın davranışsal tepkisi gelişir. Toplumun bir üyesi, ruhsal hastalığı olan bir kişinin tehlikeli olduğuna dair korkusu (önyargı) ve inancı (stereotip) nedeniyle ruhsal hastalığı olan bir kişiden uzak durmayı seçebilir (Corrigan ve Rao, 2012).

Bir kişi olumsuz stereotipleri içselleştirdiğinde, olumsuz duygusal tepkiler verebilir. Düşük benlik saygısı ve zayıf öz yeterlik, bu olumsuz duygusal tepkilerin başlıca örnekleridir (Watson ve ark., 2007). Kendini damgalamak, kendine değer verme duygusunu azaltır, bu durumda hedeflere ulaşma umudu zayıflar. Dolayısıyla kendini damgalamanın zararı, kişisel bir süreç aracılığıyla ve en sonunda, kötü sağlık sonuçları ve yaşam kalitesi yoluyla (Corrigan ve ark., 2006) kendini gösterir (Watson ve ark., 2007). Kendini damgalama, yaşam hedeflerine ulaşmada bir engel olarak işlev görür. Bununla birlikte, benlik saygısı ve öz yeterlik, kendini damgalamanın zararlı sonuçlarını azaltabilir (Corrigan ve Rao, 2012).

2.2.2. Damgalamanın Sebepleri

Damgalamanın sebepleri olarak; psikojenik, toplumsal ve evrimsel sebepler sayılabilir (Alban 2018; Özmen ve Erdem, 2018).

2.2.2.1. Psikojenik sebepler: Psikojenik sebepler kaynaklı damgalamanın oluşmasında duyguların önemi büyüktür. Genelde insanlar, başka birinin kötü durumda olması nedeniyle bundan gizlice mutluluk duyarlar. Her ne kadar o acıyı yaşamasa da o acının derin bir üzüntüye neden olduğunu bilirler ve bir başkasının o acıyı yaşaması, kişiyi rahatlatır. Mağdur kişiyi aşağı konuma koyarken kendisini üstün ve iyi bir konuma koyar. Bununla birlikte karşıdaki kişi tehditlere, çatışmalara ve başarısızlıklara maruz kalır. Özsaygısını ve özgüvenini yitirir (Özmen ve Erdem, 2018).

Damgalayanlar -aslında hepimiz- damgalanan kişilerle karşı karşıya kaldığımızda, örneğin tuhaf davranışlar veya şekli bozulmuş yüzler,

standartlarımızla, değerlerimizle ve beklentilerimizle çatıştığında, rahatsızlık duyma ihtimalimiz yüksektir. Rahatsızlık beraberinde oluşan gerginliği azaltmak için damgalanmış kişilerden kaçınılır, bu da davranışsal terimlerle (Bandura ve Walters, 1977) gerginlikte bir azalma ve dolayısıyla psikolojik kazanç anlamına gelir. İnsanların sorumlu olmadan hastalık veya yaralanma yaşayabileceği fikri bizi korkutur ve aynı kaderin başımıza gelmeyeceğine dair güvenceye ihtiyacımız vardır. Bazılarımız damgalanmış kişilerin veya ebeveynlerinin yanlış bir şey yaptığını ve günahları için hak olarak daha sonrasında cezalandırıldıklarını ileri sürebilir. Bu düşünce, suçluluk duymadan psikolojik açıdan kişisel çıkar arayışına izin verir (Haghighat, 2001).

2.2.2.2. Toplumsal sebepler: Etrafımızda bulunan insanları, sıfatlar sayesinde sosyal olarak grup ve kategorilere ayırırız. Her bir kategori için insana yönelik imge oluşturur ve o kategoriden gördüğümüz herkese aynı özellikleri yükleriz. Sınıflamalar, genelleme ve de çarpıtmalara sebep olmakta ayrıca önyargıların da temelini oluşturmaktadır. Damgalama yaparken de kişisel farklılıkları sınıflandırmak, stereotipik şekilde, bilişsel olarak “biz” ve “onlar” deyimiyle ötekileştirme, ayırma ve dışlama yaşanmaktadır. Kültür ve güç kavramları damgalamayı tetikleyen toplumsal sebeplerden diğerleridir (Özmen ve Erdem, 2018). Corrigan ve Watson (2002)’in tanımına göre, damgalama genelde güçlüden güçsüz tarafa doğru olmaktadır (Corrigan ve Watson, 2002).

2.2.2.3. Evrimsel sebepler: Hayatta kalma ve üreme için damgalama ve ayrımcılık yapmanın genetik faktörlere bağlı olup olmadığını söyleyen araştırmacılar bulunmaktadır. Bireyler, damgalanmış oldukları hastalarda olumlu bir örnek görseler dahi düşüncelerini çabuk değiştirmemekte, hasta iyi bir durumdaysa bunu eğitilmiş olmasına, özenli bir biçimde tedavi olmasına bağlamaktadır. Sıradan bir hastanın kaba sayılan bir davranışı olumsuz olarak nitelendirilmekte, damgalanmaktadır. Diğer ruhsal hastalıklarda meydana gelen damgalanma oluşumu süreci ile alkol-madde kullanan bireylerde damgalanma oluşumu sürecinin aynı olduğu düşünülebilir. Çünkü kullanılan alkol-madde, zamanla kullanan kişide ruhsal hastalıklara sebebiyet verir (Uzun ve Alban, 2020).

2.2.3. Damgalama ve Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu

Bağımlılık, tarihsel olarak, gönüllü seçim varsayımıyla ahlaki veya davranışsal bir hastalık olarak görülmüştür ve bu, günümüzde de devam eden madde kullanım bozukluğu olan kişilerin damgalanmasına yol açmıştır (Chen ve ark., 2022).

Bağımlılara yönelik toplumsal damgalama; bireyin kendi isteği ile yaptığı bir hata, suça eğilim, kişilik bozukluğu, irade zayıflığı, meydana gelen durumu hak ettikleri ve tedaviyi hak etmedikleri gibi olumsuz tutumlar şeklindedir, birçok alanda kişi için sorun oluşturmaktadır (Schomerus ve ark., 2011; Tool, 1986).

Kelly ve arkadaşları, problem ve kontrol edilebilirlik gibi iki etkenin öncelikle damgalanmayı etkilediğini vurgulamıştır (Kelly ve ark., 2010). İnsanlar, kişinin sorunlarına kendisinin neden olmadığına inanırsa damgalanma azalır. Tarihsel olarak, bireylerin sadece “iradesi ile kullanmayı bırakmasına” ya da “kendilerini kolayca madde etkisinde kalmaya ihtiyaç duydukları kavramı”, bireyin madde kullanımını kontrol edebileceği görüşünü ileten yaygın bir algı oluşturmıştır. Oysa damgalanmadan arındırılmış görüş, bunun bir beyin hastalığı olduğu ve kişinin fiziksel bir hastalığı olduğunda nasıl düşünecek ve tedavi edilecek ise alkol-madde kullanım bozukluğunda da bu şekilde olacağı, kendi kendini kontrol etme ve irade meselesi olmasının ötesinde olduğudur (Zwick ve ark., 2020).

Madde kullanım bozukluğu (MKB) olan kişilerin genellikle adli sicil kayıtları vardır, kısmen uyuşturucu madde satın almak için paraya olan ihtiyaçlarından dolayı, bu daha sonra uyuşturucu madde çalmak veya satmak gibi suç davranışlarına girişmeyi teşvik eden mali zorluklara yol açabilir. MKB olan kişiler sıklıkla karşılaştığı sağlık sorunlarına ek olarak genellikle içselleştirilmiş damgalama yaşarlar. Toplumsal damgalama ve kendini damgalama da dahil olmak üzere damgalama, sosyal sorunlara ve sağlık sorunlarına neden olabilir. Spesifik olarak, toplumsal damgalanma ve kendini damgalama düzeyleri yüksek olan MKB olan kişilerin uygun tedavileri arama olasılığı daha düşük olabilir (sağlık hizmeti arama motivasyonları düşük olabilir). Bu nedenle, MKB tanısı olan bir kişinin psikiyatrik semptomları zamanında ele alınamayabilir. Olumsuz sağlık etkileri göz önüne alındığında, toplum ve sağlık yetkilileri damgalamayı azaltmak ve müdahaleleri optimize etmek için ek çaba sarf etmelidir (Chen ve ark., 2022).

Ayrıca damgalanma, bağımlı bireyin sosyal olarak izole olması, madde kullanımına devam etmesi, işsizlik, evlilik sorunları yaşamasına neden olmaktadır. Alkol bağımlısı bireylere göre madde bağımlısı bireylerin meslek sahibi olmama ya da çalışmama oranı daha yüksek bulunmuştur (Alban, 2018).

İçselleştirilmiş damgalama, olumsuz sağlık sonuçlarına ve düşük yaşam kalitesine yol açan birçok zararlı etkiye sahiptir. Ayrıca zayıf öz yeterlilik ve düşük benlik saygısı, istihdamı ve bağımsız yaşamayı teşvik eden fırsatlardan yararlanmamakla da ilişkilendirilmiştir (Corrigan ve Rao, 2012).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalama, şizofreni gibi diğer psikiyatrik rahatsızlıkları olan kişilerde görülen genelleme daha şiddetlidir (Chen ve ark., 2022).

Bireylerin yaşamış olduğu içselleştirilmiş damgalama; sosyal etkileşimde bozulma, akademik, mesleki başarıda düşme, yaşam kalitesinde umutsuzluk, bunun yanı sıra suçluluk, utanç, aşağılık duygularıyla benlik saygısında düşme ve sosyal ilişkilerde bozulma gibi durumlara sebep olmaktadır. AKB ve MKB olan kişilerde, içselleştirilmiş damgalamanın iyileşme sağlanabilmesinde engel olduğu düşünülmektedir. Bireylerde, yaşam standartlarının azalması, yardım almada isteksiz olma, ortamdaki uzak durma, tedaviyi reddetmesine sebep olmaktadır (Çam ve Dağlı, 2017). Bu nedenle alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisinde önemli engel olarak görülen negatif tutum ve damgalanmanın önlenmesi, tanı almış bireylerin toplumsal hayatta kalabilmesi ve tedaviyi sürdürebilmesi için önemlidir (F. Ü. Demir ve ark., 2022).

2.3. Benlik Saygısı

Benlik kavramı, bir bireyin, çevresiyle ilgili deneyim, yorumlarıyla oluşan, sosyal karşılaştırmalar ve diğerlerinin değerlendirmelerinden etkilenen, değerlendirici öz inançlarıdır. Benlik kavramı, kendine güven, kendine değer verme, kendini kabul etme ve yeterlilik ve yetenekle ilgili öz algıları içerir. Nasıl davrandığımızı, kritik seçimler yapmamızı, kendimizi nasıl gördüğümüzü ve değişen bir ortama uyum sağlamamızı etkiler (Marsh ve ark., 2022). Benlik kavramı, bireyin davranışlarını koordine ettiği ve yönlendirdiği referans çerçevesini oluşturur, kendimizi algıladığımız, kendimizin ve başkalarının bizi nasıl gördüğü ve buna göre nasıl davrandığımız ile ilgili psikolojik bir yapıdır. Benlik kavramı, başkalarıyla

etkileşimlerimiz sırasında ve ömür boyu gelişir. Benlik kavramı aynı zamanda belirli bir durumda ne yapacağımızı düşünme yeteneğini de içerir (Sheikh ve ark., 2013).

Benlik saygısı, kişinin kendisini değerlendirmesi sonucunda varoluşsal olarak benliğini kabul etmesi ve ondan memnun olmasıdır. Başka bir ifadeyle bireyin kendisini tanımlama sürecindeyken kullandığı özelliklerini beğenmesi ve saygı duymasıdır (Sevim ve Artan, 2021).

Benlik saygısı terimi ilk kez William James tarafından kullanılmıştır. William James'e göre benlik saygısının orijinal tanımı; bireyin önemli olarak gördüğü yaşamın çeşitli alanlarındaki başarısızlıklara kıyas ile başarıların bir oranı ya da "başarı iddiaları" şeklindedir. Ayrıca, yaşam sürecine benlik saygısının önemli bir katkı sağladığını ve benlik gelişiminin sağlıklı olması için vazgeçilmez, hayatta kalmak için bir değeri olduğunu söylemiştir (James ve Burkhardt, 1983). Coppersmith' e göre benlik saygısı, kişinin öz değerlendirmelerinin sonucunda olumlu ya da olumsuz olma derecelendirmesi olarak görülmektedir (Coopersmith, 1965).

Literatür incelendiğinde, benlik saygısı terimi, birbirinin yerine kullanıldıkları için benlik kavramı ve benlik imajı ile ilgili terimlerden ayırmanın zor olduğu görülmektedir. Benlik kavramı; benlik saygısı, benlik imajı ve kişisel kimlik kavramlarını kapsar. Benlik saygısı, gerçek benlik (algılanan benlik) ile ideal benlik arasındaki ilişki ile açıklanan, kişinin kendi değerleriyle bağlantılı olarak bir yargısı veya yakın bir değerlendirmesini belirtir. Benlik imajı, kendi bedenimizin zihnimizde oluşturduğu imajdır. Bedenimizle ilgili olarak taşıdığımız bilinçli ve bilinçsiz yargılarımızın, algılarımızın bütününe etkisi altındadır. Kişisel kimlik ise öz-farkındalık ve öz-temsili kavramlarını içerir. Öz-sevgi, benlik saygısı ile eş anlamlı olarak nitelendirilen, bir kişinin öznel, genellikle olumlu bir şekilde kendilerini değerlendirmesini ifade eden bir kavramdır. Benlik saygısının zıttı ise bir kişinin veya davranışlarının ahlaki olarak kınanması gereken, saygıya veya ilgiye layık olmayan bir şekilde yargılandığı bir duygu olan küçümsemedir. Benlik saygısı, bireyin özüdür, başarılar ve hayaller ile sonuçlar ve başarısızlıklar arasındaki ilişkidir. Bu tanım, bireyin kendisini kendi algısına, önemli olma ve benzersiz olma duygusuna göre değerlendirdiğini göstermektedir. Kendine verilen değer, benlik saygısının kritik bir niteliğidir. Kişinin değerlerinin samimi bir şekilde değerlendirilmesi ve kendine karşı olumlu veya olumsuz yargı kavramını ortaya

koyar. Böylece, her insan kendini takdir eder, kendine önem verir ve kişisel bir değer verir. Bu nedenle kendine verilen değer, kendine saygının temeli olduğu için önemlidir; bu kavram analizi, benlik saygısının kendimizi algılama şeklimizi ve dolayısıyla durumlara karşı hareket etme ve tepki verme şeklimizi etkilediğini göstermektedir (Dore, 2017).

Rosenberg'in Benlik Saygısı Teorisi'ne (1965) göre, benlik saygısı genellikle olumlu veya olumsuz olabilen benlik inancı olarak kabul edilir. Benlik fikrine yönelik canlandırıcı zihniyet, yüksek benlik saygısı olarak adlandırılırken, olumsuz bir tutum düşük benlik saygısıdır (Tus, 2019). Kaplan'ın görüşü, tüm bireylerin, onları olumsuz benlik tutumlarını en aza indirmeye ve benliğe ilişkin olumlu algıları en üst düzeye çıkarmaya yönlendiren “benlik saygısı güdüsüne” sahip olduğu görüşündedir (Kaplan, 1975).

Benliğin yeterli hale gelebilmesi için ideal benlikle gerçek benlik arasında tutarlılık olması önemlidir. “Bir kişinin nasıl olması gerektiği” ideal benlik; “bir insanın gerçekte nasıl olduğu” ise gerçek benlik olarak açıklanabilir. İki benlik ne kadar fazla örtüşürse bireyler kendilerini daha olumlu algılar ve yüksek benlik saygısı oluşur (Altunay ve Öz, 2006). Benlik saygısı oranının düşük olması, algılanan gerçek benlik ile ideal benlik arasındaki oranın fazla olmasına bağlıdır. Benlik saygısı, bireyin kendi benliğini beğenmesi, eksik ve tam yönleri ile kendisini değerli bulması, onaylaması ve beğenilmeye layık bulmasıdır. Kendisini olduğu gibi kabul eden, içinde bulunduğu şartlar ve koşullarla arzu ve isteklerini sınırlayabilen birey, içinde bulunduğu durum ile olmak istediği durum arasında tutarsızlığa düşmeyecektir. Dolayısıyla bu birey için gerçek benlik ve ideal benlik arasında bir uyum vardır. İdeal benlik ile gerçek benlik arasında tutarlı bir dengeğin varlığı, bireyin benlik saygısını güçlü kılan bir özelliktir (Sevim ve Artan, 2021).

2.3.1. Benlik Saygısının Düşük ve Yüksek Olarak Tanımlanması

Yüksek benlik saygısı olan kişilerin olumlu tutumları mevcuttur, koşulları değiştirebileceklerine inandıkları için yaşamlarında mutluluk bulma ihtimalleri daha yüksektir (Aydın, 2022).

Yüksek benlik saygısı genellikle sağlıklı olarak kabul edilir, kişilerin kendilerini sevmelerini ve kim olduklarını kabul etmelerini sağlar. Sağlıklı benlik saygısı, kendimizi doğru bir şekilde değerlendirme (kendimizi tanıma) ve kendimizi

koşulsuz olarak kabul edip değer verebilme yeteneğimize dayanır. Bu, gerçekçi bir şekilde güçlü yönlerimizi ve sınırlamalarımızı (insan olmanın bir parçası olan) kabullenmek ve aynı zamanda kendimizi şartlar veya çekinceler olmadan layık ve değerli olarak kabul etmek anlamına gelir. Düşük benlik saygısında bireyler kendilerini sevmez ve niteliklerini kabul etmezler. Benlik saygısı zayıf olan insanlar, kendileri hakkında ne hissettiklerini belirlemek için genellikle o anda nasıl olduklarına güvenirler (Akhter, 2013).

Düşük benlik saygısına sahip kişiler, sahip oldukları kapasiteden daha aşağıda başarılar hedeflerler, reddedilmek bu kişiler için korkutucudur, dikkat çekecek işler yapmaktan ve kendilerini sergilemekten kaçınma eğilimi gösterirler. Düşük benlik saygısına sahip kişilerin yeteneklerine çok az değer vermeleri ile başarılarını sıklıkla inkâr ettikleri görülür (Aydın, 2022).

Yüksek benlik saygısı, kendimizden hiç şüphe duymayacak şekilde güven içinde olmamız, demek değildir. İnsanın kendisine olan saygısında veya kendisine gösterdiği değerde bazen şüpheye düşmesi, yetersiz ya da değersiz hissetmesi insan olmanın ve bilinçliliğin doğal bir sonucu olmakla beraber sağlıklı olmanın da doğal bir sürecidir. Yüksek benlik saygısına sahip bireyler, kendilerine gerçekçi hedef koyar ve onları gerçekleştirebilir, başarılarının kaynağını kendi emek ve becerilerine bağlar, başarısızlıkla karşılaştıkları zaman tekrar hazırlanıp kaldığı yerden devam edebilme konusunda motivedirler. Düşük benlik saygısına sahip bireyler, duygusal açıdan çok fazla istikrarlı olmamakla beraber günlük olaylardan daha çabuk etkilenirler. Bu bireyler diğerleri tarafından sürekli kabul görmek ve onaylanmak isterler ancak bu durumun gerçekleşmesi noktasında da sürekli şüpheleri mevcuttur (Sevim ve Artan, 2021).

Benlik saygısını etkileyen, cinsiyet, fiziksel görünüm, ailenin gelir durumu, aile ortamı, anne-babanın eğitim durumu, sosyal çevre, anne-baba evliliğinin boşanma ile sonuçlanması-devam etmesi, sağlık durumu, okul başarısı, gerçek benlik ve ideal benlik arasındaki ilişki, kardeş sayısı veya doğum sırası vb. gibi birçok faktör bulunmaktadır (Kımtır 2008; Sevim ve Artan, 2021). Benlik saygısıyla ilişkili risk faktörleri etki büyüklüklerine göre:

- Yalnızlık,
- Çocukluk çağı travması,

- Sosyal görünüm kaygısı,
- Depresyon,
- Stres,
- Anksiyete,
- Güvenli olmayan bağlanma, olarak sıralanmıştır (Tolga ve Dilmaç, 2020).

2.3.2. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Benlik Saygısı

Psikososyal sağlığın en önemli göstergelerinden biri kişinin kendisine verdiği değerdir. Benliğin duygusal boyutunu temsil eden benlik saygısı, kişinin kendi değerlerine ilişkin kendini kabul etmesi, kendini onaylaması, kendine saygı duyması ve kendini değerlendirmesi anlamına gelir. Benlik saygısı düşük olan bireylerin, benlik saygısı ihtiyacını gidermek, duygu ve davranışlarını kontrol etmek için madde kullanımına eğilimli oldukları çok sayıda araştırma ile tespit edilmiştir (Toker ve ark., 2011; Yılmaz ve Cüceler, 2019; Gökler ve Koçak, 2008; Yıldız ve Çapar, 2010). Madde bağımlılığı sorunu, sosyal işleyişi olumsuz etkileyen, sosyal uyumu bozan ve olumsuz sosyal etkileşimlere neden olan önemli bir sosyal sorun olarak ortaya çıkmaktadır (Ersöğütçü ve Karakaş, 2016).

Benlik saygısının, kişinin alkol ve psikoaktif madde kullanımında önemli bir belirleyici olduğuna inanılmaktadır; örneğin, yüksek düzeyde benlik saygısı olan kişiler, alkol veya yasadışı uyuşturucularla daha düşük düzeyde ciddi ilişki sergilerler ve her ikisini de denemeye daha az eğilim gösterirler. Düşük benlik saygısının ergenler, üniversite öğrencileri de dahil olmak üzere bazı popülasyonlarda madde bağımlılığı için yüksek risk oluşturduğu savunulmuştur (Akhter, 2013).

Literatüre bakıldığında madde kullanımı olan bireylerde benlik saygılarının olumsuz etkilendiği, toplum tarafından dışlandıklarına ilişkin kanıtlar mevcuttur. Benlik saygısının bağımlılık davranışının sürmesinde etkili olduğu, bireylerin benlik saygısı azaldıkça bu benlik saygısı ihtiyacını giderebilmek için madde kullanmaya yatkın oldukları görülmüştür (Toker ve ark., 2011).

Düşük benlik saygısının yanı sıra madde bağımlılığı ile ilişkilendirilen diğer durumlar, depresyon, yaşamdan memnuniyetsizlik, anksiyete, yalnızlık, suç

yatkınlıktır. Ek olarak, madde kullanımı olan bireylerin toplumda damgalanma ve ayrımcılık yaşaması nedeniyle bireyde düşük benlik saygısı oluşacaktır (Soy ve Zorlu, 2020).

2.4. Psikoeğitim

Psikoeğitim, hastayı ve/veya aile üyelerini belirli hususlar hakkında bilgilendirmek amacıyla sistematik olarak kullanılan ve yapılandırılmış hasta bilgisi biçimleri olarak açıklanabilir (Kumar ve ark., 2015).

Psikoeğitim, hastaların ve/veya yakınlarının, anlayışlarını geliştirmek, ruhsal hastalıkta belirti ve duygudurum değişikliklerini erkenden tespit etmek, farmakolojik olmayan, tedaviye uyumu arttırmak için ruhsal hastalık hakkında bilgi vermeye dayalı, bir müdahale stratejisidir; bu ruhsal hastalıkla başa çıkmalarını sağlamak için duygusal yönleri bütünleştirmeyi içerir (Rabelo ve ark., 2021; Rummel-Kluge ve Kissling, 2008). Ayrıca psikoeğitim, hastalara yönelik damgalamayı, önyargıları, yanlış anlamaları ve olumsuz tutumları ortadan kaldırmak vb. gibi hususları da içermektedir (Kumar ve ark., 2015).

Psikoeğitimsel yaklaşım, ruhsal hastalıkları tedavisi ve rehabilitasyon ilkelerinin gerçekleştirilmesi amacıyla eğitim, yöntem ve tekniklerinin kullanıldığı bir süreçtir. Ayrıca, hasta ve ailesine hastane dışında da yardımcı olmayı, hastanın yaşadığı sorunlarıyla baş edebilmesini ve toplum içinde üretken bir yaşam sürmesi için desteklemeyi amaçlamaktadır (Alataş ve ark., 2007).

Psikoeğitim, bilişsel, davranışsal ve psikososyal tedavi yaklaşımlarını tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bilgi ve destek sağlamayı ve başa çıkma becerilerini tanıtmayı amaçlar ve bireylerde hedefli davranışlar geliştirmek için uygulanan tüm süreçleri kapsar. Psikoeğitimin psikiyatri ve hasta tıp eğitiminde uzun bir geçmişi vardır. Devam eden bakım sürecinde kullanılan bir strateji olarak psikoeğitim, ruh sağlığında bir dizi bağımsız modaliteyi kapsayan bir şemsiye terim olarak kullanılmasından ziyade, hasta eğitimi veya resmi olmayan hasta eğitimi gibi genel tıp kavramlarına daha yakın olabilir (Kavak ve ark., 2019).

Sağlık sektöründe eğitici yöntem, 18. yüzyılın başlarında ve 19. yüzyılın başlarında, J.H. Pestalozzi (1746-1827) ve Dr. Howe (1801-1876) gibi hayırseverlerin fiziksel ve psikolojik olarak sorun yaşayan bireylere, terapötik hizmet ve bakım sağlamak için eğitici yöntemler uyguladıkları yerlerde kullanılmıştır.

Psikoeğitim, şizofreni gibi ağır ve kronik psikiyatrik bozukluklarla bağlantılı olarak duygu dışı vurumu ve aile yükü kavramının ortaya çıkmasından sonra psikiyatri alanına güçlü bir şekilde girmiştir. Psikoeğitimin şizofreni ve diğer önemli ruhsal hastalıkları ve davranış bozuklukları olan kişiler için hasta sonuçlarını iyileştirdiği gösterilmiştir (Kumar ve ark., 2015).

Birincil, ikincil ve üçüncül koruyucu sağlık hizmetleri psikoeğitim olarak uygulanabilir. Stresle baş etme, aile içi süreçleri güçlendirme ve toplumsal sorunlara yönelik farkındalık yaratma psikoeğitimin hedeflediği başlıca önlemler arasındadır. İkincil önleme, sorunun belirlenmesini, sorunun çözümüne yardımcı olunmasını ve destek sağlanmasını içerirken, üçüncül önleme, sorunlarla nasıl daha iyi başa çıkılabileceğine dair becerileri ve rehabilitasyonu içerir. Psikoeğitim, duygusal destek geliştirmek, olumsuz tutum ve inançları değiştirmek, bir konu hakkındaki görüşleri açıklamak, problem çözme becerilerini geliştirmek ve bir krizle başa çıkmak için de yapılabilir (Kavak ve ark., 2019).

Hedef kitleye göre psikoeğitim bireysel, aile, grup veya toplum temelli olabilir. Aktif psikoeğitim, danışmanın süreç boyunca hasta/aile ile aktif katılımını içerir, etkileşim ve açıklamalar vardır. Pasif psikoeğitimde hastalara/aile üyelerine kitapçık, sesli/görüntülü materyal şeklinde okumaları ve özümsemeleri gereken materyaller sağlanır. Grup psikoeğitimi, benzer hastalık türlerine sahip hastaları kapsar. Bu nedenle gruplar bipolar bozukluk, şizofreni, madde kötüye kullanımı vb. hastalardan oluşabilir. Gruplar genellikle 4-12 üyeye sahiptir ve optimum sayı 8'dir. Oturum sayısı genellikle 5 ila 24 arasında değişir, optimum oturum sayısı araştırma ve uygulama ile belirlenir. Seanslar genellikle 40-60 dakika sürer ve çoğunlukla haftalık aralıklarla yapılır. Seansların optimal zamanı ve sıklığı, paylaşılan ve tartışılan bilgilerin daha iyi özümsemesine yardımcı olur (Sarkhel ve ark., 2020).

Grup yapısında yürütülen bir psikoeğitim programı, etkileşim, sosyal öğrenme ve sosyal destek gibi faydalar sağlar. Eğitim programlarından biri olan psikoeğitim, bireylerin sorunlarını paylaşma ve problemle başa çıkma yöntemlerini paylaşarak birbirlerine yardım ve destek olma fırsatı buldukları grup ortamları sağlar. Gruptaki bireyler benzer sorunlar yaşadıklarını gördüklerinde aralarında güçlü bir bağ oluşur; birbirlerinden kabul, anlayış ve destek alırlar ve grup üyelerinden aldıkları geri bildirimlerle hayatlarındaki olayları kolayca fark edebilirler (Kaçan ve Ateş, 2022).

2.4.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu İçin Psikoeğitim

Grup psikoeğitimi, madde kullanım bozukluğu olan hastaların psikososyal yönetiminin temel taşlarından biridir. Bu tür gruplar, hastaları madde kötüye kullanımı ve sonuçları hakkında eğitir. Madde bağımlılığı için tipik grup psikoeğitimi, tıbbi komplikasyonlar, aile sorunları, sosyal ve mesleki yönler, tedavi süreci ve iyileşme, aşırma ve nüksetme, boş zamanın değerlendirilmesi, maddeden arınmış bir birey olarak yeni bir hayata uyum gibi belirli noktaları vurgulamalıdır (Sarkhel ve ark., 2020).

Psikoeğitim hem tıbbi hem de psikiyatrik bozukluklarda, özellikle alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi içgörü eksikliği ile ilişkili ruh sağlığı bozukluklarında tedavinin önemli bir bileşeni olarak kabul edilir. Magill ve arkadaşları, 2021 yılında yayımladıkları bir çalışmada alkol ve madde kullanım bozukluklarında psikoeğitim için 9 ilke belirlemişlerdir. Bu ilkeler:

- Psikoeğitim güçlendiricidir.
- Psikoeğitimde mevcut bilgi en iyi bilgi olmalıdır.
- Psikoeğitim anlaşılabilir.
- Psikoeğitim kısadır.
- Psikoeğitim etkileşimlidir.
- Psikoeğitim bireysel ihtiyaçlara göre şekillendirilir.
- Psikoeğitim bir hedefle bitebilir.
- Psikoeğitim hem kolaylaştırma hem de öğretme becerilerini kullanır.
- Psikoeğitim sağlayan kişi, danışan merkezli, uzman kişidir (Magill ve ark., 2021).

2.4.2. İçselleştirilmiş Damgalamayı Azaltmada ve Benlik Saygısını Arttırmada Hemşirelik Girişimlerinden Psikoeğitim

Yüksek benlik saygısı, ruh sağlığı üzerinde koruyucu bir etken olarak kabul edilirken, düşük benlik saygısı, kaygı ve depresyonun başlıca sebepleri arasında kabul edilmektedir (Kalafatoğlu ve Çelik, 2015).

Düşük benlik saygısı pek çok psikolojik rahatsızlığın ortaya çıkmasında bir etkidir. Yapılan çalışmalarda, madde kullanım bozukluğu, şizofreni tanısı, obsesif kompulsif bozukluğu, yeme bozukluğu ve fiziksel sağlığı kötü olan bireylerin daha

düşük benlik saygısına sahip oldukları saptanmıştır. Düşük benlik saygısının sonuçlarını tedavi etmekten ziyade düşük benlik saygısını arttırmak daha önemlidir, bu nedenle yapılması gereken öncelikli olarak benlik saygısını arttırmaya yönelik etkili programlar geliştirmek ve uygulamaktır (Pehlivan, 2016).

İçselleştirilmiş veya bir diğer adı ile kendi kendini damgalama, ruhsal hastalığı olan insanlara yönelik olumsuz kalıp yargıları, önyargıları ve kendi kendine ayrımcılık yapmayı kapsar ve bu nedenle, içselleştirilmiş damgalama, öz-değer duygularını azaltan önyargılı kalıp yargıları onaylamak olarak tanımlanabilir. İçselleştirilmiş damgalamanın mekanizması ile ilgili olarak araştırmacılar üç aşamalı bir kendini damgalama modeli önerdiler:

1. Farkındalık: İstenmeyen bir duruma sahip olan birey, olumsuz yargıların farkındadır ve belirli koşullara karşı olumsuz duygular ve duygusal tepkiler geliştirir.
2. Anlaşma: Birey, bu olumsuz damgalayıcı stereotiplerin doğru olduğu konusunda hemfikir olabilir ve inanabilir.
3. Uygulama: Birey, bu stereotiplerin kendileri için geçerli olduğu konusunda hemfikirdir ve bu nedenle benlik saygısına zarar verir (Shih ve ark., 2022).

Bireyleri güçlendirmek, kendini damgalamayı azaltmanın, yaşam hedeflerine ulaşabileceklerine inanmaya teşvik etmenin ve kendini damgalamalardan kaynaklanan diğer olumsuz sonuçları atlatmanın etkili bir yolu gibi görünmektedir. Araştırmalar, güçlenmenin yüksek benlik saygısı, daha iyi yaşam kalitesi, artan sosyal destek ve karşılıklı yardım programlarından artan memnuniyet ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Corrigan ve Rao, 2012).

Mittal ve arkadaşları (2012), ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalamayı azaltmak için stratejiler hakkında yayınlanmış literatürü kapsamlı bir şekilde gözden geçirdiler. Müdahale stratejilerinin türleri ve içeriğini incelediklerinde; en yaygın müdahale stratejisi türünün, bilişsel yeniden yapılandırma ile psikoeğitim veya yalnızca psikoeğitim olduğunu saptadılar (Mittal ve ark., 2012).

Müdahale yaklaşımı açısından Batı’da yapılan çalışmalar daha çok “psikoeğitim ve bilgi” üzerine odaklanırken Doğu çalışmaları “bilişsel düzeydeki” değişimi iyileştirmeye daha fazla vurgu yapılması yönündedir (Shih ve ark., 2022).

Kişileri güçlendirmeye odaklanan danışmanlık müdahaleleri ile benzerlik gösteren psikoeğitimde; bireylere yetersizlikleri ve problemleri ile nasıl başa çıkacaklarına yönelik güçlendirme etkinlikleri için daha çok vurgu yapılır. Psikoeğitimi uygulayacak olan bireylerin sahip olması gereken yeterlilikler hakkında bir netlik bulunmamakla birlikte, psikoeğitim sürecinde ortaya çıkabilecek psikososyal tepkileri yönetebilecek ve terapötik yaklaşımlar konusunda eğitim almış bireyler tarafından uygulanması gerektiği düşünülmektedir. Hemşirelik uygulamaları içinde, kanıta dayalı uygulamaların önemi günümüzde artmaktadır. Bu durumda, kanıta dayalı bir uygulama olan ve hemşirelerin bağımsız fonksiyonları içinde bulunan psikoeğitimin uygulanması, tartışılması ve yaygınlaştırılması önerilmektedir (Şengün ve ark., 2011).

Damgalamayı azaltmaya yönelik yaklaşımlar sadece deneyimli uygulama hemşirelerine ya da akademisyen hemşirelere özgü yaklaşımlar olmamakla beraber, sağlık bakım profesyonelleri ve damgalamayı azaltmaya ilgili olanlarda bu yaklaşımlara katkıda bulunabilir. Halk üzerinde pozitif bir etki oluşturmak adına eşsiz bir pozisyonda olan hemşireler, damgalanmayı sonlandırmayı desteklemede toplumun rollerini ve fırsatlarını tanımlarına yardım edebilirler. Ayrıca uygulama düzeyleri ya da uzmanlık alanına bakılmaksızın hemşireler, toplu alanlarda toplumla bilgiyi paylaşarak değişimi etkileyebilir ve etkileşim, eğitim yaklaşımlarını çeşitli birimlerde yerine getirebilirler (Çuhadar, 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Bu çalışmada psikoeğitimin DSM-5 tanı kriterlerine göre alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerin içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı düzeyine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Korucuk Kampüsü AMATEM binası yataklı servis bölümünde 25.02.2022-25.09.2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. AMATEM binası, müstakil bir bina olarak ayaktan poliklinik hizmeti ve yataklı tedavi hizmeti vermektedir. 30 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Yataklı servis bölümünde 1 psikiyatrist doçent hekim, 1 uzman hekim, 2 asistan hekim, 12 hemşire, 2 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 tıbbi sekreter ve 13 güvenlik görevlisi görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, yarı deneysel (ön test-son test, kontrol gruplu) olarak gerçekleştirilmiştir. Bireylerin deney veya kontrol grubuna alınması olasılıklı örnekleme yöntemlerinden basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile (kura çekerek) seçilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

G*Power 3.1.9.7 programı ile uygulanan güç analizi sonucunda gruplar arasında ölçümler bakımından farklılığın tespiti için tip 1 hata:0,05, tip 2 hata:0,05 ve etki büyüklüğü:0,80 değerine göre örneklem büyüklüğü gruplarda 26 kişi toplamda 52 kişi olarak tespit edilmiştir fakat olası kayıplar nedeniyle hesaplanan durum göz önüne alınarak hesaplanan örneklem büyüklüğü %30 oranında artırılmış olup, en az 34 deney ve 34 kontrol olmak üzere araştırmanın örnekleme 68 kişi olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evrenini 25.02.2022-25.09.2022 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Korucuk Kampüsü AMATEM binası yataklı servis bölümünde yatarak tedavi gören, alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı olan 18

yaş ve üzeri 211 kişi oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini gerçekleştirilen güç analizi sonrası, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan alkol-madde kullanım bozukluğu olan hastalar oluşturmuştur. Deney grubundan 4 hasta çalışma süresince Covid-19 nedeni ile taburcu olup eğitim programından erken çıkarılmıştır. Kontrol grubuna da benzer özelliklere sahip 18 yaş ve üzeri 34 hasta alınmış, 4 hasta çeşitli sebeplerden erken taburcu olmuştur. Bu doğrultuda çalışma her grupta 30 olmak üzere toplam 60 erkek hasta ile tamamlanmıştır.

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Okuma yazma biliyor olmak
- DSM-5 tanı kriterlerine göre alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatarak tedavi alıyor olmak
- Çalışmaya katılım için gönüllü olmak
- 18 yaş ve üzeri olmak
- Yoksunluk belirtilerinin olmaması
- Ek bir psikiyatrik tanısı bulunmamak

3.4.2. Araştırmaya Alınmama ve Araştırmadan Çıkarılma Kriteri

- Görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde hastanın iletişim probleminin bulunması.
- Eğitim programına 1 kereden fazla devam etmeme ya da edememe,

3.5. Araştırma Hipotezleri

Araştırmada kanıtlanması beklenen hipotezler:

H1. Psikoeğitim programına katılan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin (deney grubu) içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısı puanları düşecektir.

H2. Psikoeğitim programına katılan alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin (deney grubu) içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısı puanları, kontrol grubundaki bireylerin puanlarından daha düşüktür.

3.6. Araştırmada İncelenecek Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı değişkenler: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği puanlarıdır.

Bağımsız değişkenler: Alkol-madde kullanım bozukluğu olan bireylere uygulanan psikoeğitimidir.

3.7. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Araçları:

1. Kişisel Bilgi Formu (KBF) (Ek-2)
2. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) (Ek-3)
3. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) (Ek-4)
4. Rosenberg Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği (Ek-5)

Kişisel Bilgi Formu (Ek-2): Literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan bu form (Mutlu ve Sarıkaya, 2019; Ateş ve Tuncay, 2020), sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin soruları içermektedir. Formun ilk 9 sorusu bireyin sosyodemografik özellikleriyle ilgili olup; cinsiyeti, doğum yılı, medeni durum, eğitim düzeyi, aile tipi ve çocuk sayısı, meslek, ekonomik durum, kiminle yaşadığı ve nerede yaşadığı ile ilgilidir. Formun kalan 14 sorusu ise hastanın klinik tablosu ile ilgili sorulardır. Alkol ve madde kullanımına başlama yaşı, daha önce tedavi görme durumu, kullanıma başlama nedeni, başlama ortamı, kullanım süresi, kullanım nedeniyle yasal sorun yaşayıp yaşamadığı, ailede kullanan bireylerin olup olmaması, kullanımdan önce ve sonra aile ilişkileri, tedaviye kimin isteği ile geldiği ve tedaviye gelme nedeni sorulmuştur. Toplamda 23 soru bulunmaktadır.

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) (Ek-3): Ögel ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilen ölçek, bağımlılık şiddeti ve bağımlılığın farklı boyutlarını ölçen, 5 alt ölçekten oluşan 37 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. Alt ölçekler; madde kullanım özelliklerini, bağımlılık tanı ölçütlerini, madde kullanımının kişi yaşamına etkisini, madde kullanımı için şiddetli isteği (craving) ve madde kullanımını bırakma motivasyonunu ölçmektedir (Ögel ve ark., 2012). Bireylerin alkol veya madde kullanmasına göre farklılık gözetmeyen bir ölçektir. Likert tipi olarak puanlanmaktadır (0:Hiçbir zaman, 1:Nadiren, 2:Bazen, 3:Çoğu zaman, 4:Neredeyse

her zaman). Cevap seçenekleri 0-1-2-3-4 şeklinde kodlanmakta ve kodlamaya 1'den başlanmamaktadır. İlk 11 sorunun ortalaması ve 12. sorunun toplamı ile madde kullanım özellikleri hesaplanır. Tolerans (13. ve 14. soru), yoksunluk (15. ve 16. soru) belirtilerini ölçmek için iki soru mevcuttur. Tanı, yoksunluk sorularının ortalaması ile 17, 18, 19 ve 20. sorularının toplamından tanı alt boyutu hesaplanmaktadır. Yaşam üzerine etkiler, 21. ve 31. sorular da dahil olarak bu aralıktaki soruların toplanması ile hesaplanmaktadır. Şiddetli istek 30, 32, 33 ve 34. ve motivasyon alt ölçeği 35, 36 ve 37. soruların toplamı ile bulunur. Ölçeğin toplam puanının hesaplaması ise bağımlılık şiddeti, madde kullanım özellikleri alt ölçeği puanı/2 + tanı alt ölçeği puanı/6 + yaşam üstüne etkileri alt ölçeği puanı/10 + şiddetli istek alt ölçeği puanı/4 + motivasyon alt ölçeği puanı/3 formülü ile bulunmaktadır. Bağımlılık şiddeti için 12 puan ve altı düşük, 12-14 puan orta, 14 puan ve üstü yüksek olarak belirlenmiştir (Furundaoturan, 2021). BAPİ için güvenilirlik analizleri ilk 6 madde çıkarılıp tekrar uygulandığında, tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.89 ve alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları 0.63-0.86 arasında bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları için 0.42-0.89 arasında ve alt ölçek-toplam puan korelasyon katsayıları için 0.47-0.86 arasında katsayılar elde edilmiştir. Tüm ölçek için iki yarı test korelasyonlarından Spearman Brown katsayısı 0.83, Guttman katsayısı ise 0.82 bulunmuştur (Ögel ve ark., 2012).

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) (Ek-4): Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan ölçek, ruhsal hastalığı olanların damgalanmaya ilişkin içsel yaşantılarını yansıtmaktadır ve “içselleştirilmiş damgalamayı” değerlendirmektedir. Ersoy ve Varan (2007) tarafından, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. RHİDÖ 29 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir ve içselleştirilmiş damgalamayı ölçen tek ölçektir. Ölçeğin 5 alt ölçeği bulunmaktadır. Alt ölçekler:

1. Yabancılaşma (6 madde), 1, 5, 8, 16, 17, 21. maddeler
2. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde), 2,6, 10,18, 19, 23, 29. maddeler
3. Algılanan Ayrımcılık (5 madde), 3,15,22, 25, 28. maddeler,
4. Sosyal Geri Çekilme (6 madde) 4, 9, 11, 12, 13, 20. maddeler,
5. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde) şeklindedir. 7, 14, 24, 26, 27. maddeler olarak yer almaktadır.

Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanan RHİDÖ' de yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı

fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde yanıtlanmaktadır. Alt ölçeklerden biri olan “damgalanmaya karşı direnç” maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 4 ile 91 puan arasında değişmektedir. RHİDÖ’ de yüksek puanlar, bireyin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Ersoy ve Varan (2007), ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını (0.93) olarak bulmuşlardır. Alt boyutlarda ise, yabancılaşıma (0.84), kalıp yargıların onaylanması (0.71), algılanan ayrımcılık (0.87), sosyal geri çekilme (.85) ve damgalanmaya karşı direnç (0.63) olarak bulunmuştur (Ersoy ve Varan, 2007) (Ritsher ve ark., 2003). Bu çalışma için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ön test için 0.92 ve son test için 0.89 bulunmuştur.

Rosenberg Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği (Ek-5): Rosenberg (1965) tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Füsün Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.76 bulunmuştur. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 63 sorudan oluşur ve 12 alt boyutu vardır (Çuhadaroğlu, 1986). Ölçek, çoktan seçmeli sorular şeklinde; özdeğer duygusu, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme derecesi ve anne-baba ilgisi, baba ile ilişki, psişik izolasyon alt boyutlarından oluşmaktadır (Çuhadaroğlu, 1990).

Bu araştırmada ölçeğin benlik saygısını ölçmek amacıyla, 10 soruluk ilk alt ölçek kullanılmıştır. Toplam 10 maddeden oluşan benlik saygısı alt boyutu, 4’lü likert tipli bir ölçektir. Beş olumlu, beş olumsuz madde yer almaktadır. Olumlu ve olumsuz yüklü maddeler ölçekte ardışık olarak sıralanmıştır. 1. 2. 4. 6. 7. maddeler olumlu iken, 3. 5. 8. 9. 10. maddeler olumsuz olarak yüklenmiştir. Ölçek maddelerinde yer alan yanıt seçenekleri “Çok doğru”, “Doğru”, “Yanlış” ve “Çok Yanlış” şeklindedir (Tonga ve Halisdemir, 2017). Bireyin benlik saygısı alt ölçeğinden 0-1 puan alması yüksek, 2-4 puan alması orta ve 5-6 puan alması ise düşük benlik saygısına sahip olduğunu göstermektedir (Ünal, 2004).

3.8. Çalışmanın Uygulama Planı

Bu çalışmada AMATEM’deki çalışanlar ve hastalarla görüşme yapılarak araştırmanın amacı ve önemi konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar servis içerisinde bulunan görüşme odasına alınarak yazılı

onamları alınmış ve veri toplama formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Araştırmada deney grubundaki hastalarla psikoeğitim, grup oturumları şeklinde yürütülmüştür. Katılımcıların özellikleri gruptaki katılımcı sayısını belirlemede etkindir (Çınarbaş, 2015). Bu çalışmada grup sayısı 6-8 kişiden oluşmuş ve çalışma birden fazla grup ile yürütülmüştür.

Grup oturumları tedavi sürecini temel alarak her bir gruba birinci ve ikinci hafta üç oturum, üçüncü hafta dört oturum olmak üzere uygulanmıştır. Toplam 10 oturumdan oluşan ve her bir oturumu ortalama 45-60 dakika süren psikoeğitim programı AMATEM'de bulunan eğitim odasında araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu, Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ilk olarak psikoeğitim programına başlamadan önce deney ve kontrol grubuna uygulanmıştır. İkinci olarak deney grubuna psikoeğitim uygulandıktan sonra ve kontrol grubuna tedavi süresinin sonunda Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulanmıştır.

Psikoeğitim oturumları, Ögel ve arkadaşları tarafından geliştirilen “Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı” (SAMBA) Klinik Sürümü temel alınarak yapılandırılmıştır (Ögel ve ark., 2014). Oturumlar literatür çalışmaları doğrultusunda planlanmıştır (Magill, 2021; Yılmaz ve ark., 2020; Kayaoğlu, 2020). Ayrıca, araştırmaya katılan hastaların oturum içeriklerine aktif katılımının sağlanabilmesi için her bir oturuma yönelik görsel power-point sunusu hazırlanmıştır. Pandemi koşullarına uygun olarak maske mesafe ve hijyen kuralları göz önünde bulundurulmuştur. 10 haftalık programın oturum başlıkları aşağıda sunulmaktadır:

1. Oturum: Tanışma, araştırma ve program hakkında bilgi verme
2. Oturum: Alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı ve hastalık süreci hakkında bilgi verme
3. Oturum: Motivasyon kazandırma
4. Oturum: Damgalama-Damgalanma (stigma) hakkında bilgilendirme
5. Oturum: İçselleştirilmiş Damgalamayı Tanıma ve içselleştirilmiş damgalama ile başa çıkma
6. Oturum: İyileşmek için gereken değişim adımları

7. Oturum: Benlik saygısının tanımı
8. Oturum: Benlik saygısı için gereken değişim adımları
9. Oturum: Rahatlatıcı teknikler
10. Oturum: Değerlendirme ve sonlandırma

Psikoeğitimin uygulanmasında hastalara oturumlara katılımda en fazla bir devamsızlık hakkı verildi. Devamsızlık sayısı birden fazla olan hasta araştırma dışında tutulmuş ve bir devamsızlık yapan hastalara da telafi oturumu uygulanmıştır.

3.8.1. Psikoeğitimin Programının İçeriği

Psikoeğitim programının içeriği aşağıda yer almaktadır.

1. Oturum: Tanışma, araştırma ve program hakkında bilgi verme

Oturumun içeriği şu şekildedir:

- Araştırmacının kendini tanıtması, hastalar ile tanışma,
- Araştırmanın amacı hakkında bilgi verme,
- Araştırmada kullanılacak ekler hakkında bilgi verme,
- Psikoeğitim programının içeriğiyle ilgili bilgi verme
- Psikoeğitim programının yapılacağı yer ve zaman hakkında

bilgilendirme

Bu oturumda her hasta ile bireysel olarak grőlmőstr. Araştırmacı önce kendini tanıtılmıştır ardından hastaya; araştırmanın amacı, araştırmada kullanılacak ekler ve psikoeğitim programının kaç oturum olduğu, içeriği hakkında bilgi vermiştir.

2. Oturum: Alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı ve hastalık süreci hakkında bilgi verme

Oturumun içeriği şu şekildedir:

- Bağımlılığın tanımı
- Beyin ve bağımlılık ilişkisi
- Alkol ve madde kullanım bozukluğunun tanımı
- Alkol ve madde kullanım bozukluğu belirtileri
- Alkol ve madde kullanımının sebep olduğu sorunlar
- İlaç tedavisi, önemi ve yan etkiler hakkında bilgilendirme

Bu oturum konuları hakkında bilgi verilirken, hastalardan da alkol ve maddeye başlama, ne zaman alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı aldıkları, belirtileri, hastalık süreci açısından kendi yaşadıkları ile örneklendirmeleri istenmiştir. Hastaların tedavisinde kullanılan ilaçlar ve oluşabilecek yan etkiler hakkında genel bir bilgilendirme yapılmıştır. Oturum sonunda hastalara oturumlara devam konusu ve sonraki oturumların zamanı hakkında bilgi verilmiştir.

3. Oturum: Motivasyon kazandırma

Oturumun içeriği şu şekildedir:

- Motivasyon tanımı
- Motivasyon ve çaba üzerine tartışma
- Motivasyon üzerine bir vaka örneği
- Tedavi sürecinde motivasyonun önemi
- Motivasyon arttırmak için yapılabilecekler hakkında tartışma ve bilgi

verme

Bu oturumda bilgi verildikten sonra her bireye motivasyon kaynaklarının neler olduğu ya da neler olabileceği sorulmuştur. Özellikle tedavi sürecinde motivasyon arttırmaya yönelik (başta kolay olabilecek hedefler belirleme ve bu hedefleri gerçekleştirme, akran ve aile desteği, destek gruplarına katılma- Adsız Alkolikler ve Adsız Narkotikler gibi) yapılabilecekler hakkında hastalarla karşılıklı olarak konuşulmuştur.

4. Oturum: Damgalama-Damgalanma (Stigma) Hakkında Bilgilendirme

Oturumun içeriği şu şekildedir:

- Damgalama-Damgalanmanın tanımı
- Damgalanmanın türleri
- Toplumsal damgalanmanın tanımı
- Toplumsal damgalama-Damgalanmanın nedenleri
- Damgalanma ve bağımlılık
- Toplumsal damgalanmaya yönelik yapılabilecekler
- Hastaların karşılaştıkları damgalanma tutumları hakkında konuşma
- Hastaların damgalanma ile karşılaştıklarında düşünceleri, duyguları ve davranışları üzerine konuşma, örneklendirme

Bu oturuma başlamadan önce bir önceki oturum hakkında kısa bir tekrar yapılmış, hastalara soru ya da paylaşmak istedikleri bir konu olup olmadığı sorulmuştur. Sonrasında damgalama hakkında bilgi verilmiş ve kimlerin en çok damgalanmaya maruz kaldığı anlatılmıştır. Ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik kullanılan damgalama cümleleri birkaç örnek olarak açıklanmıştır. Hastalardan da toplum içinde karşılaştıkları damgalayıcı tutumları grupta paylaşımları istenmiştir. Oturumun sonunda toplumsal damgalama ile nasıl mücadele edilebileceği üzerine hastalarla beraber tartışılmış ve hastalara toplumsal damgalama ile mücadele yaklaşımlarına yönelik (yazma kampanyaları, eğitim, yakın çevreyi hastalık hakkında bilgilendirme) bilgi verilmiştir.

5. Oturum: İçselleştirilmiş Damgalamayı Tanıma ve İçselleştirilmiş Damgalama ile Başa Çıkma

Oturum içeriği şu şekildedir:

- İçselleştirilmiş/Kendi-kendine damgalamanın tanımı
- İçselleştirilmiş/Kendi-kendine damgalamanın nedenleri hakkında bilgi verme
- İçselleştirilmiş/Kendi-kendine damgalamanın hasta üzerine etkileri hakkında konuşma
- Suçluluk ve utanç kavramlarının tanımı
- Hastaların içselleştirilmiş damgalamaya yönelik düşünce, duygu ve deneyimlerini paylaşması

- İçselleştirilmiş damgalamaya yönelik baş etme becerilerini öğretme

Bu oturumda içselleştirilmiş damgalamanın tanımı yapılmış ve ruhsal hastalıklarla ilgili kalıp yargılar ve gerçekler hakkında bilgi verilmiştir.

Hastalardan kendi kendilerine damgalamaya yönelik deneyimlerini, kendilerine ve hastalıklarına yönelik olumsuz ve olumlu tutumlarını paylaşımları istenmiştir. Paylaşımlar sonucunda kişisel diyalogu olumlu ifadeler kullanarak olumsuzdan olumluya çevirme hakkında bilgi verilmiş ve örneklendirilmiştir. Daha sonrasında kendini kabullenme ve arkadaş ve aileden destek alma gibi baş etme becerileri hakkında bilgi verilmiş ve hastalardan geri bildirim alınmıştır.

6. Oturum: İyileşmek için gereken değişim adımları

Oturumun içeriği şu şekildedir:

- Alkol ve madde kullanım bozukluğunda iyileşme dönemi

- Davranışların hayata etkisi hakkında konuşma
- Atılganlık (assertive) davranış
- Atılgan, pasif ve agresif birey tanımı
- Atılgan davranışın kazandırdıkları hakkında bilgi verme

Bu oturuma iyileşme dönemi (yoksunluk dönemi, coşkunluk dönemi, sıkılma dönemi, yeni hayat dönemi) hakkında bilgi verilerek başlanmıştır. Hastalardan tek tek iyileşme dönemi için ne düşündüklerini ve neler planladıklarını paylaşmaları istenmiştir. Davranışların hayata olan etkisi hakkında açıklamalar yapılmıştır. Daha sonra, atılganlık (assertive) davranış; atılgan, pasif ve agresif birey özellikleri tanımlanmıştır. Atılganlıkta yer alan temel kavramlar (yardım isteyebilme, reddedebilme-hayır diyebilme, olumlu spontan duyguları ifade edebilme) hakkında bilgi verilmiş ve bireylerin bu kavramlardan hangisinde zorlanabileceğine dair geri bildirim vermeleri istenmiştir. Ardından bir insanın sahip olduğu kişisel haklar hakkında (örneğin, kendi fikir, değer, inanç ve duygularımıza sahip çıkma hakkı gibi) bilgi verilmiştir. Atılgan davranışın hayata kazandırabilecekleri hakkında bilgi verilmiş ve oturum sonunda hastalardan bu konu ile ilgili düşüncelerini paylaşmaları istenmiştir.

7. Oturum: Benlik saygısının tanımı

Oturumun içeriği şu şekildedir:

- Benlik kavramının tanımı
- İdeal benlik ve gerçek benlik tanımı, benlik farklılığı hakkında bilgi verme

- Benlik saygısının tanımı
- Benlik saygısının önemi
- Düşük benlik saygısı olan birey özellikleri
- Yüksek benlik saygısı olan birey özellikleri

Bu oturumda benlik kavramı ve benlik saygısı hakkında bilgi verilmiştir. Düşük ve yüksek benlik saygısı olan birey özellikleri tanımlanmıştır. Hastalardan benlik saygısı ile ilgili düşünceleri hakkında geri bildirim vermeleri istenmiştir.

8. Oturum: Benlik saygısı için gereken değişim adımları

- Benlik saygısının temel ilkeleri
- Benlik saygısını artırma becerilerini öğretme

Bu oturumda benlik saygısının temel ilkeleri hakkında bilgi verilmiştir. Hastalara oturumun başında “*Benlik saygısı arttırılabilir mi?*” diye sorulmuş ve her hastanın grupta görüşünü paylaşması istenmiştir. Hastalara benlik saygısını arttırmaya yönelik yapılabilecekler hakkında düşünceleri sorulmuştur. Sonra arttırmak için yapılabilecekler hakkında bilgi verilmiştir. (Benliğe yönelik olumsuz düşünceleri olumluya dönüştürme, kendini kabullenme, yetenekleri fark etme, geçmişe takılı kalmamak, suçlayıcı yaklaşımlardan uzak durmak).

9. Oturum: Rahatlatıcı teknikler

- Nefes egzersizi
- Gevşeme

Bu oturumda herhangi bir stres anında, aşırma durumunda ve uykuya dalamama, uyuyamama gibi durumlarda yapılabilecek rahatlatıcı teknikler hakkında bilgi verilmiştir. Nefes egzersizinde diyafram nefesinin önemi anlatılmıştır. 4-7-8 tekniği olarak bilinen nefes egzersizi hastalarla beraber uygulanmıştır. (4 saniye burundan diyafram nefesi alınır, 7 saniye nefes tutulur, 8 saniyede burundan tüm nefes verilmeye çalışılır). Gevşeme egzersizinde, vücut kaslarını germe ve sonrasında rahatlatma egzersizi yapılmıştır. Hastalardan rahatlatmak için neler yaptıklarını paylaşmaları istenmiştir.

10. Oturum: Değerlendirme ve sonlandırma

- Hastalardan psikoeğitim programı hakkında geri bildirim alma
- Son testlerin (ölçeklerin) uygulanması

Bu oturumda psikoeğitim programı hakkında hastalardan geri bildirim alınmış, duygu ve düşüncelerini paylaşmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Araştırmada kullanılan ölçekler (Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği ve RHİDÖ) tekrar uygulanmıştır. Hastalara, çalışmaya katıldıkları için teşekkür edilmiştir.

3.8.2. Psikoeğitim Programını Uygulama ve Veri Toplama Sürecinde Yaşanan Deneyimler

Araştırmada, hasta seçimi yapılırken herhangi bir güçlükle karşılaşılmamıştır. Araştırmacının AMATEM servisinde hemşire olarak görev yapması, araştırmacıya fayda sağlamıştır. Araştırmaya alınan ancak üç haftalık tedavi sürecini tamamlamadan taburcu olan hastalar çalışmadan çıkarılmıştır. Deney ve kontrol grubuna alınan diğer hastalar gönüllü bir şekilde araştırmaya katılmıştır. Oturumlar

esnasında sunu kullanılmıştır, ancak hastaların daha çok araştırmacının anlattıklarını dinledikleri ve kendilerinin de konuşmak, deneyimlerini paylaşmak istedikleri görülmüştür. Oturumlar sırasında herhangi bir sıkıntı yaşanmamış, araştırmacı tarafından doyum verici geçmiştir. Araştırmacı ile hastalar arasında güvene dayalı bir ilişki gelişmiştir. Hastalardan olumsuz bir geribildirim alınmamıştır, böyle bir çalışmanın yapılması nedeniyle mutlu olduklarını ayrıca belirten hastalar olmuştur.

3.8.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma örnekleminin sadece çalışmanın yapıldığı merkezde (Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Korucuk Kampüsü, AMATEM) yatarak tedavi alan erkek hastaların olması çalışmanın sınırlılığı olup, elde edilen bulgular sadece bu gruba genellenebilir.

3.8.4. Araştırmadaki Verilerin Analiz Biçimi

Veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics 26 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenlerde (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. İki grup arasındaki farklılık için bağımsız örneklem T testi ve Ki Kare testinden, zamanlar arasındaki farklılıkların incelenmesinde ise bağımlı örneklem T testi ve ölçümler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson Korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken ölçümlerin normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilks testlerine bakılmış, uygun olmayan parametrelerin aritmetik ortalama, mod ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 1 sınırları içinde 0'a yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının kendi standart hatalarına bölünmesi ile hesaplanan çarpıklık ve basıklık indekslerinin $\pm 1,96$ sınırları içinde 0'a yakın olması sebebiyle normal dağılımın uygunluğu kanıt olarak değerlendirilerek parametrik testlerden yararlanılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013; McKillup, 2012; Wilcox, 2012b; Howitt ve Cramer, 2011; Lind, vd. 2006).

3.8.5. Araştırmanın Etik Yönü

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Ek-6). Verilerin toplanması ve psikoeğitim programının uygulanabilmesi için Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticiliğinden gerekli resmi izinler alınmıştır. Araştırma verileri toplanmadan önce bireylere araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilerek araştırmaya katılmayı kabul edip etmedikleri sorgulanmış, araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” (Ek-1) ile onayı alınmıştır. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek “Özerkliğe Saygı” ilkesi, araştırmaya katılan bireylere bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular bu bölümde sunulmaktadır.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Farklılıklarının İncelenmesi

	Eğitim Alan (Deney)		Eğitim Almayan (Kontrol)		Toplam		Test	P
	N	%	N	%	N	%		
Yaş	38,10±11,81 (19-65)		35,03±9,32 (22-55)		36,57±10,66 (19-65)		1,116	0,269 ¹
Medeni Durum								
Evli	15	50,0	15	50,0	30	50,0	0,000	1,000 ²
Bekar	15	50,0	15	50,0	30	50,0		
Çocuk Sayısı								
Yok	15	50,0	13	43,3	28	46,7	2,876	0,411 ²
1	5	16,7	7	23,3	12	20,0		
2	6	20,0	9	30,0	15	25,0		
3 Ve Üzeri	4	13,3	1	3,3	5	8,3		
Yaşanılan Yer								
Köy/Kasaba	4	13,3	6	20,0	10	16,7	0,481	0,786 ²
İlçe	14	46,7	13	43,3	27	45,0		
İl	12	40,0	11	36,7	23	38,3		
Birlikte Yaşanılan Kişi								
Anne-Baba	13	43,3	6	20,0	19	31,7	8,400	0,078 ²
Eş Ve Çocuklar	11	36,7	12	40,0	23	38,3		
Eş, Çocuk Ve Anne-Baba	1	3,3	5	16,7	6	10,0		
Yalnız	5	16,7	4	13,3	9	15,0		
Diğer	0	0,0	3	10,0	3	5,0		
Meslek								
Emekli	2	6,7	2	6,7	4	6,7	2,833	0,586 ²
Memur	0	0,0	1	3,3	1	1,7		
İşçi	11	36,7	13	43,3	24	40,0		
Sağlık Personeli	2	6,7	4	13,3	6	10,0		
Diğer	15	50,0	10	33,3	25	41,7		
Öğrenim Durumu								
Okuryazar	1	3,3	0	0,0	1	1,7	2,405	0,493 ²
İlköğretim Mezunu	16	53,3	21	70,0	37	61,7		
Ortaöğretim Mezunu	10	33,3	7	23,3	17	28,3		
Lisans Mezunu	3	10,0	2	6,7	5	8,3		
Ekonomik Durum								
İyi	4	13,3	5	16,7	9	15,0	2,982	0,225 ²
Orta	22	73,3	16	53,3	38	63,3		
Kötü	4	13,3	9	30,0	13	21,7		

1:Bağımsız örneklem t testi, 2:Ki kare testi, *:p<0,05

Tablo 4.1. incelendiğinde yaş ortalaması, deney grubunda bulunan hastaların (n=30) 38,10±11,81 (minimum 19, maksimum 65), kontrol grubunda bulunan hastaların (n=30) 35,03±9,32 (minimum 22, maksimum 55) olarak bulunmuş, tüm gruba bakıldığında ise 36,57±10,66 olduğu görülmüştür. Deney ve kontrol grubunun %50'sinin (n=30) evli, %50'sinin (n=30) bekar olduğu bulunmuştur.

Deney grubunda %50'sinin (n=15) çocuğunun olmadığı, %16,7'sinin (n=5) 1, %20'sinin (n=6) 2, %13,3'ünün (n=4) 3 ve üzeri çocuğu olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise %43,3'ünün (n=13) çocuğunun olmadığı, %23,3'ünün (n=7) 1, %30'unun (n=9) 2, %3,3'ünün (n=1) 3 ve üzeri çocuğu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun çocuğunun olmadığı bulunmuştur.

Deney grubundaki hastaların %13,3'ü (n=4) köy/kasabada, %46,7'si (n=14) ilçede, %40'ı (n=12) ilde yaşadığını belirtmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise %20'sinin (n=6) köy/kasabada, %43,3'ünün (n=13) ilçede, %36,7'sinin (n=11) ilde yaşadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun ilçede yaşadığı görülmektedir. Deney grubundaki hastaların %43,3'ünün (n=13) anne-baba, %36,7'sinin (n=11) eş ve çocuklar, %3,3'ünün (n=1) eş, çocuk ve anne-baba, %16,7'sinin (n=5) yalnız yaşadığı belirlenmiştir. Diğer seçeneğini (%0, n=0) işaretleyen kimsenin olmadığı görülmüştür. Kontrol grubundaki hastaların %20'si (n=6) anne-baba, %40'ı (n=12) eş ve çocuklar, %16,7'si (n=5) eş, çocuk ve anne-baba, %11,3'ü (n=4) yalnız yaşadığını belirtmiştir ve %10'u (n=3) bunlardan farklı olarak diğer seçeneğini işaretlemiştir.

Deney grubundaki hastaların %6,7'si (n=2) emekli, %0'ı (n=0) memur, %36,7'si (n=11) işçi, %6,7'si (n=2) sağlık personeli olduğunu ve %50'si (n=15) mesleğini diğer olarak belirtmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %6,7'si (n=2) emekli, %3,3'ü (n=1) memur, %43,3'ü (n=13) işçi, %13,3'ü (n=4) sağlık personeli olduğunu ve %33,3'ü (n=10) mesleğini diğer olarak belirtmiştir. Deney grubundaki hastaların %3,3'ünün (n=1) okuryazar, %53,3'ünün (n=16) ilköğretim, %33,3'ünün (n=10) ortaöğretim, %10'unun (n=3) lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise %0'ının (n=0) okuryazar, %70 (n=21) ilköğretim, %23,3'ünün (n=7) ortaöğretim, %6,7'sinin (n=2) lisans mezunu olduğu bulunmuştur.

Ekonomik durumu, deney grubundaki hastaların %13,3'ünün (n=4) iyi, %73,3'ünün (n=22) orta, %13,3'ünün (n=4) kötü; kontrol grubundaki hastaların ise %16,7'sinin (n=5) iyi, %53,3'ünün (n=16) orta, %30'unun (n=9) kötü olarak belirttiği görülmüştür. Deney grubu ve kontrol grubu arasında yaş, medeni durum, çocuk sayısı, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, meslek, öğrenim durumu ve ekonomik durum bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.).

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Alkol-Madde Kullanım Bilgileri Bakımından İncelenmesi

	Eğitim Alan (Deney)		Eğitim Almayan (Kontrol)		Toplam		Test	P
	N	%	N	%	N	%		
Alkol-madde Kullanım Yaşı	18,33±5,60 (11-36)		17,73±4,89 (11-28)		18,03±5,22 (11-36)		0,442	0,660 ¹
Daha Önce AMATEM'de Tedavi Görme Durumu								
Evet	11	36,7	13	43,3	24	40,0	0,780	0,598 ²
Hayır	19	63,3	17	56,7	36	60,0		
Tedavi Sayısı								
1	1	9,1	0	0,0	1	4,2	1,846	0,397 ²
2	7	63,6	7	53,8	14	58,3		
3 Ve Üzeri	3	27,3	6	46,2	9	37,5		
AMATEM Servisinde Bulunma Nedeni								
Alkol	12	40,0	9	30,0	21	35,0	0,961	0,619 ²
Madde	15	50,0	16	53,3	31	51,7		
Alkol-Madde	3	10,0	5	16,7	8	13,3		
Alkol-maddeye Başlama Nedeni**								
Bir Kere Deneme	3	10,0	2	6,7	5	8,3	-	-
Merak	6	20,0	6	20,0	12	20,0		
Arkadaş Ortamında Kabul Görme	8	26,7	9	30,0	17	28,3		
Sorunlarla Baş Etmek	3	10,0	8	26,7	11	18,3		
Sorunlardan Kaçmak	4	13,3	5	16,7	9	15,0		
Ağrı	0	0,0	3	10,0	3	5,0		
İlgi Çekmek	1	3,3	0	0,0	1	1,7		
Keyif Almak	6	20,0	6	20,0	12	20,0		
Öğrenmek	1	3,3	1	3,3	2	3,3		
Diğer	2	6,7	0	0,0	2	3,3		
Alkol-madde Başlama Ortamı								
Okul Dışı Arkadaştan Öğrenme	16	53,3	13	43,3	29	48,3	1,399	0,706 ²
Aileden Öğrenme	4	13,3	4	13,3	8	13,3		
Okul Arkadaşlarından Öğrenme	3	10,0	2	6,7	5	8,3		
Diğer	7	23,3	11	36,7	18	30,0		
Alkol-madde Kullanım Süresi								
1-5 Yıl	4	13,3	3	10,0	7	11,7	0,337	0,953 ²
6-10 Yıl	5	16,7	6	20,0	11	18,3		
11-15 Yıl	7	23,3	8	26,7	15	25,0		
16 Yıl Ve Üzeri	14	46,7	13	43,3	27	45,0		
Alkol-madde Kullanım Nedeniyle Yasal Sorun Yaşama Durumu								
Evet	16	53,3	18	60,0	34	56,7	0,271	0,602 ²
Hayır	14	46,7	12	40,0	26	43,3		
Ailede Alkol-madde Kullanım Bozukluğu Olan Başka Kişi								
Var	2	6,7	7	23,3	9	15,0	3,268	0,071 ²
Yok	28	93,3	23	76,7	51	85,0		
Alkol-madde Kullanmadan Önce Aile İlişkisi Durumu								
İyi	24	80,0	16	53,3	40	66,7	6,600	0,037* ²
Orta	6	20,0	10	33,3	16	26,7		
Kötü	0	0,0	4	13,3	4	6,7		
Alkol-madde Kullandıktan Sonra Aile İlişkisi Durumu								
İyi	7	23,3	2	6,7	9	15,0	3,268	0,195 ²
Orta	9	30,0	11	36,7	20	33,3		
Kötü	14	46,7	17	56,7	31	51,7		

1:Bağımsız örneklem t testi,

2:Ki kare testi, *:p<0,05

3:Alkol-madde başlama nedeni, **: Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

Tablo 4.2. incelendiğinde, deney grubunda bulunan hastaların (n=30) alkol-madde kullanım yaş ortalaması $18,33 \pm 5,60$ (minimum 11, maksimum 36), kontrol grubunda bulunan hastaların (n=30) $17,73 \pm 4,89$ (minimum 11, maksimum 28) olarak bulunmuş, tüm gruba bakıldığında ise $18,03 \pm 5,22$ olduğu görülmüştür. Deney grubunda bulunan (%63,3, n=19) ve kontrol grubunda bulunan hastaların (%56,7, n=17) çoğunluğu daha önce AMATEM’de tedavi görmemiştir. Deney grubunda bulunan ve daha önce AMATEM’de tedavi görmüş hastaların %63,6’sı (n=7) 2 kere tedavi gördüğünü belirtmiştir. Kontrol grubunda bulunan ve daha önce AMATEM’de tedavi görmüş hastaların, %53,8’i (n=7) 2 kere, %46,2’si (n=6) 3 veya daha fazla tedavi gördüğünü belirtmiştir.

Deney grubunda bulunan hastaların %40’ı (n=12) alkol, %50’si (n=15) madde, %10’u (n=3) hem alkol hem madde nedeniyle AMATEM’de tedavi görmektedir. Kontrol grubunda bulunan hastaların, %30’u (n=9) alkol, %53,3’ü (n=16) madde, %16,7’si (n=5) hem alkol hem madde nedeniyle AMATEM’de bulunduğunu belirtmiştir.

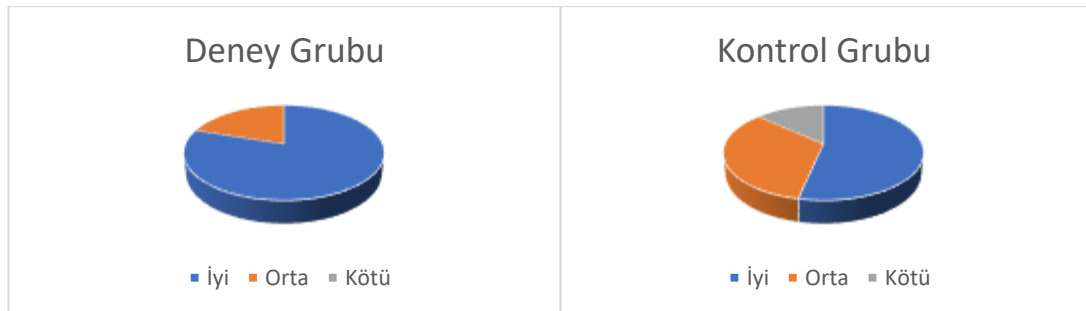
Alkol ve maddeye başlama nedeni kısmında tüm hastalar, birden fazla seçeneği işaretleyebilmişlerdir. Buna göre, deney grubunda bulunan hastalar, alkol ve/veya maddeye başlama nedeni olarak %10’u (n=3) bir kere deneyerek başladığını belirtmiş, %20’si (n=6) merak ettiği, %26,7’si (n=8) arkadaş ortamında kabul görmek, %10’u (n=3) sorunlarla baş etmek, %13,3’ü (n=4) sorunlardan kaçmak, %3,3’ü (n=1) ilgi çekmek, %20’si (n=6) keyif almak, %3,3’ü (n=1) öğrenmek için başladığını, %6,7’si (n=2) bunlardan farklı bir sebepten dolayı başladığını (diğer) belirtmiş ve ağrı nedeniyle (%0, n=0) alkol-maddeye başlayan kimsenin olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubunda bulunan hastalar ise alkol ve/veya maddeye başlama nedeni olarak %6,7’si (n=2) bir kere deneme ile, %20’si (n=6) merak ederek, %30’u (n=9) arkadaş ortamında kabul görmek, %26,7’si (n=8) sorunlarla baş etmek, %16,7’si (n=5) sorunlardan kaçmak, %10’u (n=3) ağrı, %20’si (n=6) keyif almak, %3,3’ü (n=1) öğrenmek için başladığını belirtmiş, ilgi çekmek (%0, n=0) ya da başka bir sebepten dolayı (diğer) (%0, n=0) başlayan kimse olmadığı görülmüştür.

Deney grubunda (%53,3, n=16) ve kontrol grubunda (%43,3, n=13) bulunan hastaların çoğunluğunun okul dışındaki arkadaşından öğrenerek alkol-madde kullandığı görülmektedir. Alkol-madde kullanım süresi tüm grupta sorgulandığında

hastaların çoğunluğunun 16 yıl ve üzeri (%45, n=27) alkol-madde kullandıkları saptanmıştır. Alkol-madde kullanımı nedeniyle yasal sorun yaşama durumu tüm grupta incelendiğinde hastaların %56,7'sinin (n=34) yasal sorun yaşadığı belirlenmiştir.

Deney grubunda bulunan hastaların %6,7'sinin (n=2) ailesinde başka alkol-madde kullanım bozukluğu olan kişi bulunmakta iken kontrol grubundaki hastaların %23,3'ünün (n=7) ailesinde başka alkol-madde kullanım bozukluğu olan kişi bulunduğu saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların alkol-madde kullanmadan önce; ailesi ile olan ilişkisinin %80'inde (n=24) iyi, %20'sinde (n=6) orta olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise hastaların %53,3'ü (n=16) iyi, %33,3'ü (n=10) orta, %13,3'ü (n=4) kötü olarak belirtmiştir. Hastaların alkol-madde kullanmaya başladıktan sonra ailesi ile olan ilişki durumuna bakıldığında deney grubundaki (%46,7, n=14) ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğu (%56,7 n=17) kötü olarak belirtmiştir.

Deney ve kontrol grupları arasında alkol-madde kullanım yaşı, daha önce AMATEM'de tedavi görme durumu, AMATEM'de ki tedavi sayısı, AMATEM servisinde bulunma nedeni, alkol-maddeye başlama ortamı, alkol-madde kullanım süresi, alkol-madde kullanım nedeniyle yasal sorun yaşama durumu, ailede alkol-madde kullanım bozukluğu olan başka kişi varlığı ve alkol-madde kullandıktan sonra aile ilişkisi durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken gruplar arasında alkol-madde kullanmadan önce aile ilişkisi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, deney grubunda alkol-madde kullanmadan önce ailesi ile ilişkisinin iyi olma oranı kontrol grubuna göre daha yüksektir (Tablo 4.2.).



Şekil 4.1. Alkol-Madde Kullanmadan Önce Aile ile Olan İlişki Durumu

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Tedavi Bilgileri Bakımından İncelenmesi

	Eğitim Alan (Deney)		Eğitim Almayan (Kontrol)		Toplam		Test	P
	N	%	N	%	N	%		
Tedaviye Başvuru Durumu**								
Ailemin İsteği	9	30,0	9	30,0	18	30,0	-	-
Kendi İsteğimle	22	73,3	23	76,7	45	75,0		
Arkadaş	0	0,0	1	3,3	1	1,7		
Diğer	1	3,3	1	3,3	2	3,3		
Tedaviye Gelme Nedeni								
Fiziksel Hasarı İyileştirmek	15	50,0	13	43,3	28	46,7	5,294	0,258 ¹
Tedaviyi Bırakmanın Tehlikeli Olduğunu Düşünmek	4	13,3	7	23,3	11	18,3		
Tedaviyi Bırakmayacağını Düşünmek	6	20,0	2	6,7	8	13,3		
Tedaviye Zorla Gelme/Getirilme	1	3,3	0	0,0	1	1,7		
Aldığı Maddeyi Azaltmak	4	13,3	8	26,7	12	20,0		
Tedavi Beklentileri***								
Bir Daha İçmemek	24	80,0	20	66,7	44	73,3	-	-
Kontrollü İçmeyi Öğrenmek	3	10,0	5	16,7	8	13,3		
Fiziksel Sorunları İyileştirmek	0	0,0	4	13,3	4	6,7		
Psikolojik Sorunları İyileştirmek	3	10,0	5	16,7	8	13,3		
Sosyal İlişkileri Düzenlemek	1	3,3	2	6,7	3	5,0		

1: Ki kare testi, *:p<0,05

2:Tedaviye başvuru durumu **:Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

3:Tedavi beklentileri***: Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

Deney grubunda bulunan hastaların %73,3'ü (n=22) ve kontrol grubunda bulunan hastaların %76,7'si (n=23) kendi isteğiyle tedaviye başvurduğunu belirtmiştir. AMATEM'e deney grubundaki hastaların %50'si (n=15) ve kontrol grubundaki hastaların %43,3'ü (n=13) fiziksel hasarı iyileştirmek için tedaviye geldiğini belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında tedaviye gelme nedeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Deney grubundaki hastaların tedaviden beklentisi, %80'inin (n=24) bir daha içmemek, %10'unun (n=3) kontrollü içmeyi öğrenmek, %10'unun psikolojik sorunları iyileştirmek, %3,3'ünün (n=1) sosyal ilişkileri düzenlemek olduğu ve fiziksel sorunları iyileştirmek seçeneğini (%0, n=0) seçen olmadığı görülmüştür. Kontrol grubunun tedaviden beklentileri ise %66,7'sinin (n=20) bir daha içmemek, %16,7'sinin (n=5) kontrollü içmeyi öğrenmek, %13,3'ünün (n=4) fiziksel sorunları iyileştirmek, %16,7'sinin (n=5) psikolojik sorunları iyileştirmek, %6,7'sinin (n=2) sosyal ilişkileri düzenlemek olduğu görülmüştür (Tablo 4.3.).

Tablo 4.4. Grup İçi ve Gruplar Arasında Benlik Saygısı Ölçümleri Bakımından Farklılıkların İncelenmesi

	Eğitim Alan (Deney)	Eğitim Almayan (Kontrol)	T	p ¹
	Ort±Ss	Ort±Ss		
Benlik Saygısı (Ön test)	1,47±0,88	1,49±0,78	-0,102	0,919
Benlik Saygısı (Son test)	1,26±0,91	1,45±0,76	-0,873	0,386
T/p ²	0,978/0,336	0,283/0,779		

1:Bağımsız örneklem t testi,

2:Bağımlı örneklem t testi, *:p<0,05

Hastaların psikoeğitime katılma ve katılmama özelliklerine göre benlik saygısı puan ortalamaları tablo 4.4.'te görülmektedir. Deney grubunda bulunan hastaların (n=30), psikoeğitim almadan önce puan ortalaması 1,47±0,88, psikoeğitim aldıktan sonra puan ortalaması 1,26±0,91 olarak bulunmuştur. Ön test ve son test incelendiğinde deney grubundaki hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olmadığı görülmüştür (p>0.05). Kontrol grubunda bulunan hastaların (n=30), psikoeğitim almadan önce puan ortalaması 1,49±0,78, psikoeğitim aldıktan sonra puan ortalaması 1,45±0,76 olarak bulunmuştur. Ön test ve son test incelendiğinde, kontrol grubundaki hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Ayrıca psikoeğitim alan deney grubu ve almayan kontrol grubu karşılaştırıldığında, zamanla benlik saygısı ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim olmadığı bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 4.4.).

Tablo 4.5. Grup İçi ve Gruplar Arasında BAPİ Ölçümleri Bakımından Farklılıkların İncelenmesi

	Eğitim Alan (Deney)	Eğitim Almayan (Kontrol)	T	p ¹
	Ort±Ss	Ort±Ss		
Madde Kullanım Özellikleri	2,65±1,02	3,22±1,20	-1,981	0,052
Tanı	13,80±4,90	15,10±4,28	-1,094	0,279
Yaşam Üstüne Etkileri	27,30±9,10	30,90±5,40	-1,863	0,068
Şiddetli İstek	9,27±4,27	9,67±3,58	-0,393	0,696
Motivasyon	10,30±1,78	10,37±1,99	-0,137	0,892
BAPİ	12,11±3,16	13,09±2,21	-1,399	0,167

1:Bağımsız örneklem t testi, *:p<0,05

Psikoeğitim alanlarda (deney grubu) madde kullanım özellikleri alt boyutu 2,65±1,02, tanı alt boyutu 13,80±4,90, yaşam üstüne etkileri alt boyutu 27,30±9,10, şiddetli istek alt boyutu 9,27±4,27, motivasyon alt boyutu 10,30±1,78 ve BAPİ ölçeği 12,11±3,16 iken psikoeğitim almayanlarda (kontrol grubu) madde kullanım

özellikleri alt boyutu $3,22\pm1,20$, tanı alt boyutu $15,10\pm4,28$, yaşam üstüne etkileri alt boyutu $30,90\pm5,40$, şiddetli istek alt boyutu $9,67\pm3,58$, motivasyon alt boyutu $10,37\pm1,99$ ve BAPİ ölçeği $13,09\pm2,21$ 'dir (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Grup İçi ve Gruplar Arasında RHİDÖ Ölçümleri Bakımından Farklılıkların İncelenmesi

	Eğitim Alan (Deney)	Eğitim Almayan (Kontrol)	T	p ¹
	Ort±Ss	Ort±Ss		
Yabancılaşma (Ön test)	13,00±4,86	13,95±4,83	-0,757	0,452
Yabancılaşma (Son test)	12,33±3,80	13,87±3,81	-1,560	0,124
T/p²	0,704/0,487	0,118/0,907		
Kalıp Yargıların Onaylanması (Ön test)	15,13±5,45	15,47±4,52	-0,258	0,797
Kalıp Yargıların Onaylanması (Son test)	14,10±3,13	15,17±3,96	-1,157	0,252
T/p²	0,893/0,379	0,507/0,616		
Algılanan Ayrımcılık (Ön test)	10,77±3,72	12,00±3,73	-1,282	0,205
Algılanan Ayrımcılık (Son test)	11,67±3,91	11,50±3,38	0,177	0,860
T/p²	-0,993/0,329	0,941/0,354		
Sosyal Geri Çekilme (Ön test)	13,70±5,62	13,93±4,84	-0,172	0,864
Sosyal Geri Çekilme (Son test)	12,90±3,80	13,30±4,74	-0,361	0,720
T/p²	0,699/0,490	1,262/0,217		
Damgalamaya Karşı Direnç (Ön test)	11,17±3,09	12,11±2,43	-1,314	0,194
Damgalamaya Karşı Direnç (Son test)	13,50±2,99	12,40±2,33	1,589	0,117
T/p²	-3,221/0,003*	-0,546/0,589		
RHİDÖ (Ön test)	63,77±18,57	67,46±16,40	-0,816	0,418
RHİDÖ (Son test)	64,50±11,72	66,23±15,41	-0,490	0,626
T/p²	-0,197/0,845	0,663/0,512		

1:Bağımsız örneklem t testi, 2:Bağımlı örneklem t testi, *:p<0,05

Psikoeğitim alanlarda (deney grubu) ön test yabancılaşma alt boyutu $13,00\pm4,86$, son test yabancılaşma alt boyutu $12,33\pm3,80$ iken psikoeğitim almayanlarda (kontrol grubu) ön test yabancılaşma alt boyutu $13,95\pm4,83$, son test yabancılaşma alt boyutu $13,87\pm3,81$ 'dir.

Psikoeğitim alanlarda (deney grubu) ön test kalıp yargıların onaylanması alt boyutu $15,13\pm5,45$, son test kalıp yargıların onaylanması alt boyutu $14,10\pm3,13$ iken psikoeğitim almayanlarda (kontrol grubu) ön test kalıp yargıların onaylanması alt boyutu $15,47\pm4,52$, son test kalıp yargıların onaylanması alt boyutu $15,17\pm3,96$ 'dır.

Psikoeğitim alanlarda (deney grubu) ön test algılanan ayrımcılık alt boyutu $10,77\pm3,72$, son test algılanan ayrımcılık alt boyutu $11,67\pm3,91$ iken psikoeğitim almayanlarda (kontrol grubu) ön test algılanan ayrımcılık alt boyutu $12,00\pm3,73$, son test algılanan ayrımcılık alt boyutu $11,50\pm3,38$ 'dir.

Psikoeğitim alanlarda (deney grubu) ön test sosyal geri çekilme alt boyutu $13,70 \pm 5,62$, son test sosyal geri çekilme alt boyutu $12,90 \pm 3,80$ iken psikoeğitim almayanlarda (kontrol grubu) ön test sosyal geri çekilme alt boyutu $13,93 \pm 4,84$, son test sosyal geri çekilme alt boyutu $13,30 \pm 4,74$ 'tür.

Psikoeğitim alanlarda (deney grubu) ön test damgalamaya karşı direnç alt boyutu $11,17 \pm 3,09$, son test damgalamaya karşı direnç alt boyutu $13,50 \pm 2,99$ iken psikoeğitim almayanlarda (kontrol grubu) ön test damgalamaya karşı direnç alt boyutu $12,11 \pm 2,43$, son test damgalamaya karşı direnç alt boyutu $12,40 \pm 2,33$ 'tür.

Psikoeğitim alanlarda (deney grubu) ön test RHİDÖ ölçeği $63,77 \pm 18,57$, son test RHİDÖ ölçeği $64,50 \pm 11,72$ iken eğitim almayanlarda ön test RHİDÖ ölçeği $67,46 \pm 16,40$, son test RHİDÖ ölçeği $66,23 \pm 15,41$ 'dir.

Psikoeğitim alan (deney grubu) ve almayan (kontrol grubu) gruplar arasında ön test ve son test RHİDÖ ve alt boyut ölçümleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Ayrıca psikoeğitim alanlarda (deney grubu) zamanla damgalamaya karşı direnç alt boyut ölçümünde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir artış gözlemlenmekte ($p < 0,05$) iken psikoeğitim alan (deney grubu) ve almayan (kontrol grubu) gruplarda RHİDÖ ve diğer alt boyut ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim gözlenmemiştir ($p > 0,05$) (Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Ölçümler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

			Ön Test		Son Test	
			Benlik Saygısı	RHİDÖ	Benlik Saygısı	RHİDÖ
Eğitim Alan	Benlik Saygısı	r	1	0,465	1	0,334
		p		0,010*		0,072
	RHİDÖ	r		1		1
		p				
Eğitim Almayan	Benlik Saygısı	r	1	0,367	1	0,345
		p		0,046*		0,062
	RHİDÖ	r		1		1
		p				

r:Pearson Korelasyon katsayısı, *:p<0,05

Deney grubunda ön test benlik saygısı ile RHİDÖ ölçümleri arasında pozitif yönde ve kontrol grubunda ön test benlik saygısı ile RHİDÖ ölçümleri arasında pozitif yönde anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 4.7.).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, bu araştırmanın bulguları literatür bilgileri ile tartışılmış olup, (1) deney ve kontrol gruplarının alkol-madde kullanım bilgileri, (2) tedavi bilgileri ile ilgili bulgularının tartışılması ve (3) psikoeğitimin benlik saygısına ve içselleştirilmiş damgalamaya etkisi ile ilgili bulguların tartışılması olmak üzere üç başlık şeklinde sunulmuştur.

5.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Alkol-Madde Kullanım Bilgileri ile İlgili Bulgularının Tartışılması

Alkol ve madde kullanan bireylerin (kontrol ve deney grubu) alkol-madde ilk kez kullanım yaş ortalaması $18,03 \pm 5,22$ (min:11- max:36) olarak saptanmıştır. Türkeş ve Buz (2020)'un, alkol-madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi süreci ve taburculuk sonrası gereksinimleri üzerine yaptıkları bir çalışmada alkol ve maddeyi ilk kez kullanım yaş ortalamasının $16,76$ olduğu, alkol ve maddeye başlama yaşının ise 13-16 yaş aralığında yoğunlaştığı görülmektedir (Türkeş ve Buz, 2022). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) (2021), verilerine göre 2020 yılında maddeye başlama yaşı ortalama $20,9$ olarak bulunmuştur. (TUBİM, 2021).

Ateş ve Tuncay (2020), madde bağımlılığı merkezine başvuran bireylerle yapmış oldukları bir araştırmada, katılımcıların madde kullanımına ilk kez 8 yaşında başladıklarını ve 37 yaşına kadar kullanıma devam ettiklerini belirtmişlerdir (Ateş ve Tuncay, 2020). Demir ve arkadaşlarının (2022), madde kullanım bozukluğu (MKB) tanıli hastalarda yapmış oldukları ve yalnızca erkek bireylerin dahil edildiği çalışmada madde başlama yaşının ortalama $19,9 \pm 5,70$ olduğu bulunmuştur (B. Demir ve ark., 2022). Araştırmanın verileri bu bulguya yakındır. Araştırmaya alınan bireylerin alkol-madde ilk kez kullanım yaşının 11'e kadar düşmesi, alkol-maddeyi elde etmenin kolay olabileceğini düşündürmektedir. Madde kullanım yaşının düşmesi, tedavi olanaklarının artması ve tedaviye motive edici hizmetlerin (Uyuşturucuyla Mücadele Hattı, Yeşilay Danışma Merkezleri) sunulması daha erken başvurulara ve tespit edilen yaş ortalamasının daha da düşmesine neden olabilir (B. Demir ve ark., 2022).

Araştırmaya alınan bireylerin %40'ı (24 kişi) daha önce AMATEM'de ayaktan/yatarak tedavi görmüştür. Araştırmaya alınan kişilerin yarısından fazlası (%60, 26 kişi) daha önce hiç tedavi görmemiştir. Araştırmaya alınan bireylerin %4,2'si (1 kişi) 1 kere, %58,3'ü (14 kişi) daha önce 2 kere, % 37,5'i (9 kişi) 3 ve üzeri kere, tedavi görmüştür.

Literatür incelendiğinde, bağımlılığın kronik bir hastalık olması sebebiyle tedavinin birkaç yılı bulan bir süreç olduğu, bu süreçte tedavi başlangıcının kritik ve tedaviyi bırakma riskinin yüksek olduğu bilgisine ulaşılmaktadır (Lambert ve ark., 2022). Bağımlılık gelişmesinin ardından, maddeye yönelik remisyon ve relapslarla devam eden bir süreç şeklinde kısır döngü ortaya çıkmaktadır (Özdemir ve Tekin, 2019).

Ateş ve Tuncay (2020), yapmış oldukları çalışmada katılımcıların %62,1'inin daha önce tıbbi/klinik tedavi gördüğünü (87 kişi), %37,9'unun ise daha önce tıbbi/klinik tedavi görmediğini (53 kişi) belirtmişlerdir. Tedavi görme durumlarına bakıldığında ise %25,7'si 1 kere (36 kişi), %16,4'ü 2 kere (23 kişi), %5,7'si 3 kere (8 kişi) ve %18,6'sı 4 ve üzeri kere (26 kişi) bağımlılık tedavisi gördüğü saptanmıştır (Ateş ve Tuncay, 2020). Türkiye Uyuşturucu Raporu'na (2021) göre, 2020 yılında tedavi merkezlerine yapılan toplam ayaktan tedavi başvuru sayısı 211.991, yataklı tedavi merkezlerine yapılan başvuru sayısı 12.269'dur. Bu sayıdan mükerrer vakalar çıkarıldığında elde edilen toplam tekil kişi sayısı 9.824'tür (EGM, 2021). Araştırmaya alınan ve daha önce hiç tedavi görmemiş bireyler, alkol-madde kullanım bozukluğu tanısını yeni almış olabilirler veya daha öncesinde alkol-madde kullanmak bu bireyler için sorun olarak görülmemiş olabilir.

Araştırmaya katılan deney grubundaki bireylerin %40'ı alkol, %50'si madde, %10'u ise hem alkol hem de madde kullanmaktadır. Kontrol grubundaki bireylere bakıldığında ise %30'u alkol, %53,3'ü madde, %16,7'si ise hem alkol hem de madde kullanmaktadır. Her iki grupta da madde kullanan bireylerin daha fazla olduğu görülmektedir. Alkol kullanım bozukluğu, yüksek hastalık yüküne sahiptir. Siroz veya yaralanma gibi tıbbi durumlar nedeniyle yüksek mortalite ile ilişkilidir. Alkol kullanım bozukluğu, tedavi prevalansı en düşük olan bozukluklar arasındadır. Düşük tedavi prevalansında hasta, klinisyen ve sağlık sistemi ile ilgili faktörlerin rolü vardır. Ek olarak, damgalanma korkusu tedaviye erişimin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir

(Carvalho ve ark., 2019). Mutlu ve Sarıkaya (2019), bir AMATEM kliniğinde tedavi gören hastaların sosyodemografik verilerini inceledikleri çalışma yapmıştır. Bu çalışmayı diğer çalışmalar ile kıyaslamışlar, alkol ve madde bağımlılığı oranlarına bakıldığında madde bağımlılığının arttığına dikkat çekmişlerdir. Bu durumu uyuşturucu madde fiyatlarının ucuz ve kolay ulaşılabilir olmasına, alkolün ise pahalı olması ile açıklamışlardır (Mutlu ve Sarıkaya, 2019). Bu durum, çalışmamızda alkol kullanım bozukluğu nedeniyle başvuran hasta oranının madde kullanım bozukluğu nedeniyle başvuran hastalardan az olmasını açıklayabilir.

Literatür incelendiğinde alkol-madde kullanımına başlamada birçok neden görülmektedir. Çalışmamızda birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği bölümden oluşan alkol-maddeye başlama nedenleri arasında en fazla orana (%28,3, 17 kişi), “arkadaş ortamında kabul görme” seçeneğinin sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca araştırmaya katılanlar (deney ve kontrol grubu) alkol-maddeye başlama ortamı olarak en fazla (%48,3, 29 kişi) “okul dışı arkadaştan öğrenme” seçeneğini işaretlemiştir.

Madde kullanma davranışının ortaya çıkmasında akran etkisi, kriminojenik çevre, çocukluk dönemi ihmal ve istismarı ve ailede madde kullanımı gibi durumlar etkilidir. Çevik ve Kızmaz’ın (2021), uyuşturucu bağımlılarının demografik özellikleri ve madde kullanım alışkanlıklarını inceledikleri bir çalışmada, madde kullanmaya başlamada yalnızca arkadaş çevresinin etkisi olmamakla beraber, en önemli faktörlerden birinin arkadaş etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca arkadaş çevresi, madde kullanma davranışını sürdürmede, kullanılan maddenin seçilmesinde, kullanım yoğunluğu ve bırakma girişimlerinde dahi önemli bir etkiye sahiptir (Çevik ve Kızmaz, 2021). Bir başka çalışmada, alkol-madde kullanmayı bırakmak ve remisyonu devam ettirmek için ortam değişikliğinin önemi vurgulanmıştır. Çalışmadaki katılımcılar, eve gelen misafirlerin alkol getirmelerini engellemek için stratejiler geliştirmiş ve yeni hayatına saygı duymayan eski arkadaşlarına sert tepkiler vermiştir. Yeni arkadaşlıklar kurmak ve eski ortamlardan kaçınmak, iyileşmenin kalıcı olması için önemlidir (Pettersen ve ark., 2019). Aşırı alkol tüketiminin sosyal etkileşimler üzerindeki olumlu etkileri, kaygıyı hafifletmesi ve cinsel performansın artması beklentileri daha fazla içme ile ilişkilidir. Ayrıca akranlar arasında algılanan alkol içme modelinin, özellikle ergenlik döneminde alkol kullanım bozukluklarının gelişmesinde de rolü olabilir (Carvalho ve ark., 2019). Sevin ve Erbay (2019), AMATEM’de ikinci kez tedavi gören madde bağımlılarının

madde kullanımına ilişkin yaşam deneyimlerini ele aldıkları bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada katılımcıların madde kullanmaya başlama nedenini arkadaş etkisi, merak, akraba çevresinin yönlendirmesi ve yeni bir şeyi deneme isteği olarak belirttikleri gösterilmiştir. Katılımcılardan bazıları merak durumunun ayrıca maddeler arası geçişte de önemli bir etken olduğunu belirtmiştir (Sevin ve Erbay, 2019). Ateş ve Tuncay (2020), yaptıkları çalışmada madde (alkol dahil edilmemiştir) kullanımına neden olan durumları değerlendirdiklerinde katılımcılar sırası ile merak, arkadaş çevresi, ailevi sorunlar, yaşanan travmalar, kişisel sorunlar, özentilik nedeniyle madde kullanmaya başladıklarını belirtmiştir (Ateş ve Tuncay, 2020).

Çalışmamızda diğer çalışmalara benzer olarak arkadaş ortamında kabul görme ile arkadaş etkeninin önemi ortaya çıkmaktadır. Araştırmaya katılan ve tedavi gören bazı bireylerin klinikte karşılaştıklarında birbirlerini önceden tanıyor olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, önceden arkadaş olmaları, alkol-madde kullanılan ortamlarda daha önce karşılaştıkları ihtimallerini düşündürmektedir. Ayrıca tüm gruba bakıldığında önemli sayıda bireyin merak nedeniyle alkol-madde kullanımına başladığı görülmektedir (%20, n=12). Bu bulgu, literatür bulgularını desteklemektedir.

Araştırmada alkol-madde kullanım süresinin en fazla oran ile (%45, 27 kişi) “16 yıl ve üzeri” olduğu görülmektedir. Ardından “11-15 yıl” (%25, 15 kişi) olduğu görülmektedir. Alkol /madde kullanım süresinin fazla olması, alkol ve madde kullanım bozukluğunun kronik bir hastalık olmasının yanı sıra bu süreçte alkol-madde bırakma girişimlerinin olma ihtimalini düşündürmektedir.

Madde ve alkol kullanımının karmaşık etiyolojilerini araştırırken, yeniden kullanımlarını veya nüksetmelerini etkileyen faktörleri araştırmak çok önemlidir. Bu faktörler çok boyutlu olabilir ve bir çalışma, psikiyatrik ek tanı, aşırma, diğer maddelerin kullanımı, sağlık ve sosyal faktörlerin sürekli olarak alkol kullanım bozukluğunun tekrarlaması ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu bildirmiştir. Başka bir çalışma, madde kullanımının nüksetmesinin, aile üyelerinde madde kullanım durumu ve maddeye bağlı sorunlarla daha kısa tedavi süresi ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Hsu ve ark., 2022).

Birçok madde kullanıcısı, rehabilitasyon ve ilaç tedavisi yoluyla tekrar tekrar madde kullanmamaya (ayık kalmaya) çalışmakta ancak başarısız olmaktadır. Madde

kullanımı, zevk ve ödülle ilgili nörotransmitter sistemlerini değiştirebilir ve bu anormal bir arzu durumuna yol açabilir. Bağımlılık, tekrarlanan madde kullanımıyla kademeli olarak gelişir ve beyin devrelerinde zevk ve ödülün altında yatan yapısal ve işlevsel değişikliklere sahiptir. Ayrıca alkol-madde kullanım bozukluğu, kabul edilmiş tıbbi bir hastalık olmasına rağmen, toplum tarafından damgalanmaya devam etmektedir ve bu da bu hastalıktan etkilenen birçok kişinin yardım aramamasına sebebiyet vermektedir (Sontheimer, 2021: 357-381).

Bağımlılığın psiko-sosyal ve kültürel kesişimleri kapsadığı şeklinde düşünen klinisyenler ve araştırmacılar, bağımlılıktan kurtulmanın (yani, sağlığı en üst düzeye çıkarmak için ayık olma ve/veya madde kullanmama ile karakterize edilen yaşam tarzına ulaşmanın) çok boyutlu bir yaklaşım gerektirdiği konusunda hemfikirlerdir (McGannon ve ark., 2020). Çalışmamızda bireylerin çoğunluğunun alkol-madde kullanımının 11-15 yıl ve 16 yıl üzeri olarak sürdüğünün görülmesi gerek damgalanma gerek başka durumlardan dolayı tedavi arayışına girilmediğini ve tedaviye başvurulsa dahi nükslerin oluştuğunu düşündürmektedir.

Araştırmada alkol-madde kullanımı nedeniyle yasal sorun yaşayan bireylerin, deney (%53,3, 16 kişi) ve kontrol grubu (%60, 18 kişi) ayrı ayrı incelendiğinde ve tüm gruba bakıldığında (%56,7, 34 kişi) çoğunluk oldukları görülmektedir. Bilim insanları ve farklı disiplin alanları tarafından açıklanmaya, tanımlanmaya çalışılan suç kavramı, Türk Ceza Kanunu'nda yasanın cezalandırdığı hareket olarak yer almaktadır (Karakartal, 2020). Madde kullanma, suç işlemeye veya suç işleme madde kullanımına neden olabilmektedir (Türkmen ve Epsoylu, 2019). Suç ve madde kullanımının yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Şiddet içeren suçlar (saldırı, cinayet, adam öldürme gibi), topluma büyük ölçüde zarar verir. Ayrıca suç davranışı olan madde kullanıcılarının ölüm nedenleri arasında başkalarından fiziksel saldırı görmesi de yer almaktadır. Hakansson ve Jesionowska (2018), madde kullanım sorunu olan hükümlülerde madde kullanımı ile suç türü arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışma ile elde ettikleri verilerde; şiddet içeren suçların, madde kullanım bozuklukları dahil olmak üzere yüksek derecede psikiyatrik sorunlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yapılan çalışmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerin cezaevinde tedavi görmesinin şiddetli suç işleme tekrarını azaltabileceği belirtilmiştir. Madde kullanıcıları tarafından madde elde etmek için işlenen hırsızlık, gasp, soygun gibi suçların madde kullanım bozukluğu tedavisinden sonra azaldığı

görülmektedir (Hakansson ve Jesionowska, 2018). Ruhsal hastalığı ve madde kullanım bozuklukları olan mahkumlarda suç tekrarının incelendiği bir çalışmada madde kullanım bozukluğu olan suçlular, bu kişilerin ek ruhsal hastalığı olup olmamasından bağımsız olarak, madde kullanım bozukluğu olmayan suçlulara göre tekrar suç işleme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Zgoba ve ark., 2020). Bu çalışmalar, araştırmadan elde edilen verileri destekler niteliktedir. Ayrıca araştırmaya katılan özellikle yasadışı madde kullanan bireylerin madde kullanımında, elde etmede yasal sorunlar yaşadıklarını sözel olarak ifade ettikleri gözlemlenmiştir. Alkol kullanım bozukluğu olan bireyler ise daha çok alkollü araç kullanma, aile içinde şiddet içeren davranışlarda bulunma sebebiyle yasal sorun yaşadıklarını ifade etmiştir. Alkol-madde kullanım nedeniyle yasal sorun yaşayan bireylerin tedaviye yönlendirilmesi ile suç oranlarının düşebileceği ve alkol-madde kullanan birey sayısının azalabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylere ailede alkol-madde kullanım bozukluğu olan başka birinin olup olmadığı sorgulandığında hem deney (%6,7, 2 kişi) hem kontrol grubunda (%23,3, 7 kişi) düşük oranda olduğu bulunmuştur. Mutlu ve Sarıkaya 'nın (2019), 434 kişi ile yaptıkları çalışmada aile öyküsünde alkol-madde kullanım bozukluğu olan birinin olup olmadığı sorgulanmış ve %59,2 (257 kişi)'sinin ailede alkol-madde kullanım bozukluğu olan birinin olduğu bulunmuştur (Mutlu ve Sarıkaya, 2019). Aile araştırmaları, ailesinde riskli alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı koyulan bir aile üyesi olan çocukların alkol sorunları geliştirme açısından diğer çocuklara göre çok daha büyük risk altında olduğunu bildirmektedir (Prom-Wormley ve ark., 2017).

Ebeveynlerinde madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin, madde kullanım olasılığının artmasının yanı sıra zihinsel sağlık bozuklukları veya davranış sorunları (örneğin, daha zayıf ebeveyn-çocuk ilişkileri ve daha fazla duygusal semptomlar, düşük benlik saygısı, yalnızlık ve depresyon) geliştirme açısından büyük risk altında olduğunu göstermektedir. Bağımlılık riskindeki bu artış hem genetik hem de çevresel faktörlerden kaynaklanmaktadır (Vilela ve ark, 2020). Araştırmamızda ailede alkol-madde kullanım bozukluğu olan birinin varlığı, düşük oranda olsa da bu bulgular literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir.

Aile kavramı, psikolojik ya da biyolojik bağlarıyla birlikte duygusal, tarihsel ve ekonomik birliktelikleri olan ve kendisini aynı evin üyelerinden biri olarak hisseden kişilerin oluşturduğu birliktir. Aile, parçaları birbirine bağlı olan sistem gibi çalışan bir kavramdır. Madde kullanımı sistemin dengesini bozmaktadır (Duyan ve Gövebakan, 2021). Madde kullanım bozukluğu, bağımlının bir sorunu olarak sunulsa da aileler de bireyin bağımlılığından derinden etkilenmektedir (Vilela ve ark., 2020). Madde kullanım bozukluğu olan biri ile ev içi ilişki içinde olan kişi, iletişimde çatışmalar, azalan yakınlık, bastırılmış psikososyal stres ve fiziksel şiddetle karşılaşabilir. Araştırmalar, aile üyeleri üzerinde depresyon, kaygı ve stres olarak tanımlanan psikososyal ve fiziksel etkiler de dahil olmakla beraber, bağımlılık ile aile ilişkilerinin bozulması arasında güçlü bir bağlantı olduğunu göstermiştir. Çok fazla alkol tüketen çiftlerde boşanma olasılığı daha yüksektir. Bir grup araştırmacı, yüksek alkol tüketiminin yalnızca boşanma olasılığını artırmakla kalmayıp, boşanmanın ardından zihinsel iyileşme sürecinin zorluklarını da şiddetlendirdiğini bulmuştur (Olafsdottir ve ark., 2018).

Araştırmaya alınan bireylerden madde/alkol kullanımı öncesi aile ilişkilerini “iyi, orta ve kötü” olarak değerlendirmeleri istenmiştir. Deney grubunda yer alan bireylerin çoğunluğu (%80, 24 kişi) iyi olarak değerlendirmiş ve kötü olarak değerlendiren kimse olmamıştır. Kontrol grubunda da çoğunluk (%53,3, 16 kişi) iyi olarak değerlendirmiştir. Bu grupta kötü olarak değerlendiren (%13,3, 4 kişi) bireyler de olmuştur. Ayrıca burada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Deney grubunda yer alan bireylerin alkol-madde kullanmadan önce ailesi ile ilişkisinin, kontrol grubunda yer alan bireylere göre daha iyi olduğu söylenebilir.

Araştırmada alkol-madde kullanımı sonrası aile ilişkileri incelendiğinde deney grubunun (%46,7, 14 kişi) ve kontrol grubunun (%56,7, 17 kişi) çoğunluğu kötü olarak değerlendirmiştir. Alkol-madde kullanımının aile ilişkilerini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Bağımlılığın bir aile hastalığı olarak kabul edilmesi ve aile bireylerinin tedavi sürecine dahil edilmesi iyileşmeyi olumlu yönde etkilemesinin yanı sıra tedaviden ayrılmaları da önlemektedir (Şimşek ve ark., 2019). Ailenin olumlu maddi, bilgilendirici, sosyal ve araçsal destek sağlamadaki rolü, tedavi sürecinden geçen

birey üzerinde etkili olacaktır (Sutrisno ve ark., 2020). Araştırma sürecinde, bireylerin ailenin hastalığı bilmemesi, destekleyici yaklaşmaması, damgalayıcı tutumlar sergilemesi nedeniyle yakındıkları gözlemlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular, literatür bilgisini desteklemektedir. Bu doğrultuda alkol-madde kullanımının aile ilişkilerini olumsuz etkilediği (ebeveyn çocuk ilişkilerinde bozulma, boşanma, eşler arası psikososyal problemler) ve aile desteğinin tedavi sürecinde motivasyon kaynağı olabileceği düşünülmektedir.

5.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Tedavi Bilgileri ile İlgili Bulgularının Tartışılması

Tedaviye başvuru durumunu, deney (%73,3, 22 kişi) ve kontrol (%76,7, 23 kişi) grubundaki bireylerin çoğunluğu kendi isteği ile olduğunu belirtmiştir. Mutlu ve Sarıkaya (2019), çalışmalarındaki katılımcıların (434 kişi) çoğunluğu (%78,1, 339 kişi) tedaviye başlama durumunun kendi isteği ile olduğunu belirtmiştir (Mutlu ve Sarıkaya, 2019). Bu çalışmanın bulguları ile araştırmanın bulguları benzerlik göstermektedir. Çoğunluğun kendi isteği ile tedaviye başvurması, bu bireylerde içgörü olup olmadığını düşündürmektedir. İçgörü, ruhsal bir hastalığı olan psikiyatri hastalarının bu hastalığı fark etmesi ve kabul etmesi yeteneği olarak tanımlanan çok boyutlu bir zihinsel durumdur. İçgörünün bir alt boyutu olan klinik içgörü, kişinin ruhsal hastalığını, semptomlarını ve sonuçlarını tanıma ve ilgili tıbbi bakıma rıza gösterme yeteneğidir (Lambert ve ark., 2022). Uzun süreli, ağır biçimde madde kullanımı bilişsel işleyişi ve karar vermeyi bozabilir. Bu durum, kişinin madde kullanımının sağlığında olumsuz sonuçlara sebep olacağını görmemesiyle içgörü kapasitesini ve tedavi arama davranışlarını azaltabilir. Çeşitli tedavi seçeneklerinin mevcudiyetine rağmen, madde kullanım bozukluğunda hastalık farkındalığı olmayan bireylerin klinik hizmetlerden yararlanma olasılıkları daha düşüktür ve kullanımın ciddiyetine rağmen tedaviyi bırakma olasılıkları daha yüksektir (Kim ve ark., 2022). Araştırmada kendi isteği ile tedaviye başvuran bireyler, yaşamlarında alkol-madde kullanımı sebebiyle ruhsal, fiziksel, sosyal, ekonomik açıdan problemler yaşamış olabilir. Tedavinin gerekli olduğunu düşünebilir ya da alkol-madde kullanım bozukluğu tanısının farkında olabilir. Bu ihtimaller doğrultusunda tedavi için başvurmuş olabilirler.

Araştırmaya katılan deney grubunda bulunan bireylerin çoğunluğu (%50, 15 kişi) tedaviye gelme nedeninin fiziksel hasarı iyileştirmek olduğunu belirtmiştir.

Kontrol grubuna bakıldığında da çoğunluk (%43,4, 13 kişi) fiziksel hasarı iyileştirmek için tedaviye geldiğini belirtmiştir. Araştırma; bireylerin çoğunluğunun fiziksel hasarı iyileştirmek için tedaviye gelme nedeninin yoksunluk belirtilerini gidermek olduğunu düşündürmektedir.

Yoksunluk belirtileri olarak tanımlanan kavram, maddeden uzak kalınan zamanlarda bireyi rahatsız eden fizyolojik ve psikolojik belirtiler görülmesidir. Birey bu belirtileri en aza indirmek ya da yok etmek için daha fazla miktarda madde almaktadır (Şahiner, 2020). Örneğin, DSM-5’ te esrarın yoksunluk belirtileri olarak azaltılmış esrar kullanımından sonra 7 gün içinde gelişen sinirlilik, öfke, saldırganlık, kaygı, uyku bozukluğu, iştah ve kilo bozukluğu, huzursuzluk, depresif ruh hali, baş ağrısı, terleme, mide bulantısı kusma ve karın ağrısı gibi somatik belirtiler tanımlanmaktadır (Bahji ve ark., 2020). Ayrıca opioid ve alkol kullanım bozukluğunda da benzer olarak yoksunluk belirtileri görülmektedir. Ortak belirtiler de fiziksel olarak disfori, mide bulantısı, terleme, taşikardi ve hipertansiyon, psikolojik olarak ise sinirlilik kaygı ve korkudur (O’Sullivan ve Schwaber, 2021). Yoksunluk belirtileri madde kullanımını azalttıktan ya da tamamen bıraktıktan sonra ortaya çıktığı için bu belirtiler ile baş edemeyen bireyler tedavi olmayı seçenek olarak görmüş olabilir.

Araştırmalar, madde kullanım bozukluğu için tedaviye başvuran bireylerin hedeflerinin yaygın olarak yoksunluk belirtileri olduğunu göstermektedir. Madde kullanım amaçlarını değerlendiren az sayıda araştırma, madde kullanım bozukluğu tedavisi arayan kişiler arasında yaklaşık 5’te 1’inin yoksunluk belirtilerini gidermeyi hedeflediklerini göstermektedir. Literatür, MKB’ si olan çoğu kişinin mevcut tedavi sisteminin sunduğu şeyi istemediğini veya buna ihtiyaç duymadığını, buna hazır olmadığını ve madde kullanımını ortadan kaldırmak yerine azaltmayı veya kontrol etmeyi istediğini göstermektedir. Tedavide sadece yoksunluğa odaklanma, nüksetme olasılığı ve şiddetini arttırarak ve devam eden iyileşmeye yönelik girişimlerden vazgeçilerek MKB tedavisinin uzun süreli etkinliğini olumsuz etkileyebilir (Paquette ve ark., 2022). Bireylerin sadece yoksunluk belirtilerini gidermek için tedavi olması, tedavi tamamlandıktan ve yoksunluk belirtileri kaybolduktan sonra tekrar madde/alkol kullanmaya başlama ihtimalini düşündürmektedir.

Bireylerin çoğunluğu tedaviden beklentisini bir daha alkol-madde kullanmamak olarak belirtmiştir (%73,3, n=44). Araştırmadaki önceki bulgulara bireylerin çoğunluğunun tedavi sayısı 2, 3 ve üzeri olduğu da göz önüne alınarak hastalığın nüksetmesi sonucu tekrarlayan AMATEM'e yatışların olması, bireylerin tekrar alkol-madde kullanmaması gerektiğini düşünmesine neden olmuş olabilir. Çeşitli tıbbi sorunlara, üretken olunan yaşam yıllarının kaybına hatta ölüme sebep olabilen madde kullanım bozukluğu, zamanla kronik beyin hastalığına dönüşür ve remisyon, relapsla devam eder (Kargın ve Hiçdurmaz, 2018). Kulaksızoğlu ve ark. (2020), yaptıkları bir çalışmada madde kullanım bozukluklarının tedavisinde sık karşılaşılan problemlerden birinin, hastaların akut dönemde uygulanan tedaviden fazlasıyla fayda görmesine rağmen tedavi sonrası takip sürecinde tekrar madde kullanımı, relaps gelişmesi olduğunu belirtmişlerdir (Kulaksızoğlu ve ark., 2020).

5.3. Psikoeğitimin Benlik Saygısına ve İçselleştirilmiş Damgalamaya Etkisi ile İlgili Bulguların Tartışılması

Benlik saygısı, bireyin var olan karakterini ve kendisine karşı tutumunu anlaması ve kabul etmesi ile ilgilidir. Kendi güçlü ve zayıf yanlarını anlayamamaları, kabul edememeleri ve aynı zamanda bunlarla baş etme becerilerine sahip olamamaları, benlik saygısı düşük olarak sınıflandırılmalarına neden olacaktır. Benlik saygısındaki iniş ve çıkışlar, kişinin duygusal gelişimini ve muhakeme sürecini ciddi şekilde etkileyecektir (Hussin ve ark., 2018).

Alkol ve madde bağımlılarında benlik saygısı düşüktür. Benlik saygısını yükseltme çabaları rehabilitasyon sürecindeki başarı oranlarını artırmaktadır (Aydın ve ark., 2018). Literatür incelemesinde, madde kullanımı olan bireylerin benlik saygılarının olumsuz yönde etkilenmesine ve toplumdan dışlanmasına dair kanıtlar bulunmaktadır (Soy ve Zorlu, 2020). Alkol kullanan bireylerde alkol kullanımının aşırı olması nedeniyle utanç, suçluluk ve kendilerini dışlanmış hissederler. Bu hisler bireyin benlik saygısının düşmesine sebep olmaktadır. Düşük benlik saygısına sahip, alkol kullanım bozukluğu olan bireyler, alkol kullanımı ve düşük benlik saygısı arasındaki ilişki nedeniyle kendilerini kısır bir döngü içinde bulmaktadır (Yücel ve ark., 2020).

Benlik saygısı, sayısal ölçüm ile yapılan karşılaştırmalarda düşük (5-6 puan), orta (2-4 puan) ve yüksek (0-1 puan) olarak değerlendirilmektedir (Baybek ve

Yavuz, 2005). Araştırmaya alınan deney ($1,47\pm0,88$) ve kontrol ($1,49\pm0,78$) grubundaki hastaların “orta-yüksek” düzey benlik saygısına sahip oldukları görülmüştür. Araştırmadan elde edilen bulgunun, literatürdeki bilgilerden farklı olduğu görülmektedir (Yücel ve ark., 2020; Aydın ve ark., 2018; Toker ve ark., 2011). Soy ve Zorlu (2020)’ nun çalışmasında ise literatürdeki çalışmalardan farklı olarak madde kullanım bozukluğu olan bireylerin benlik saygılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun, çalışmaya katılan bireylerin kendi isteği ile AMATEM’de bulunmasından, klinikteki sosyal faaliyetlerin bireyler üzerindeki olumlu etkisinden ve sağaltımdan kaynaklanabileceğini öne sürmüşlerdir (Soy ve Zorlu, 2020). Araştırmadan elde edilen bulgu ile bu çalışma benzerlik göstermektedir.

Psikoeğitim öncesi deney grubu ile kontrol grubu arasında benlik saygısı düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Psikoeğitim sonrasında deney grubunun benlik saygısı ortalaması ($1,26\pm0,91$) kontrol grubunun benlik saygısı ortalamasından ($1,45\pm0,76$) sayısal olarak daha düşük bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlı bir değer bulunamamıştır.

Ayrıca deney grubuna bakıldığında psikoeğitim almadan önce benlik saygısı ortalamasının ($1,47\pm0,88$), psikoeğitim aldıktan sonra bulunan ortalamadan ($1,26\pm0,91$) sayısal olarak daha yüksek olduğu görülmektedir ($p>0,05$). Bu sonuç, istatistiksel olarak anlamlı bir değere sahip olmasa da uygulanan psikoeğitimin etkinliğini düşündürmektedir. Bireylerin kendi benliklerini düşünmesi ve benlik saygısına dair bilgi ve artırma becerilerinin üzerine konuşulmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

İçselleştirilmiş damgalama, MKB olan kişilerde yaygın olmasının yanı sıra tedaviye engel olabilir. Çünkü bireyler, alenen depresif veya bağımlı olarak etiketlenmeyi önlemeye çalışabilir. Ayrıca içselleştirilmiş damgalama düşük yaşam kalitesi, tedaviye uyumsuzluk ve sosyal destek ile aile veya arkadaşlardan yardım almayı reddetme gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkarabilir (Saffari ve ark., 2022).

Araştırmada RHİDÖ toplam puan ortalaması, psikoeğitim öncesi deney grubunda $63,77\pm18,57$ ve psikoeğitim sonrası $64,50\pm11,72$ iken kontrol grubunda ön test $67,46\pm16,40$ ve son test $64,50\pm11,72$ bulunmuştur. Deney grubunda psikoeğitim

öncesi ve sonrası RHİDÖ toplam puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı bir değişim saptanamamıştır ($p>0,05$). Ayrıca deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında son test RHİDÖ toplam puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı bir değişim saptanamadığı görülmüştür ($p>0,05$). Bu doğrultuda H1 ve H2 hipotezi reddedilmiştir. Ayrıca deney grubunda psikoeğitim sonrası damgalamaya karşı direnç alt boyutunda artma olduğu görülmüştür. Bunun nedeni, deney grubundaki bireylerin geçmiş yaşamlarını hatırlaması, toplumun alkol-madde kullanan bireylere yönelik inanç ve tutumları üzerine konuşulması, bireylerin damgalandıklarını fark etmesi, geçmiş toplumsal ve içselleştirilmiş damgalanma deneyimlerini hatırlaması, toplumsal ve içselleştirilmiş damgalanmaya dair öğrendikleri bilgi ve becerilerin düşünce sürecinden geçip davranışa dönüşmesi için zamana ihtiyaç duyulmasından olabilir.

Uzun ve Alban (2020), alkol ve madde bağımlısı bireylerle yapmış oldukları nicel bir çalışmada içselleştirilmiş damgalama ile madde bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuştur. Madde ve alkol bağımlılığı, kişilerde toplumsal kaygıyı zayıflatır ve bu kişilerin olağanın üzerinde özgüven kazanmalarına ve rasyonelleşmelerine sebebiyet verir. Alkol-madde bağımlısı bireyler, kendilerini hiçbir damgalanma çerçevesinde görmemektedir (Uzun ve Alban, 2020). Bu çalışmanın araştırma ile benzer bir sonuca sahip olduğu görülmektedir.

Psikoeğitim öncesi deney ve kontrol gruplarında benlik saygısı ile RHİDÖ ölçümleri arasında pozitif yönde anlamlı derecede bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Benlik saygısı ölçümü arttıkça RHİDÖ puan ortalaması da artacaktır. Benlik saygısı puan ortalaması arttıkça benlik saygısı düzeyi azalmaktadır. Bu durum benlik saygısı düzeyi arttıkça içselleştirilmiş damgalamanın da azaldığı şeklinde yorumlanabilir.

Kök ve Demir (2018), yapmış oldukları bir çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylerin RHİDÖ ile benlik saygısı ölçümleri arasında pozitif bir ilişki saptamıştır (Kök ve Demir, 2018). Araştırma, bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Benlik saygısı ile içselleştirilmiş damgalama arasında ters bir orantı bulunmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama, algılanan damgalanmanın artmasına, düşük benlik saygısı ve öz yeterliliğe neden olmaktadır (Hoover ve ark., 2022).

Literatürde, grup psikoeğitimin MKB olan bireylerde psikososyal yönetiminin temel taşlarından biri olduğu vurgulanmaktadır. Bu tür gruplar, hastaları

madde kötüye kullanımı ve sonuçları hakkında eğitir (Sarkhel ve ark., 2020). Thylstrup ve ark (2015), madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu için kısa bir psikoeğitim müdahalesi uygulamış ve sonrasında uyuşturucu madde kullanım sorunları ve yoksunluk açısından madde kullanımı üzerinde etkili olmuştur (Thylstrup ve ark., 2015). Literatür incelemelerinde alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylere uygulanan psikoeğitim müdahalelerin bağımlılığı önleme, tanı, tedavi süreci ve iyileşme ile ilgili bilgi verme, aşırma ve yoksunluk, tekrar alkol-madde kullanımını önlemeye yönelik becerileri kazandırma, öfke ve stresle başa çıkma, yeni hayata uyum amacıyla uygulandığı görülmüştür (Sarkhel ve ark., 2020; Şimşek ve ark., 2019; Yoldaş ve Demircioğlu, 2020). Yatarak ve ayaktan tedavi gören madde kullanım bozukluğu olan hastalarla yapılan psikoeğitim müdahalesinin bireysel baş etme becerileri ve umut-umutsuzluk düzeyleri üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bir değer bulunamamıştır. Bunun nedeni çalışmaya katılan bireylerin motivasyonlarının düşük olmasından dolayı psikoeğitim bitince ilk ölçüm ile son ölçüm arasında kısa bir süre olması olarak açıklanmıştır (Tipigil ve Arabacı, 2021). Araştırmada da bu çalışma ile bazı farklar olsa da psikoeğitimin etkinliğine dair sonucun benzer olduğu görülmektedir.

Beyin, günlük anıları korurken aynı anda deneyimler arasında genelleme yapmak için bir mekanizma içermektedir. Farklı beyin alanları birden fazla zaman ölçeğinde ve öğrenme hızında çalışır, bu nedenle işlevsel bir biçimde birbirinden önemli ölçüde farklılık gösterir (Parisi ve ark., 2019). Araştırmada da psikoeğitim programı içinde yer alan içselleştirilmiş damgalanmaya ve benlik saygısına yönelik baş etme becerileri bilgisinden kısa bir süre sonra son testlerin uygulanması nedeniyle içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısı üzerinde etkili olması için öğrenme süreci gerektiği düşünülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin benlik saygısının orta-yüksek düzeyde, içselleştirilmiş damgalamanın ise birbirine yakın ve yüksek düzeyde olmaması psikoeğitimin etkinliğini azaltmış olabilir. Ayrıca bireylerin kendilerine dair farkındalık yaşamak ve tanılarından dolayı elde ettikleri ikincil kazançtan vazgeçmek istememeleri nedeniyle araştırmanın hipotezleri doğrultusunda anlamlı bir değer elde edilmediği düşünülmektedir. Bazı bireyler, yaşamış oldukları acıları anlatarak, içinde bulundukları koşullar içinde kendini mağdur göstererek, manipülatif

davranışlar ile hileli yönlendirmeler yaparak diğer bireylerin onlar hakkındaki düşüncelerini yönlendirebilirler. Böylece sorumluluk almaktan kurtulurlar ve devamlı yardım edilen kişi olarak kalırlar (Yaycı, 2017). Literatürde araştırma ile benzer çalışmaların olması ancak aynı olan bir çalışmanın olmaması nedeniyle sınırlı bir literatür ile tartışılabilmiştir. Araştırmanın literatüre katkısı olacağı düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve psikoeğitim konusunda yapılan çalışmaların şizofreni ve bipolar tanısı olan hasta gruplarında yapıldığı görülmüştür. Literatür incelendiğinde bu araştırma ile aynı olan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırmanın literatüre katkısının olacağı ve sonraki benzer çalışmalar için fikir vereceği düşünülmektedir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı olan bireylerde psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı üzerine etkisini incelemek amacıyla yürütülen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Psikoeğitim öncesinde deney grubu hastaların benlik saygısı puan ortalaması $1,47 \pm 0,88$, son test benlik saygısı puan ortalaması $1,26 \pm 0,91$ olarak bulunmuştur ($p > 0,05$).
- Kontrol grubu hastaların ön test benlik saygısı puan ortalaması $1,49 \pm 0,78$, son test benlik saygısı puan ortalaması $1,45 \pm 0,76$ olarak bulunmuştur ($p > 0,05$). Deney ve kontrol gruplarındaki alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin benlik saygısının orta-yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.
- Psikoeğitim öncesinde deney grubu hastaların RHİDÖ-yabancılaşma alt boyutu puan ortalaması $13,00 \pm 4,86$, son test yabancılaşma alt boyutu puan ortalaması $12,33 \pm 3,80$ olarak bulunmuştur ($p > 0,05$).
- Kontrol grubu hastaların ön test RHİDÖ-yabancılaşma alt boyutu puan ortalaması $13,95 \pm 4,83$, son test yabancılaşma alt boyutu puan ortalaması $13,87 \pm 3,81$ olarak bulunmuştur ($p > 0,05$).
- Psikoeğitim öncesinde deney grubu hastaların RHİDÖ-kalıp yargıların onaylanması alt boyutu puan ortalaması $15,13 \pm 5,45$, son test kalıp yargıların onaylanması alt boyutu puan ortalaması $14,10 \pm 3,13$ olarak bulunmuştur ($p > 0,05$).
- Kontrol grubu hastaların ön test RHİDÖ-kalıp yargıların onaylanması alt boyutu puan ortalaması $15,47 \pm 4,52$, son test kalıp yargıların onaylanması alt boyutu puan ortalaması $15,17 \pm 3,96$ olarak bulunmuştur ($p > 0,05$).
- Psikoeğitim öncesinde deney grubu hastaların RHİDÖ-algılanan ayrımcılık alt boyutu puan ortalaması $10,77 \pm 3,72$, son test algılanan ayrımcılık alt boyutu puan ortalaması $11,67 \pm 3,91$ olarak bulunmuştur ($p > 0,05$).

- Kontrol grubu hastaların ön test RHİDÖ-algılanan ayrımcılık alt boyutu puan ortalaması $12,00 \pm 3,73$, son test algılanan ayrımcılık alt boyutu puan ortalaması $11,50 \pm 3,38$ olarak bulunmuştur ($p > 0,05$).

- Psikoeğitim öncesinde deney grubu hastaların RHİDÖ-sosyal geri çekilme alt boyutu puan ortalaması $13,70 \pm 5,62$, son test sosyal geri çekilme alt boyutu puan ortalaması $12,90 \pm 3,80$ olarak bulunmuştur ($p > 0,05$).

- Kontrol grubu hastaların ön test RHİDÖ-sosyal geri çekilme alt boyutu puan ortalaması $13,93 \pm 4,84$, son test sosyal geri çekilme alt boyutu puan ortalaması $13,30 \pm 4,74$ olarak bulunmuştur ($p > 0,05$).

- Psikoeğitim öncesinde deney grubu hastaların RHİDÖ-damgalanmaya karşı direnç alt boyutu puan ortalaması $11,17 \pm 3,09$, son test damgalanmaya karşı direnç alt boyutu puan ortalaması $13,50 \pm 2,99$ olarak bulunmuştur ($p < 0,05$). Deney grubunda psikoeğitim sonrası damgalanmaya karşı direncin arttığı görülmektedir.

- Kontrol grubu hastaların ön test RHİDÖ-damgalanmaya karşı direnç alt boyutu puan ortalaması $12,11 \pm 2,43$, son test damgalanmaya karşı direnç alt boyutu puan ortalaması $12,40 \pm 2,33$ olarak bulunmuştur ($p > 0,05$).

- Psikoeğitim öncesinde deney grubu hastaların RHİDÖ puan ortalaması $63,77 \pm 18,57$, son test RHİDÖ puan ortalaması $64,50 \pm 11,72$ olarak bulunmuştur ($p > 0,05$).

- Kontrol grubu hastaların ön test RHİDÖ puan ortalaması $67,46 \pm 16,40$, son test RHİDÖ puan ortalaması $66,23 \pm 15,41$ olarak bulunmuştur ($p > 0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda buna benzer çalışmalarda psikoeğitim programının etkili olması için benlik saygısı düşük düzeyde olan alkol-madde kullanım bozukluğu tanılı bireylerin özellikle çalışmaya alınması faydalı olabilir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin damgalandıklarının farkında olmadıkları, bu bireylerin damgalanma hakkında bilinçlendirilmeleri gerektiği düşünülmektedir. Bireylerin kendilerini damgalamalarının yanı sıra damgalanmaya ve ayrımcılığa maruz kalmamaları için bireye, aileye yönelik eğitimler düzenlenebilir. Alkol-madde kullanım bozukluğu olan bireylerin toplumdan izole olmalarını önlemek için Adsız Alkolikler ve Adsız Narkotikler gibi çeşitli destek gruplarına yönlendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca toplumu damgalanmaya dair bilinçlendirmek için öncelikle çeşitli meslek gruplarına (polis memurları, sağlık çalışanları, din görevlileri, öğretmenler vb.) eğitimler verilebilir.

Damgalanmayı önlemeye yönelik kampanyalar planlanabilir ve kamu spotu oluşturulabilir. Böylece damgalanma endişesi nedeniyle tedaviye başvurmaktan çekinen bireylerinde tedaviye başvuracağı düşünülmektedir.

Literatürde, araştırmada yer alan konuyla ilgili eksikliğin giderilmesi adına alkol ve madde kullanan bireylerin ayrı olarak çalışmaya alındığı, erkek-kadın cinsiyetinin bulunduğu, örneklemin daha geniş olduğu ve psikoeğitim uygulama süresinin daha uzun belirlendiği benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- Agrawal, A., Sartor, C.E., Lynskey, M.T., Grant, J.D., Pergadia, M.L., Grucza, R., Martin, N.G. (2009). Evidence for an interaction between age at first drink and genetic influences on DSM-IV alcohol dependence symptoms. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(12), 2047-2056.
- Akhter, A. (2013). Relationship between Substance Use and SelfEsteem *International Journal of Scientific & Engineering Research*, 4(2).
- Alataş, G., Kurt, E., Alataş, E.T., Bilgiç, V., Karatepe, H.T. (2007). Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*, 20(4), 196-205.
- Alban, K. (2018). Alkol-madde Bağımlısı Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı; Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM Örneği. (Yüksek lisans tezi). Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ.
- Altunay, A., Öz, F. (2006). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin benlik kavramı. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 131, 46-59.
- Anderson, C.E., Loomis, G.A. (2003). Recognition and prevention of inhalant abuse. *American family physician*, 68(5), 869-874.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders DSM-5* (5th Edition). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). İçinde Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, (Beşinci Baskı-DSM-5). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Ateş, K., Tuncay, T. (2020). Madde Bağımlılığı Merkezine Başvuranların Aile ve Sosyo-Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi Bursa Gadem Örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* (16), 62-81.
- Avcil, C., Bulut, H., Sayar, G.H. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 175-202.
- Aydın, Ç. (2022). Madde Bağımlısı Tanısı Almış 18-25 Yaş Arası Çocuğu Olan Ebeveynlerin Depresyon, Benlik Saygısı ve Psikolojik Dayanıklılıklarının İncelenmesi: Mersin Amatem Örneği. (Yükseklisans Tezi). Çağ Üniversitesi, Mersin.
- Aydın, Y., Evrensel, A., Ceylan, M.E. (2018). Body image, self-esteem and social anxiety levels in individuals with alcohol and substance abuse. *Medicine Science*, 7(2), 260-264.
- Bahji, A., Stephenson, C., Tyo, R., Hawken, E.R., Seitz, D.P. (2020). Prevalence of Cannabis Withdrawal Symptoms Among People With Regular or Dependent Use of Cannabinoids: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(4), 202370-202370.
- Bandura, A., Walters, R.H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice Hall:Englewood cliffs.

- Baybek, H., Yavuz, S. (2005). Muğla üniversitesi öğrencilerinin benlik saygılarının incelenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* (14), 73-95.
- Baydala, L. (2010). Inhalant abuse. *Paediatr Child Health*, 15(7), 443-454.
- Beyazyürek, M., Şatır, T.T. (2000). Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4(2), 50-56.
- Cadet, J.L. (2016). Epigenetics of Stress, Addiction, and Resilience: Therapeutic Implications. *Molecular Neurobiology*, 53(1), 545-560.
- Carvalho, A.F., Heilig, M., Perez, A., Probst, C., Rehm, J. (2019). Alcohol use disorders. *The Lancet*, 394(10200), 781-792.
- Chen, I.-H., Chang, K.-C., Chang, C.-W., Huang, S.-W., Potenza, M.N., Pakpour, A.H., Lin, C.-Y. (2022). Temporal associations between problematic use of the internet and self-stigma among people with substance use disorders: A cross-lagged model across one year. *Journal of Psychiatric Research*, 156, 339-348.
- Coopersmith, S. (1965). The antecedents of self-esteem. *H Freeman Company*. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1573387449985424512>
- Corrigan, P.W., Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- 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 clinical psychology review*, 25(8), 875.
- Çam, O., Dağlı, D.A. (2017). Alkol Bağımlılarında İçselleştirilmiş Damgalama, Suçluluk ve Utanç Duyguları. *Bağımlılık Dergisi*, 18(4), 145-151.
- Çevik, M., Kızmaz, Z. (2021). Uyuşturucu Bağımlılarının Demografik Özellikleri ve Madde Kullanım Alışkanlıkları. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(37), 470-506.
- Çınarbaş, D.C. (2015). Kişilerarası süreç grupları: Etkinliği, evreleri, etik kaideleri ve Türkiye kültürüne uygunluğu. *Türk Psikoloji Yazıları*, 18(1), 73-80.
- Çuhadar, D. (2011). Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalamayı Azaltmada Psikoeğitimin Etkinliği. (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Çuhadaroğlu, F. (1986). Adolesanlarda benlik saygısı. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
- Çuhadaroğlu, F. (1990). Adolesanlarda özdeğer duygusu ve çeşitli psikopatolojik durumlarla ilişkisi. *Düşünen Adam*, 3.(3), 71-75.
- Day, E., Morris, J. (2021). *Seminars in Addiction Psychiatry*. Cambridge University Press. 1-14. <https://doi.org/10.1017/9781911623199.002>
- De Aquino, J.P., Bahji, A., Gómez, O., Sofuoğlu, M. (2022). Alleviation of opioid withdrawal by cannabis and delta-9 tetrahydrocannabinol: A systematic review

of observational and experimental human studies. *Drug alcohol dependence*, 241, 109702.

- Demir, B., Şahin, Ş., Sancaktar, M., Sargın, E.N., Köse, Z., Altındağ, A. (2022). Madde Kullanım Bozukluğunda İçselleştirilmiş Damgalanmanın Klinik Özellikler ve Tedavi Motivasyonu ile İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 23(1), 30-36.
- Demir, B., Şahin, Ş.K., Elboğa, G., Altındağ, A., Ünal, A. (2022). Substance use characteristics, treatment completion rates and related factors of patients in Gaziantep AMATEM in 2019; a retrospective study. *Journal of Substance Use*, 27(2), 128-134.
- Demir, F.Ü., Aslan, E.A., Batmaz, S., Çelikbaş, Z., Gökben, H., Ünübol, H. (2022). Sigara, Alkol veya Madde Kullanan Üniversite Öğrencilerinin Bağımlılığa Yönelik Farkındalık, Olumsuz Tutum ve Damgalama Düzeyleri. *Bağımlılık Dergisi*, 23(1), 86-94.
- Deng, H., Verrico, C.D., Kosten, T.R., Nielsen, D.A. (2018). Psychosis and synthetic cannabinoids. *Psychiatry research*, 268, 400-412.
- Diaz, J. (1997). *How drugs influence behavior: a neuro behavioral approach*. USA: Prentice Hall.
- Dilbaz, N. (2012). Madde bağımlılığında korunma ve tedavi ilkeleri. İçinde *Madde bağımlılığı tanı ve tedavi kılavuzu el kitabı* (1.baskı). (s. 47-51). Ankara: Pozitif Matbaa.
- Dore, C. (2017). L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 129(2), 18-26.
- Duyan, V., Gövebakan, R. (2021). *Madde Bağımlılığı ve Aile*. İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.
- Emniyet Genel Müdürlüğü (EGM). Türkiye Uyuşturucu Raporu Eğilimler ve Gelişmeler. Ankara: NDB Yayınları; 2021. <http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/2021-Turkiye-Uyusturucu-Raporu.pdf>
- EMCDDA (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi). Avrupa Uyuşturucu Raporu 2021: Eğilimler ve Gelişmeler. Lüksemburg: Avrupa Birliği Yayın Ofisi; 2021. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_TR_02.pdf
- Ersoy, M.A., Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-171.
- Ersöğütçü, F., Karakaş, S.A. (2016). Social functioning and self-esteem of substance abuse patients. *Archives of psychiatric nursing*, 30(5), 587-592.
- Eveloff, H.H. (1968). The LSD syndrome: A review. *Calif Med*, 109(5), 368-373.
- Fattore, L. (2016). Synthetic cannabinoids—further evidence supporting the relationship between cannabinoids and psychosis. *Biological psychiatry*, 79(7), 539-548.

- First, M.B. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition and Clinical Utility. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(9), 727-729.
- Friebel, R., Yoo, K.J., Maynou, L. (2022). Opioid abuse and austerity: evidence on health service use and mortality in England. *Social science medicine*, 298, 114511.
- Furundaoturan, K.Ö. (2021). Alkol-Madde Kullanıcılarının Bağımlılık Şiddeti, Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri ile Ailelerin Eş Bağımlılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Gomez, R., Stavropoulos, V., Brown, T., Griffiths, M.D. (2022). Factor structure of ten psychoactive substance addictions and behavioural addictions. *Psychiatry research*, 313, 114-605.
- Gökler, R., Koçak, R. (2008). Uyuşturucu ve madde bağımlılığı. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 89-104.
- Greiner, M.G., Dixon, L.B. (2021). The Stigma of Addiction. *Psychiatric services*, 72(9), 1105-1106.
- Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatisation: Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 207-215.
- Hakansson, A., Jesionowska, V. (2018). Associations between substance use and type of crime in prisoners with substance use problems—a focus on violence and fatal violence. *Substance abuse rehabilitation*, 9, 1-9.
- Haldipur, C. (2018). Addiction: a brief history of an idea. *Psychological medicine*, 48(8), 1395-1396.
- Hancock, D.B., Markunas, C.A., Bierut, L.J., Johnson, E.O. (2018). Human Genetics of Addiction: New Insights and Future Directions. *Current psychiatry reports*, 20(2), 1-17.
- Hasin, D.S., O'brien, C.P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., . . . Petry, N.M. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 834-851.
- Heal, D.J., Smith, S.L., Gosden, J., Nutt, D.J. (2013). Amphetamine, past and present—a pharmacological and clinical perspective. *Journal of psychopharmacology*, 27(6), 479-496.
- Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L., Vanderschuren, L.J. (2021). Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology*, 46(10), 1715-1723.
- Hoover, K., Lockhart, S., Callister, C., Holtrop, J.S., Calcaterra, S.L. (2022). Experiences of stigma in hospitals with addiction consultation services: A qualitative analysis of patients' and hospital-based providers' perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 138, 108708.
- Horseman, C., Meyer, A. (2019). Neurobiology of addiction. *Clinical obstetrics gynecology*, 62(1), 118-127.

- Howitt, D., & Cramer, D. (2011). *Introduction to SPSS statistics in psychology: For version 19 and earlier* (Fifth edition). London: Pearson Education Limited.
- Hsu, S.-T., Wu, H.-C., Chien, H.-T., Li, D.-J. (2022). Predictors of workplace substance reuse among patients with alcohol or illegal substance use disorder in the workplace. *International journal of environmental research public health*, 19(16), 10023.
- Hussin, H., Othman, M., Hussin, K., Alias, N. (2018). The Effect of Brief Cognitive Behavioural Therapy Group Intervention on Self Esteem among Drug Users. *MATEC Web of Conferences*, 150, 05092.
- James, W., Burkhardt, F.H. (1983). The principles of psychology, the works of William James. *Transactions of the Charles S. Peirce Society*, 19(2).
- Javed, S., Chughtai, K., Kiani, S. (2020). Substance abuse: From abstinence to relapse. *Life and Science*, 1(2), 4-4.
- Kaçan, H., Ateş, S. (2022). Evaluation of a Psychoeducation Program Given to International Nursing Students for Healthy Lifestyle and Life Satisfaction. *Clinical Experimental Health Sciences*, 12(1), 61-66.
- Kalafatoğlu, M.R., Çelik, S.B. (2015). Öğrenme Güçlüğü Tanılı Öğrenciler için Geliştirilen Benlik Saygısı Artırma Psikoeğitim Programının Etkililiğinin İncelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22(1), 80-99.
- Kaplan, H.B. (1975). Sequelae of self-derogation predicting from a general theory of deviant behavior. *Youth Society*, 7(2), 171-197.
- Karakartal, D. (2020). Uyuşturucu Madde Kullanımı ve Suç İlişkisi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 6(14), 614-617.
- Kargın, M., Hiçdurmaz, D. (2018). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle başa çıkma. *Bağımlılık Dergisi*, 19(2), 35-39.
- Kavak, F., Yılmaz, E., Okanlı, A., Aslanoğlu, E. (2019). The effect of psychoeducation given to psychiatry nurses on level of knowledge, attitudes, and practices regarding physical restraint: A randomized controlled study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4), 743-751.
- Kayaoğlu, K. (2020). Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Model Temelli Psikoeğitim Destekli Müziğin Stres, Öz Yeterlilik Ve Relasp Düzeyine Etkisi. (Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Kelly, J.F., Dow, S.J., Westerhoff, C. (2010). Does our choice of substance-related terms influence perceptions of treatment need? An empirical investigation with two commonly used terms. *Journal of Drug Issues*, 40(4), 805-818.
- Kesner, A.J., Lovinger, D.M. (2021). Cannabis use, abuse, and withdrawal: Cannabinergic mechanisms, clinical, and preclinical findings. *Journal of Neurochemistry*, 157(5), 1674-1696.
- Kim, J., Amaev, A., Quilty, L.C., Selby, P., Shah, P., Caravaggio, F., . . . Gerretsen, P. (2022). A measure to assess illness awareness in problem

- gambling: gambling awareness and insight scale (GAS). *Journal of Gambling Studies*, 38(3), 1029-1043.
- Kımtır, N. (2008). Benlik Saygısı ve Dindarlık İlişkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Kök, H., Demir, S. (2018). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Çukurova Medical Journal*, 43(1), 99-106.
- Kulaksızoğlu, B., Bingöl, M.S., Güleğöz, M., Kuloğlu, M.M. (2020). Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisinde Bir Yıllık Tedavide Kalma Oranları: Geriye Dönük Bir Çalışma. *Fırat Tıp Dergisi*, 25(1), 43-47.
- Kumar, V., Ojha, R., Parasar, A., Maurya, A., Sharma, A., Patel, A.K., Chawala, S. (2015). A review on psychoeducation in psychiatric disorder. *IAHRW International Journal of Social Sciences Review*, 3(4), 526-534.
- Lambert, L., Serre, F., Thirioux, B., Jaafari, N., Auriacombe, M. (2022). Clinical insight level predicts successful quit or control attempts during the first three months of outpatient addiction treatment. *Drug alcohol dependence*, 234, 109391.
- Leeds, J., Morgenstern, J. (1996). Psychoanalytic theories of substance abuse. *Treating substance abuse: Theory and technique*, 68-83.
- Lewis, M. (2017). Addiction and the brain: development, not disease. *Neuroethics*, 10(1), 7-18.
- Lind, D. A., Marchal, W. G., Wathen, S. A. (2006). *Basic statistics for business and economics* (Fifth edition). United States: McGraw-Hill Companies.
- Lindesmith, A.R. (2017). *Addiction & Opiates*. Routledge. 44-66. <https://doi.org/10.4324/9781315083070>
- Lloyd, C. (2013). The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs: education, prevention and policy*, 20(2), 85-95.
- Lucksted, A., Drapalski, A.L., Brown, C.H., Wilson, C., Charlotte, M., Mullane, A., Fang, L.J. (2017). Outcomes of a psychoeducational intervention to reduce internalized stigma among psychosocial rehabilitation clients. *Psychiatric services*, 68(4), 360-367.
- 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.
- MacInnes, D., Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 15(1), 59-65.
- Macit, R. (2020). Uyuşturucu madde kullanıcıları ve esrar. *Journal of Economy Culture and Society*, (61), 141-151.
- Magill, M., Martino, S., Wampold, B. (2021). The principles and practices of psychoeducation with alcohol or other drug use disorders: A review and brief guide. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 126, 108442.

- Marsh, H.W., Craven, R.G., Yeung, A.S., Mooney, J., Franklin, A., Dillon, A., . . . Roy, D. (2022). Self-Concept a Game Changer for Academic Success for High-achieving Australian Indigenous and NonIndigenous Students: Reciprocal Effects Between Self-concept and Achievement. *Contemporary Educational Psychology*, 102-135.
- Matthews, S., Dwyer, R., Snoek, A. (2017). Stigma and Self-Stigma in Addiction. *J Bioeth Inq*, 14(2), 275-286.
- McGannon, K.R., L'Estrange, M., McMahon, J. (2020). The role of ultrarunning in drug and alcohol addiction recovery: An autobiographic study of athlete journeys. *Psychology of Sport Exercise*, 46, 101585.
- McKillup, S. (2012). *Statistics explained: An introductory guide for life scientists* (Second edition). United States: Cambridge University Press.
- Mersy, D.J. (2003). Recognition of alcohol and substance abuse. *American family physician*, 67(7), 1529-1532.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., Corrigan, P.W. (2012). Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *Psychiatr Serv*, 63(10), 974-981.
- Mutlu, E.A., Sarıkaya, Ö.Ö. (2019). Bir AMATEM kliniğinde tedavi gören hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 276-285.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Hallucinogens DrugFacts. USA: National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services; 2019. <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/hallucinogens>
- O'Sullivan, S.J., Schwaber, J.S. (2021). Similarities in alcohol and opioid withdrawal syndromes suggest common negative reinforcement mechanisms involving the interoceptive antireward pathway. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 125, 355-364.
- Olafsdottir, J., Hrafnisdottir, S., Orjasniemi, T. (2018). Depression, anxiety, and stress from substance-use disorder among family members in Iceland. *Nordic Studies on Alcohol Drugs: education, prevention and policy*, 35(3), 165-178.
- 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*. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.
- Ögel, K., Koç, C., Basabak, A., Aksoy, A., Evren, C. (2014). *Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBAs)-Klinik için uygulayıcı kılavuzu (3. sürüm)*. İstanbul: Yeniden.
- Özdemir, N., Tekin, M.S. (2019). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireyleri Güçlendirme Farkındalık ve Duygu Düzenleme Stratejilerinin Önemi: Hemşire Gözünden Bir Derleme. *Lejans International Journal*, 3(8), 114-124.
- Özmen, S., Erdem, R. (2018). Conceptual framework of the stigmatization. *Fac Econ Admin Sci*, 23(1), 185-208.

- Paquette, C.E., Daughters, S.B., Witkiewitz, K. (2022). Expanding the continuum of substance use disorder treatment: Nonabstinence approaches. *Clinical psychology review*, 91, 102110.
- Parisi, G.I., Kemker, R., Part, J.L., Kanan, C., Wermter, S. (2019). Continual lifelong learning with neural networks: A review. *Neural Networks*, 113, 54-71.
- Pehlivan, H. (2016). Kadınların Benlik Saygısını ve Yaşam Doyumunu Artırma: Bilişsel Davranışçı Yaklaşımına Dayalı Bir Grup Müdahalesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 24(2), 479-492.
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Oute, J., Davidson, L. (2019). How social relationships influence substance use disorder recovery: a collaborative narrative study. *Substance abuse: research treatment*, 13.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6410387/>
- Prom-Wormley, E.C., Ebejer, J., Dick, D.M., Bowers, M.S. (2017). The genetic epidemiology of substance use disorder: A review. *Drug alcohol dependence*, 180, 241-259.
- Rabelo, J.L., Cruz, B.F., Ferreira, J.D.R., Viana, B.M., Barbosa, I.G. (2021). Psychoeducation in bipolar disorder: A systematic review. *World J Psychiatry*, 11(12), 1407-1424.
- Rane, A., Church, S., Bhatia, U., Orford, J., Velleman, R., Nadkarni, A. (2017). Psychosocial interventions for addiction-affected families in Low and Middle Income Countries: A systematic review. *Addictive behaviors*, 74, 1-8.
- Rassool, G.H. (2010). *Addiction for nurses*. Malaysia: John Wiley & Sons.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31-49.
- Rummel-Kluge, C., Kissling, W. (2008). Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 168-172.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2010). *Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry* (Sixth Edition). China: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saffari, M., Chang, K.C., Chen, J.S., Chang, C.W., Chen, I.H., Huang, S.W., . . . Lin, C.Y., Potenza, M. N. (2022). Temporal associations between depressive features and self-stigma in people with substance use disorders related to heroin, amphetamine, and alcohol use: a cross-lagged analysis. *BMC psychiatry*, 22, 815.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. SMA 17-5044, NSDUH Series H-52). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2017. <https://www.samhsa.gov/data/>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2018

National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP19-5068, NSDUH Series H-54). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2019. <https://www.samhsa.gov/data/>

- Sarkhel, S., Singh, O., Arora, M. (2020). Clinical practice guidelines for psychoeducation in psychiatric disorders general principles of psychoeducation. *Indian J Psychiatry*, 62(2), 319-323.
- 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 alcohol dependence*, 114(1), 12-17.
- Sevim, K., Artan, T. (2021). Yüksek ve Düşük Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler. *Toplumsal Politika Dergisi*, 2(2), 109-121.
- Sevin, M.D., Erbay, E. (2019). AMATEM’de ikinci kez tedavi gören madde bağımlılarının madde kullanımına ilişkin yaşam deneyimleri. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 6(5), 691-716.
- Sheikh, F., Koolaee, A.K., Zadeh, M.R. (2013). The comparison of self-differentiation and self-concept in divorced and non-divorced women who experience domestic violence. *International journal of high risk behaviors addiction Research & Theory*, 2(2), 66.
- Sher, K.J., Walitzer, K.S., Wood, P.K., Brent, E.E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 427.
- Shih, C.-A., Huang, J.-H., Yang, M.-H. (2022). Anti-stigma psychosocial intervention effects on reducing mental illness self-stigma and increasing self-esteem among patients with schizophrenia in Taiwan: A quasi-experiment. *Asian Journal of Psychiatry*, 73, 103171.
- Simmons, L.A., Yang, N.Y., Wu, Q., Bush, H.M., Crofford, L. (2015). Public and personal depression stigma in a rural American female sample. *Archives of psychiatric nursing*, 29(6), 407-412.
- Sontheimer, H. (2021). Drug Addiction. In *Diseases of the Nervous System* (Second Edition). (s. 357-381). United Kingdom: Academic Press
- Soy, İ.T., Zorlu, S. (2020). Madde Bağımlılığı Tanısı Almış Bireylerde Benlik Saygısı ve Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(2), 73-86.
- Sutrisno, J., Fawzi, A., Saifullah, S. (2020). The Influence of a Family Support Group on the Motivation of Drug Users Undergoing the Rehabilitation Process in Syifa Medika Clinic Addiction Rehabilitation Center. *Jurnal Ners*, 15(1), 470-472.
- Şahiner, Ş.Y. (2020). Madde Kullanım Bozukluğuna Genel Yaklaşım. İçinde *Acil Servislerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Rehberi*. (s.5-7). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü.
- Şengün, F., Üstün, B., Altıok, H.Ö. (2011). Kanıta Dayalı Uygulama: Psikoeğitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(3), 66-74.

- Şimşek, M., Dinç, M., Ögel, K. (2019). Determinants of the addiction treatment drop-out rates in an addiction counseling centre: a cross-sectional study. *Psychiatry Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 446-454.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (Sixth edition). United States: Pearson Education.
- Taşkın, E.O. (2007). Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. İçinde *Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık*. E. O. Taşkın (Ed.), (s. 17-30). İzmir: Meta Basım Matbaacılık.
- Tel, H., Pınar, Ş.E. (2012). Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 3(2).
- Thylstrup, B., Schroder, S., Hesse, M. (2015). Psycho-education for substance use and antisocial personality disorder: a randomized trial. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-12.
- Tipigil, S.E., Arabacı, L.B. (2021). Denetimli Serbestlik Uygulanan Bağımlı Hastalarda Psikoeğitimin Bireysel Başetme ve Umut-Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 22(1), 53-64.
- 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*, 22(2), 83-92.
- Tolga, S., Dilmaç, B. (2020). Benlik Saygısı ve İlişkisel Faktörler: Bir Meta-Analiz Çalışması. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 18(2), 853-873.
- Tonga, Z., Halisdemir, D. (2017). Ergen Öznel İyi Oluşu ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Social Humanities Sciences Research*, 4(12), 1214-1221.
- Tool, A. (1986). Relapse Prevention Planning: “A New Recovery Tool”. *Alcohol Health and Research World*, 11, 6.
- Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi-TUBİM. Madde Kullanıcıları Profil Çalışması 2020 Yılı Narkolog Proje Çıktısı: Analiz Raporu. Ankara: NDB Yayınları; 2021.
- https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/2021_.pdf
- Tus, J. (2019). Students’ Personality, Self-Efficacy, and Its Impact on the Academic Performance of the Senior High School Students. *Electronic Research Journal of Social Sciences Humanities*, 1, 92-96.
- Türkeş, S.G., Buz, S. (2022). Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedavi Süreci ve Taburculuk Sonrası Gereksinimleri Üzerine Bir Araştırma: Ankara AMATEM Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 33(2), 437-462.
- Türkmen, S.N., Epsoylu, H. (2019). Madde kullanım varlığının, suç işleyen ve işlemeyen hastalarda suç ve şiddet özelliklerine etkisi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(2), 108-113.
- United Nations Office on Drugs and Crime-UNODC. World Drug Report. United Nations: United Nations Office on Drugs and Crime; 2022. https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_2.pdf

- Uzun, H., Alban, K. (2020). Alkol-Madde Bağımlısı Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalama; Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Amatem Örneği. *Iksad Journal*, 6(24), 401-437.
- Ünal, G. (2004). Bir grup üniversiteli gençte çekingenlik, aleksitimi ve benlik saygısının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 7(4), 215-222.
- Van Wormer, K., Davis, D.R. (2016). *Addiction treatment*. Boston: Cengage Learning.
- Vilela, T.R., Rocha, M.M., Figlie, N.B., Pillon, S.C., Diehl, A., Mari, J.J. (2020). Domestic violence and risk of internalizing and externalizing problems in adolescents living with relatives displaying substance use disorders. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 69, 93-102.
- Volkow, N.D., Jones, E.B., Einstein, E.B., Wargo, E.M. (2019). Prevention and treatment of opioid misuse and addiction: a review. *JAMA psychiatry*, 76(2), 208-216.
- Walker, D.M., Nestler, E. (2018). Neuroepigenetics and Addiction. *Handbook of clinical neurology*, 148, 747-765.
- Wang, J.C., Kapoor, M., Goate, A.M. (2012). The Genetics of Substance Dependence. *Annual Review of Genomics Human Genetics*, 13, 241-261.
- Wang, S.-C., Chen, Y.-C., Chen, S.-J., Lee, C.-H., Cheng, C.-M. (2020). Alcohol addiction, gut microbiota, and alcoholism treatment: A review. *International journal of molecular sciences*, 21(17), 6413.
- Watson, A.C., Corrigan, P., Larson, J.E., Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 33(6), 1312-1318.
- Wilcox, R. R. (2012). *Modern statistics for the social and behavioral sciences: A practical introduction*. United States: Chapman & Hall/CRC Press.
- Wheeldon, J., Heidt, J. (2022). Cannabis and criminology: A history of race, addiction, and inconvenient research. *Journal of Criminal Justice*, 101-991.
- World Health Organization. Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva:World Health Organization; 1994.
- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization (WHO). World Health Statistics. Geneva: World Health Organization; 2014.
- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671_eng.pdf
- World Health Organization (WHO). World Health Statistics. Geneva: World Health Organization; 2022.
- <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>
- Witkiewitz, K., Litten, R., Leggio, L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science advances*, 5(9), 40-43.
- Yaycı, L. (2017). Grupla psikolojik danışmada direnç: Önleme ve müdahale yolları. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 7(13), 991-1016.

- Yıldız, M., Çapar, B. (2010). Ortaöğretim öğrencilerinde benlik saygısı ile dindarlık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 10, 103-131.
- Yılmaz, M., Cüceler, S. (2019). Alkol bağımlılığı ve damgalanma. *Bağımlılık Dergisi*, 20(3), 167-174.
- Yılmaz, F.T., Yıldız, E., Çevik, B.E. (2021). Hemşirelerin İş Stresi ile Damgalama Eğilimleri Arasındaki İlişki. *Pearson Journal of Social Sciences & Humanities*, 6(12), 190-203.
- Yılmaz, G. T., Güriz, S. O., Kahıloğulları, A. K., Kokurcan, A., Örsel, S. (2020). Bipolar Bozuklukta Grup Psikoeğitim Uygulamasının Etkinliği. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 9(2), 73-81.
- Yoldaş, C., Demircioğlu, H. (2020). Madde kullanımı ve bağımlılığını önlemeye yönelik psikoeğitim programlarının incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 21(1), 72-91.
- Yücel, F.N., Doğan, K., Pamir, R.N., Erkuş, S., Keşir, Ü., Zengin, O. (2020). Alkol Bağımlısı Bireylerde Benlik Saygısı, Algılanan Sosyal Destek ve Başetme Stratejileri: Adsız Alkolikler Örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 15, 50-64.
- Zgoba, K.M., Reeves, R., Tamburello, A., DeBilio, L. (2020). Criminal recidivism in inmates with mental illness and substance use disorders. *The journal of the American Academy of Psychiatry the Law*, 48(2), 209-215.
- Zwick, J., Appleseth, H., Arndt, S. (2020). Stigma: how it affects the substance use disorder patient. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 15(1), 50.

8. EKLER

Ek-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yarar ve riskleri, rahatsız edebilecek durumları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyunuz. Çalışmaya katılma kararı vererseniz Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda araştırmacıya bilgi vererek ayrılmakta özgürsünüz.

Bu çalışma, Doç. Dr. Latife Utaş Akhan danışmanlığında Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında öğrenci olan Hande Tuğçe Demirci tarafından yüksek lisans tez çalışması olarak yürütölmektedir. Bu çalışmanın amacı, alkol ve madde kullanım bozukluğu tanıli bireylere uygulanacak olan psikoeğitim programının içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısı düzeyine etkisinin incelenmesidir. Bu çalışmada kişisel bilgi formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeğı (RHİDÖ), Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğı kullanılacaktır. Bu anket formları araştırmaya katılanların kendileri tarafından cevaplandırılacaktır. Bu ölçekleri dolduran bireylerden rastgele olarak seçilmiş bazı bireyler (deney grubu) tedavi süresi olan 3 haftalık süreçte gerçekleşecek olan psikoeğitim programına katılacaktır. Ardından Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeğı (RHİDÖ) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğı tekrar doldurulmalıdır. Psikoeğitim programına katılmayan bireyler (kontrol grubu) 3 haftalık süreç sonrası aynı ölçekleri doldurmalıdır.

Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır ve araştırma kapsamındaki bütün işlemler için sizden ya da bağıli bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemler, risk ve rahatsızlık olarak sizin ruhsal halinizi etkileyebilir, fiziksel olarak hiçbir şekilde risk ve zararı yoktur. Bu çalışmaya katılmış olan bireyler, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı düzeyinin, uygulanan psikoeğitim

programının içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı düzeyine etkisinin belirlenmesine katkıda bulunacaktır. Ayrıca bu araştırma ile ilgili daha sonra yapılacak araştırmaların önünü de açmış olacaktırlar. Bu araştırmaya katılarak bireyler kendileri hakkında düşünme şansına sahip olacaktırlar. Katılımcılar istedikleri takdirde araştırma sonucuna ulaşabileceklerdir fakat uygulanan ölçeklerle ilgili bireysel geri bildirim verilmeyecektir. Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile hakların konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı Soyadı: Hande Tuğçe Demirci

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri gerektiğinde, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi kurum yöneticilerine ulaştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır. Çalışmamızda doğru sonuçlara ulaşabilmemiz için soruların dikkatli ve doğru bir şekilde cevaplandırılması büyük önem taşımaktadır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Açıklamaları yapan araştırmacının

İmzası:

Adı- Soyadı:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

İmzası:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için

Veli / Vasi Adı – Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):



Ek-2 Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Değerli katılımcı, vereceğiniz cevaplar araştırma sonuçları açısından çok değerlidir, bu nedenle cevaplarınızın gerçek duygu ve düşüncelerinizi yansıtır olmasının ve soruları eksiksiz şekilde cevaplamanız çok önemlidir.

1. Yaşınız kaç? (yazınız)
2. Cinsiyetiniz nedir?
a) Kadın b) Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
a) Evli b) Bekar c) Eşinden ayrılmış d) Eşi vefat etmiş
4. Kaç çocuğunuz var?
a) Yok b) 1 c) 2 d) 3 ve üzeri
5. Nerede yaşıyorsunuz?
a) Köy/kasaba b) İlçe c) İl
6. Kiminle Yaşıyorsunuz?
a) Anne- Baba b) Eş ve Çocuklar c) Eş, Çocuk ve Anne-Baba d) Yalnız e) Diğer
7. Mesleğiniz nedir?
a) Emekli b) Memur c) İşçi d) Sağlık personeli e) Diğer
8. Öğrenim durumunuz nedir?
a) Okur-yazar b) İlkokul-ortaokul mezun c) Lise mezunu d) Lisans e) Lisansüstü
9. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
a) İyi b) Orta c) Kötü
10. Alkol ve/veya madde kullanımına kaç yaşında başladınız?
11. Daha önce AMATEM’de tedavi gördünüz mü?
a) Evet b) Hayır
12. Cevabınız evet ise kaçınıcı tedaviniz?
13. AMATEM servisinde bulunma nedeniniz?
a) Alkol b) Madde c) Alkol-madde d) Diğer
14. Alkol ve/veya maddeye başlama nedeniniz?
a) Bir kere deneme b) Merak c) Arkadaş ortamında kabul görme d) Sorunlarla baş etmek e) Sorunlardan kaçmak f) Ağrı g) İlgi çekmek h) Keyif almak ı) Öğrenmek j) Diğer.....
15. Alkol/Madde Başlama Ortamı

a) Okul dışı arkadaştan öğrenme b) Aileden öğrenme c) Okul arkadaşlarından öğrenme d) Diğerleri

16. Alkol ve/veya madde kullanım süreniz?

a) 1-5 yıl b) 6-10 yıl c) 11-15 yıl d) 16 yıl ve üzeri

17. Alkol/madde kullanımını nedeniyle yasal sorun yaşadınız mı?

a) Evet b) Hayır

18. Ailede bağımlılığı olan başka biri var mı?

a) Var b) Yok

19. Alkol ve/veya madde kullanmadan önce aile ilişkileriniz nasıldı?

a) İyi b) Orta c) Kötü

20. Alkol ve/veya madde kullandıktan sonra aile ilişkileriniz nasıldı?

a) İyi b) Orta c) Kötü

21. Tedaviye kimin isteğiyle başvurdunuz?

a) Ailemin isteğiyle b) Kendi isteğimle c) Arkadaş d) Diğer

22. Tedaviye Gelme Nedeni?

a) Fiziksel hasarı iyileştirmek b) Tedaviyi bırakmanın tehlikeli olduğunu düşünmek
c) Tedaviyi bırakamayacağını düşünmek d) Tedaviye zorla gelme/getirilme e) Aldığı maddeyi azaltmak

23. Tedaviden Beklentileri?

a) Bir daha içmemek b) Kontrollü İçmeyi Öğrenmek c) Fiziksel sorunları iyileştirmek d) Psikolojik sorunları iyileştirmek e) Sosyal ilişkileri düzenlemek

Ek-3 Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)



Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.
Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz tek bir şıkla 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 bir iki kez	Ayda 1-3 kere	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 alına, 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?

- ☐ Benim için sorun değil ☐ 1 yıldan az ☐ 1-2 yıldır ☐ 3-4 yıldır ☐ 5 yıl ve daha fazla

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, huzarsızlık, 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 yaşamınıza neden oldu mu?** (örneğin maddeyle yakalanmak, ehliyeti kaptırmak, karakola düşmek vb)

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

(BAPİ)

4

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

HESAPLAMA REHBERİ

Madde kullanım özellikleri

$(b1 + b2 + b3 + b4 + b5 + b6 + b7 + b8 + b9 + b10 + b11)/11 + b12$

Tanı

$(b13+b14)/2 + (b15+b16)/2 + b17 + b18 + b19 + b20$

Yaşam üstüne etkileri

$b21 + b22 + b23 + b24 + b25 + b26 + b27 + b28 + b29 + b30 + b31$

Şiddetli istek

$b30 + b32 + b33 + b34$

Motivasyon

$b35 + b36 + b37$

BAPİ toplam puanı (bağımlılık şiddeti)

Madde kullanım özellikleri alt ölçeği puanı/2 + tanı alt ölçeği puanı/6 + yaşam üstüne etkileri alt ölçeği puanı/10 + şiddetli istek alt ölçeği puanı/4 + motivasyon alt ölçeği puanı/3

SPSS SYNTAX REHBERİ

Compute Mady=mean(b1, b2, b3, b4, b5, b6, b7, b8, b9, b10, b11) + b12.

Compute B1314= mean(b13, b14).

Compute B1516=mean(b15, b16).

Compute Tani=sum(b1314, b1516, b17, b18, b19, b20).

Compute Yasam=sum (b21, b22, b23, b24, b25, b26, b27,b28, b29, b30, b31).

Compute Crav=sum(b30, b32, b33, b34).

Compute Motiv=sum (b35, b36, b37).

Compute bapitotal=mady / 2 + tani / 6 + yasam / 10 + motiv / 3 + crav / 4.

Syntax ile oluşturulan SPSS değişken isimlerinin açıklaması

Mady=Madde kullanım özellikleri

Tani=Tanı

Yasam= Yaşam üstüne etkileri

Crav= Şiddetli istek

Motiv= Motivasyon

EK-4 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)

Bu testte sık sık geçen "ruhsal hastalık" terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır.

Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer;

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

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

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

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

EK-5 Rosenberg Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği

Adı Soyadı:

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

D – 1

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

Ek-6 Bandırma Onyedİ Eylöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişİmsel Olmayan Araştİrmalar Etik Kurulu’ndan Etik Kurul Onayı

T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÖL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR TUTANAĞI

KARAR: Etik Kurulumuzun 17.12.2021 tarihinde saat 14:00’te yapılan 2021-30 sayılı toplantısında Doç. Dr. Latife UTAŞ AKHAN danışmanlığında Hande Tuğçe DEMİRCİ tarafından yürütölmesi planlanan 2021-71 başvuru sayılı “Alkol ve Madde Bağımlılığı Olan Bireylere Uygulanan Psikoegİtİmin İçselleştirİlmİş Damgalama ve Benlik Saygısı Dölzeyine Etkisi” konulu çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ

Başkan

Doç. Dr. Yıldı Arzu ABA

Üye (İzinli)

Doç. Dr. Latife U.AKHAN

Üye

Doç. Dr. Kevser T. SELÇUK

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Burçin AKÇAY

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Ekrem SEVİM

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Cennet G. DEMİR

Üye

Ek-7 Psikoeğitimin Programının İçeriği

1. Oturum: Tanışma, araştırma ve program hakkında bilgi verme

Oturumun içeriği şu şekildedir:

- Araştırmacının kendini tanıtmayı, hastalar ile tanışma,
- Araştırmanın amacı hakkında bilgi verme,
- Araştırmada kullanılacak ölçekler hakkında bilgi verme,
- Psikoeğitim programının içeriğiyle ilgili bilgi verme
- Psikoeğitim programının yapılacağı yer ve zaman hakkında bilgilendirme

Bu oturumda her hasta ile bireysel olarak görüşülmüştür. Araştırmacı önce kendini tanıtmıştır ardından hastaya; araştırmanın amacı, araştırmada kullanılacak ölçekler ve psikoeğitim programının kaç oturum olduğu, içeriği hakkında bilgi vermiştir.

2. Oturum: Alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı ve hastalık süreci hakkında bilgi verme

Oturumun içeriği şu şekildedir:

- Bağımlılığın tanımı
- Beyin ve bağımlılık ilişkisi
- Alkol ve madde kullanım bozukluğunun tanımı
- Alkol ve madde kullanım bozukluğu belirtileri
- Alkol ve madde kullanımının sebep olduğu sorunlar
- İlaç tedavisi, önemi ve yan etkiler hakkında bilgilendirme

Bu oturum konuları hakkında bilgi verilirken, hastalardan da alkol ve maddeye başlama, ne zaman alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı aldıkları, belirtileri, hastalık süreci açısından kendi yaşadıkları ile örneklendirmeleri istenmiştir. Hastaların tedavisinde kullanılan ilaçlar ve oluşabilecek yan etkiler hakkında genel bir bilgilendirme yapılmıştır. Oturum sonunda hastalara oturumlara devam konusu ve sonraki oturumların zamanı hakkında bilgi verilmiştir.

3. Oturum: Motivasyon kazandırma

Oturumun içeriği şu şekildedir:

- Motivasyon tanımı
- Motivasyon ve çaba üzerine tartışma
- Motivasyon üzerine bir vaka örneği
- Tedavi sürecinde motivasyonun önemi
- Motivasyon arttırmak için yapılabilecekler hakkında tartışma ve bilgi verme

Bu oturumda bilgi verildikten sonra her bireye motivasyon kaynaklarının neler olduğu ya da neler olabileceği sorulmuştur. Özellikle tedavi sürecinde motivasyon arttırmaya yönelik (başta kolay olabilecek hedefler belirleme ve bu hedefleri gerçekleştirme, akran ve aile desteği, destek gruplarına katılma- Adsız Alkolikler ve Adsız Narkotikler gibi) yapılabilecekler hakkında hastalarla karşılıklı olarak konuşulmuştur.

4. Oturum: Damgalama-Damgalanma (Stigma) Hakkında Bilgilendirme

Oturumun içeriği şu şekildedir:

- Damgalama-Damgalanmanın tanımı
- Damgalanmanın türleri
- Toplumsal damgalanmanın tanımı
- Toplumsal damgalama-Damgalanmanın nedenleri
- Damgalanma ve bağımlılık
- Toplumsal damgalanmaya yönelik yapılabilecekler
- Hastaların karşılaştıkları damgalanma tutumları hakkında konuşma

Hastaların damgalanma ile karşılaştıklarında düşünceleri, duyguları ve davranışları üzerine konuşma, örneklendirme
Bu oturuma başlamadan önce bir önceki oturum hakkında kısa bir tekrar yapılmış, hastalara soru ya da paylaşmak istedikleri bir konu olup olmadığı sorulmuştur. Sonrasında damgalama hakkında bilgi verilmiş ve kimlerin en çok damgalanmaya maruz kaldığı anlatılmıştır. Ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik kullanılan damgalama cümleleri birkaç örnek olarak açıklanmıştır. Hastalardan da toplum içinde karşılaştıkları damgalayıcı tutumları grupta paylaşımları istenmiştir. Oturumun sonunda toplumsal damgalama ile nasıl mücadele edilebileceği üzerine hastalarla beraber tartışılmış ve hastalara toplumsal damgalama ile mücadele yaklaşımlarına yönelik (yazma kampanyaları, eğitim, yakın çevreyi hastalık hakkında bilgilendirme) bilgi verilmiştir.
5. Oturum: İçselleştirilmiş Damgalamayı Tanıma ve İçselleştirilmiş Damgalama ile Başa Çıkma Oturum içeriği şu şekildedir: - İçselleştirilmiş/Kendi-kendine damgalamanın tanımı - İçselleştirilmiş/Kendi-kendine damgalamanın nedenleri hakkında bilgi verme - İçselleştirilmiş/Kendi-kendine damgalamanın hasta üzerine etkileri hakkında konuşma - Suçluluk ve utanç kavramlarının tanımı - Hastaların içselleştirilmiş damgalamaya yönelik düşünce, duygu ve deneyimlerini paylaşması - İçselleştirilmiş damgalamaya yönelik baş etme becerilerini öğretme Bu oturumda içselleştirilmiş damgalamanın tanımı yapılmış ve ruhsal hastalıklarla ilgili kalıp yargılar ve gerçekler hakkında bilgi verilmiştir. Hastalardan kendi kendilerine damgalamaya yönelik deneyimlerini, kendilerine ve hastalıklarına yönelik olumsuz ve olumlu tutumlarını paylaşımları istenmiştir. Paylaşımlar sonucunda kişisel diyalogu olumlu ifadeler kullanarak olumsuzdan olumluya çevirme hakkında bilgi verilmiş ve örneklendirilmiştir. Daha sonrasında kendini kabullenme ve arkadaş ve aileden destek alma gibi baş etme becerileri hakkında bilgi verilmiş ve hastalardan geri bildirim alınmıştır.
6. Oturum: İyileşmek için gereken değişim adımları Oturumun içeriği şu şekildedir: - Alkol ve madde kullanım bozukluğunda iyileşme dönemi - Davranışların hayata etkisi hakkında konuşma - Atılganlık (assertive) davranış - Atılgan, pasif ve agresif birey tanımı - Atılgan davranışın kazandırdıkları hakkında bilgi verme Bu oturuma iyileşme dönemi (yoksunluk dönemi, coşkunsuzluk dönemi, sıkılma dönemi, yeni hayat dönemi) hakkında bilgi verilerek başlanmıştır. Hastalardan tek tek iyileşme dönemi için ne düşündüklerini ve neler planladıklarını paylaşımları istenmiştir. Davranışların hayata olan etkisi hakkında açıklamalar yapılmıştır. Daha sonra, atılganlık (assertive) davranış; atılgan, pasif ve agresif birey özellikleri tanımlanmıştır. Atılganlıkta yer alan temel kavramlar (yardım isteyebilme, reddedebilme-hayır diyebilme, olumlu spontan duyguları ifade edebilme) hakkında bilgi verilmiş ve bireylerin bu kavramlardan hangisinde zorlanabileceğine dair geri bildirim vermeleri istenmiştir. Ardından bir insanın sahip olduğu kişisel haklar hakkında (örneğin, kendi fikir, değer, inanç ve duygularımıza sahip çıkma hakkı gibi) bilgi verilmiştir. Atılgan davranışın hayata kazandırabilecekleri hakkında bilgi verilmiş ve oturum sonunda hastalardan bu konu ile ilgili düşüncelerini paylaşımları istenmiştir.
7. Oturum: Benlik saygısının tanımı

Oturumun içeriği şu şekildedir: • Benlik kavramının tanımı • İdeal benlik ve gerçek benlik tanımı, benlik farklılığı hakkında bilgi verme • Benlik saygısının tanımı • Benlik saygısının önemi • Düşük benlik saygısı olan birey özellikleri • Yüksek benlik saygısı olan birey özellikleri
Bu oturumda benlik kavramı ve benlik saygısı hakkında bilgi verilmiştir. Düşük ve yüksek benlik saygısı olan birey özellikleri tanımlanmıştır. Hastalardan benlik saygısı ile ilgili düşünceleri hakkında geri bildirim vermeleri istenmiştir.
8. Oturum: Benlik saygısı için gereken değişim adımları • Benlik saygısının temel ilkeleri • Benlik saygısını artırma becerilerini öğretme
Bu oturumda benlik saygısının temel ilkeleri hakkında bilgi verilmiştir. Hastalara oturumun başında “<i>Benlik saygısı artırılabilir mi?</i>” diye sorulmuş ve her hastanın grupta görüşünü paylaşması istenmiştir. Hastalara benlik saygısını arttırmaya yönelik yapılabilecekler hakkında düşünceleri sorulmuştur. Sonra arttırmak için yapılabilecekler hakkında bilgi verilmiştir. (Benliğe yönelik olumsuz düşünceleri olumluya dönüştürme, kendini kabullenme, yetenekleri fark etme, geçmişe takılı kalmamak, suçlayıcı yaklaşımlardan uzak durmak).
9. Oturum: Rahatlatıcı teknikler • Nefes egzersizi • Gevşeme
Bu oturumda herhangi bir stres anında, aşırma durumunda ve uykuya dalamama, uyuyamama gibi durumlarda yapılabilecek rahatlatıcı teknikler hakkında bilgi verilmiştir. Nefes egzersizinde diyafram nefesinin önemi anlatılmıştır. 4-7-8 tekniği olarak bilinen nefes egzersizi hastalarla beraber uygulanmıştır. (4 saniye burundan diyafram nefesi alınır, 7 saniye nefes tutulur, 8 saniyede burundan tüm nefes vermeye çalışılır). Gevşeme egzersizinde, vücut kaslarını germe ve sonrasında rahatlatma egzersizi yapılmıştır. Hastalardan rahatlamak için neler yaptıklarını paylaşmaları istenmiştir.
10. Oturum: Değerlendirme ve sonlandırma • Hastalardan psikoeğitim programı hakkında geri bildirim alma • Son testlerin (ölçeklerin) uygulanması
Bu oturumda psikoeğitim programı hakkında hastalardan geri bildirim alınmış, duygu ve düşüncelerini paylaşmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Araştırmada kullanılan ölçekler (Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği ve RHİDÖ) tekrar uygulanmıştır. Hastalara, çalışmaya katıldıkları için teşekkür edilmiştir.

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Hande Tuğçe DEMİRCİ
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: Türkiye Cumhuriyeti
EĞİTİM	
Lise	: Açık Öğretim Lisesi- 2010/2014
Lisans	: Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi- Hemşirelik-2015/2019
Yüksek lisans	:
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Intermediate (Orta düzey)
MESLEKİ DENEYİM	
2021/Halen-Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türk Hemşireler Derneği	
YAYINLARI	