

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE**  
**TEDAVİ MOTİVASYONUNUN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE**  
**ALGINAN SOSYAL DESTEĞE GÖRE İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**  
**SENA NUR ULUKÖK**

**GAZİANTEP - 2021**

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE**  
**TEDAVİ MOTİVASYONUNUN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE**  
**ALGINAN SOSYAL DESTEĞE GÖRE İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**  
**SENA NUR ULUKÖK**

**TEZ DANIŞMANI**  
**PROF. DR. LEVENT SÜTÇİGİL**

**GAZİANTEP - 2021**

## **TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI**

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Tedavi Motivasyonunun İçselleştirilmiş Damgalanma ve Algılanan Sosyal Desteğe Göre İncelenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden olduğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

24 /08/2021

SENA NUR ULUKÖK

## ÖNSÖZ

Öncelikle çalışma sürecimde değerli desteklerini sunan sayın tez danışmanım Prof. Dr. Levent SÜTÇİGİL'e ve sayın hocamız Arş.Gör.Akif AVCU'ya; Mersin AMATEM'deki veri toplama sürecinde bana kıymetli vaktini ayıran ve desteğini esirgemeyen Mersin'deki alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ve bağımlılık alanında çalışan bizlerin en büyük şanslarından biri olarak gördüğüm saygıdeğer hocamız Uzm.Dr.Oğuzhan DOĞAN'a; tez gibi stresli bir süreçte yanımda olan ve her daim anlayış ile yaklaşmaya çalışan sevgili iş arkadaşlarım Mersin YEDAM ailesine; tez konumu belirlemekten tez teslim sürecine kadar her adımında bana yol gösteren ve sürecime katkılarını sunan, sabır, itina ve sevgi ile desteğini ve dostluğunu hiçbir zaman benden esirgemeyen, benimle birlikte gülüp benimle birlikte ağlayan, zaman zaman benimle birlikte sabahlayan kıymetli dostum ve meslektaşım, manevi kız kardeşim Eda YILMAZ'a; uzun yıllardır attığım her adımda yanımda olduğu gibi tez sürecimde de her daim yanımda olduğunu bildiğim, her bunaldığımda yanında nefes aldığım, manevi desteği ile bana güç veren sevgili dostum, kız kardeşim, meslektaşım Sevde BOYÇAY'a; tedavi süreçlerindeki değerli vakitlerini ayırarak sabır ile katılımda bulunan değerli katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

En önemlisi ise hayatım boyunca sevgi, destek ve inançlarımı benden hiçbir zaman esirgemeyen, ellerini her daim omzunda hissettiğim; sevgi, sabır ve inançları ile bana güç veren, tez sürecinde her zorlandığımda bana benden çok inanan bir tanecik anne ve babama maddi ve manevi tüm destekleri için sonsuz minnettarlıklarımı sunarım. Onların evladı olmaktan gurur duymaktayım.

## ÖZET

Bu çalışma, alkol madde kullanım bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ile algılanan sosyal desteğin tedavi motivasyonu ile ilişkisini ve bunlarla ilişkili bazı sosyodemografik değişkenleri incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini Mersin’de Çematem ve Amatem kliniklerinde ve Gaziantep Amatem kliniğinde 2021 yılında mart ve mayıs ayları arasında yatarak tedavi görmekte olan, araştırmaya dair bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş aralığındaki 102 hastadan oluşmaktadır. Çalışmada Sosyodemografik Veri Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Tedavi Motivasyonu Anketi veri toplamak amacı ile kullanılmıştır. Çalışmada toplanan veriler bağımsız örneklem t testi, ANOVA, Kruskal Wallis-H Testi ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon Analizi yöntemi, yordama düzeyini incelemek için ise Çoklu Regresyon Analizi yöntemi kullanılmıştır. Kullanılan madde türü ve yaşadıkları yere göre tedavi motivasyonlarının farklılaştığı araştırmada elde edilen bulgular arasındadır. Bunun yanı sıra aileden alınan sosyal desteğin bireylerin içsel motivasyon ve kişilerarası yardım arama düzeylerine, özel bir insandan alınan sosyal desteğin dışsal motivasyon düzeylerine, sosyal geri çekilmenin ise bireylerin içsel motivasyon düzeylerine pozitif yönlü anlamlı bir katkı sağladığı saptanmıştır. Ayrıca algılanan ayrımcılığın bireylerin kişilerarası yardım arama düzeylerine, kalıp yargıların onaylanma düzeylerinin ise arkadaştan alınan sosyal destek düzeylerine negatif yönde anlamlı bir katkı sağladığı görülmüştür.

**Anahtar kelimeler:** Amatem, İçselleştirilmiş Damgalanma, Algılanan Sosyal Destek, Alkol Bağımlılığı, Madde Bağımlılığı

## ABSTRACT

This research was made to analyze the relationship between perceived social support, internalized stigma and treatment motivation in patients with alcohol and substance use disorder and a few sociodemographic factors related to them. The sample of the study consists of 102 patients who are at 18-65 age range, inpatient in Mersin Çematem and Amatem Clinics and Gaziantep Amatem Clinic between March and May 2021. They were informed about the research and accepted to be part of it. Sociodemographic Data Form, Internalized Stigma Scale in Mental Illnesses, Multidimensional Perceived Social Support Scale and Treatment Motivation Questionnaire are used to collect data. T test, ANOVA, Kruskal Wallis-H test and Mann-Whitney U test were used in this research. Pearson Correlation Analysis method was used to determine the relationship between variables, and Multiple Regression Analysis method was used to determine the regression levels. The treatment motivation levels differ according to the type of substance used and the the place they live are among the findings of the study. It is stated a positive contribution social support from the family to the internal motivation and interpersonal help-seeking levels of individuals, social support from a special person to the extrinsic motivation levels, and social withdrawal contributed positively to the intrinsic motivation levels of the individuals. It is also stated a negative contribution individuals' interpersonal help seeking levels to perceived discrimination levels, social support levels received from friends to the approval levels of stereotypes.

**Key Words:** Amatem, Internalized Stigma, Perceived Social Support, Alcohol Dependents, Drug Addiction

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖNSÖZ.....	v
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.iv
İÇİNDEKİLER .....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR .....	xi
SİMGELER .....	xi

## BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Durumu.....	1
1.1.1. Problem Cümlesi.....	3
1.1.2. Alt Problemler.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Önemi.....	4
1.4. Araştırmanın Varsayımları.....	4
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	5
1.6. Tanımlar.....	5

## İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	6
2.1. Bağımlılık.....	6
2.1.1. Bağımlılığın Tanımı.....	6
2.1.2. Bağımlılığın Tarihçesi.....	7
2.1.3. Bağımlılığın Etiyolojisi.....	8
2.1.3.1. Biyolojik Etkenler.....	8
2.1.3.2. Psikolojik Etkenler.....	9
2.1.3.3. Sosyokültürel Etkenler.....	10

2.1.4. Bağımlılık Yapıcı Maddeler.....	12
2.1.4.1. Tütün ve Sigara.....	12
2.1.4.2. Alkol.....	12
2.1.4.3. Esrar (Cannabis).....	12
2.1.4.4. Ekstazi.....	13
2.1.4.5. Sentetik Kannabinoidler.....	13
2.1.4.6. Opioidler.....	13
2.1.4.7. Uçucu Madde.....	14
2.1.4.8. Kafein.....	14
2.1.4.9. Amfetaminler.....	14
2.1.4.10. Halüsinojenler – LSD.....	15
2.1.5. Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Ölçütleri.....	15
2.1.6. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi.....	16
2.1.7. Madde Kullanım Bozukluğu Tedavi.....	18
2.2. Algılanan Sosyal Destek.....	20
2.3. İçselleştirilmiş Damgalanma.....	21
2.4. Tedavi Motivasyonu.....	23

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

<b>YÖNTEM.....</b>	<b>25</b>
3.1. Evren ve Örneklem.....	25
3.1.1. Evren.....	25
3.1.2. Örneklem.....	25
3.2. Veri Toplama Araçları.....	25
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	25
3.2.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ).....	25
3.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	26
3.2.4. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA).....	26
3.3. Verilerin Analizi.....	27

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

<b>BULGULAR.....</b>	<b>29</b>
4.1. Güvenirlik Analizi.....	29
4.2. Demografik Bulgulara İlişkin Değerlendirme.....	30
4.3. Ölçeklere İlişkin Betimleyici Analizler.....	37
4.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanmaya Yönelik Bulgular.....	39
4.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteğe Yönelik Bulgular.....	47
4.6. Tedavi Motivasyonuna Yönelik Bulgular.....	53
4.7. Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular.....	60
4.8. Regresyon Analizine Yönelik Bulgular.....	65

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

<b>TARTIŞMA VE ÖNERİLER.....</b>	<b>75</b>
5.1. Tartışma.....	75
5.2. Öneriler.....	84
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>83</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>96</b>
Ek 1. ....	96
Ek 2. ....	98
Ek 3. ....	101
Ek 4. ....	103
Ek 5. ....	105
Ek 6. ....	106
Ek 7. ....	107
Ek 8. ....	108

## TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa No.
<b>Tablo 1.</b> Ölçek ve Alt Boyutların Çarpıklık ve Basıklık Değerleri.....	28
<b>Tablo 2.</b> Ölçeklere Alt Güvenirlik Analizi Bulguları.....	29
<b>Tablo 3.</b> Yaş Durumu Dağılımı.....	30
<b>Tablo 4.</b> Cinsiyet Durumu Dağılımı.....	30
<b>Tablo 5.</b> Eğitim Durumu Dağılımı.....	31
<b>Tablo 6.</b> Medeni Durum Dağılımı.....	31
<b>Tablo 7.</b> Çocuk Durumu Dağılımı.....	32
<b>Tablo 8.</b> Meslek Durumu Dağılımı.....	32
<b>Tablo 9.</b> Son 6 Aydır Düzenli Bir İşte Çalışma Durumu Dağılımı.....	32
<b>Tablo 10.</b> Yaşanılan Yer Dağılımı.....	32
<b>Tablo 11.</b> Anne Baba Birliktelik Durumu Dağılımı.....	33
<b>Tablo 12.</b> Annenizin Eğitim Durumu Dağılımı.....	33
<b>Tablo 13.</b> Babanızın Eğitim Durumu Dağılımı.....	33
<b>Tablo 14.</b> Aynı Evde Yaşama Durumu Dağılımı.....	34
<b>Tablo 15.</b> Birinci Dereceden Akrabalarda Madde Kullanma Durumu Dağılımı.....	34
<b>Tablo 16.</b> Kullanılan Maddenin Cinsi.....	35
<b>Tablo 17.</b> Alkol ve Madde ile İlgili Yasal Süreç Durumu Dağılımı.....	35
<b>Tablo 18.</b> Bağımlılık Dışında Herhangi Bir Psikiyatrik Tanı Dağılımı.....	35
<b>Tablo 19.</b> Yatışmanız Kimin İsteği ile Oldu.....	36
<b>Tablo 20.</b> Sosyal Destek Aldığınız Kimler Var.....	36

<b>Tablo 21.</b> AMATEM’de Yatılı Tedavi Sayısı.....	36
<b>Tablo 22.</b> Maddeye Başlama Nedeniniz.....	37
<b>Tablo 23.</b> Madde Kullanma Durumu Dağılımı.....	37
<b>Tablo 24.</b> Değişkenlere Yönelik Betimsel Analiz Sonuçları.....	38
<b>Tablo 25.</b> Yaşına Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	40
<b>Tablo 26.</b> Cinsiyetine Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	40
<b>Tablo 27.</b> Medeni Duruma Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu ...	41
<b>Tablo 28.</b> Çalışma Durumuna Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu.	42
<b>Tablo 29.</b> Şu An Yaşanılan Duruma Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu.....	42
<b>Tablo 30.</b> Anne Baba Birliktelik Durumuna Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	43
<b>Tablo 31.</b> Aynı Evde Yaşama Durumuna Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	44
<b>Tablo 32.</b> Kullanılan Maddenin Cinsine Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	45
<b>Tablo 33.</b> AMATEM’de Yatılı Sayısına Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	46
<b>Tablo 34.</b> Yaşına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek’ten Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	47
<b>Tablo 35.</b> Cinsiyete Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek’ten Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	48
<b>Tablo 36.</b> Medeni Duruma Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek’ten Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	48
<b>Tablo 37.</b> Çalışma Durumuna Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek’ten Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	49

<b>Tablo 38.</b> Şu An Yaşanılan Yere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek'ten Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	49
<b>Tablo 39.</b> Anne Baba Birliktelik Durumuna Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek'ten Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	50
<b>Tablo 40.</b> Aynı Evde Yaşama Durumuna Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek'ten Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	51
<b>Tablo 41.</b> Kullanılan Maddenin Cinsine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek'ten Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	52
<b>Tablo 42.</b> AMATEM'de Yatılı Sayısına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek'ten Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	53
<b>Tablo 43.</b> Yaşına Göre Tedavi Motivasyonu'ndan Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu.....	54
<b>Tablo 44.</b> Cinsiyete Göre Tedavi Motivasyonu'ndan Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	54
<b>Tablo 45.</b> Medeni Duruma Göre Tedavi Motivasyonu'ndan Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	55
<b>Tablo 46.</b> Çalışma Durumuna Göre Tedavi Motivasyonu'ndan Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	55
<b>Tablo 47.</b> Şu An Yaşanılan Yere Göre Tedavi Motivasyonu'ndan Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	56
<b>Tablo 48.</b> Anne Baba Birliktelik Durumuna Göre Tedavi Motivasyonu'ndan Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	57
<b>Tablo 49.</b> Aynı Evde Yaşama Durumuna Göre Tedavi Motivasyonu'ndan Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	58
<b>Tablo 50.</b> Kullanılan Maddenin Cinsine Göre Tedavi Motivasyonu'ndan Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	59
<b>Tablo 51.</b> AMATEM'de Yatılı Tedavi Sayısına Göre Tedavi Motivasyonu'ndan Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu .....	60
<b>Tablo 52.</b> Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....	62

<b>Tablo 53.</b> Aileden Alınan Sosyal Desteğin ve Özel İnsandan Alınan Sosyal Desteğin İçsel Motivasyon Üzerindeki Etkisi.....	66
<b>Tablo 54.</b> Özel İnsandan Alınan Sosyal Desteğin Dışsal Motivasyon Üzerindeki Etkisi.....	68
<b>Tablo 55.</b> Aileden Alınan Sosyal Desteğin Kişilerarası Yardım Arama Üzerindeki Etkisi.....	68
<b>Tablo 56.</b> Aileden Alınan Sosyal Desteğin ve Özel İnsandan Alınan Sosyal Desteğin Tedaviye Güven Üzerindeki Etkisi.....	69
<b>Tablo 57.</b> Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilmenin İçsel Motivasyon Üzerindeki Etkisi.....	69
<b>Tablo 58.</b> Algılanan Ayrımcılığın Kişilerarası Yardım Arama Üzerindeki Etkisi.....	70
<b>Tablo 59.</b> Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilmenin Tedaviye Güven Üzerindeki Etkisi.....	70
<b>Tablo 60.</b> Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilmenin Aileden Alınan Sosyal Destek Üzerindeki Etkisi.....	70
<b>Tablo 61.</b> Kalıp Yargıların Onaylanmasının Arkadaştan Alınan Sosyal Destek Üzerindeki Etkisi.....	72
<b>Tablo 62.</b> Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme, Damgalanmaya Karşı Direncinin Özel İnsan Desteğinin Üzerindeki Etkisi.....	72

## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>THC</b>	: Delta-9-tetra hydo cannabinol
<b>MDMA</b>	: Metilen Dioksi Metamfetamin
<b>LSD</b>	: D-Liserjik Asit Dietilamit
<b>DSM-5</b>	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>UNODC</b>	: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Dairesi
<b>TUBİM</b>	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
<b>AIDS</b>	: Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu
<b>AMATEM</b>	: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi
<b>ÇEMATEM</b>	: Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
<b>RHİDÖ</b>	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
<b>ÇBASDÖ</b>	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
<b>TMA</b>	: Tedavi Motivasyonu Anketi
<b>İM</b>	: İçsel Motivasyon
<b>DM</b>	: Dışsal Motivasyon
<b>KYA</b>	: Kişilerarası Yardım Arama
<b>TG</b>	: Tedaviye Güven
<b>ANOVA</b>	: Tek Yönlü Varyans Analizi

# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

### 1.1. Problem Durumu

Madde kullanımı ve bağımlılık dünyanın birçok ülkesinde ciddi bir ekonomik ve toplumsal sorun olarak görülmektedir, bunun yanı sıra önemli problemlere yol açmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Alkol-madde kullanım bozukluğunun dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de giderek artan bir halk sorunu olduğu bilinmektedir (Uluğ, 1997). Madde kullanım bozukluğunun kişisel sağlığı tehdit etmesinin yanı sıra aile hayatını, halk güvenliğini ve ekonomiyi ciddi boyutlarda olumsuz etkilemesi, son derece yıkıcı ve masraflı bir toplumsal hastalık olması gibi nedenler ile birlikte toplumda kullanım yaygınlığının gün geçtikçe artması bu bozukluklar üzerine ilginin son yıllarda yoğunlaşmasına neden olmaktadır (Gezek, 2007).

Damgalanma, bireylerin durumunun kötüleşmesine neden olmaktadır ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Link ve Phelan, 2006; Schomerus vd., 2010). Damgalanmaya dair algının yüksek oranda görüldüğü gruplar madde-ilaç kullanım bozukluğu olan bireyler, alkol kullanım bozukluğu olan bireyler ve şizofreni hastaları olarak sıralanmaktadır (Ersoy ve Varan, 2007; Taşkın, 2007; Brohan vd., 2010). Madde kullanımına damgalama açısından bakıldığında toplumun madde kullanımına ve bağımlılığa dair bakış açısının olumlu olmadığı bilinen bir durumdur. Madde bağımlılığı psikiyatrik bir bozukluk olmasına rağmen psikiyatrik rahatsızlıklardan ayrı tutularak madde bağımlılığında çok daha yoğun bir şekilde damgalanmanın söz konusu olduğu bilinmektedir ve bu düşüncelerin değiştirilebilmesinin kolay olmadığı bilinmektedir (Becker vd., 1997). 19. Yüzyılda madde bağımlılığı olan kişiler suçlu veya günahkar olarak nitelendirilirken madde bağımlılığı olan kişilerin hasta olarak kabul görmeye başlanması ise bilimsel gelişmeler ve sosyal reformlar ile 1951 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) madde bağımlılığını hastalık olarak değerlendirilmesi ile olmuştur (Ayvayışık, 2009). Ancak yasadışı madde kullanıcıları durumlarından ötürü genellikle başkaları tarafından suçlanmaktadırlar. Bu bireyler kötü, tehlikeli ve sorumsuz gibi olumsuz kalıplar ile ilişkilendirilmelerinden dolayı alkolik veya bağımlı olarak toplum tarafından etiketlenmektedirler (Williams ve Parker, 2001).

Toplumda farklı oldukları düşünüldüğü için damgalanan kişiler olumsuz özelliklerle imgenenmektedirler ve zaman ile bir gruba dahi iseler o gruptan uzaklaştırılıp soyutlanması için çaba harcanmaktadır veya kişiler kendi hallerine terk edilmektedirler (Özmen vd., 2007). İçselleştirilmiş damgalanma ise bireyin içinde bulunduğu duruma dair toplumun olumsuz kalıp

yargılarını benimseyerek onlarla aynı fikirde olmasını ve kendisini damgalamasını ifade etmektedir (Corrigan, 1998). Literatüre bakıldığında içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri yüksek olan kişilerin tedaviye başvurma oranlarının (Link vd., 1997) ve tedaviye dair uyumlarının düşmekte (Becker, 1997) olduğu görülmektedir. Aynı zamanda damgalanmanın bireylerin tedavi alma girişimlerinin ve tedaviden alınan faydanın azalmasına neden olduğu açıklanmaktadır (Mosanya vd., 2014; Corrigan, 2004).

“İçselleştirilmiş damgalamanın, hastanın psikososyal ve psikiyatrik tedaviye dahil olmasında, rehabilitasyonu için iş birliği yapmasında etkili bir rolü olduğu ancak damgalanmanın içselleştirilmesinin etkisi ile hastada depresiflik ve umutsuzluğa dair belirtiler görülmesinden ötürü hastanın tedaviye başlamaya dair motivasyon eksikliği hissetmesine neden olduğu saptanmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma hastanın tedavi sürecinde ilaçlara ve tedaviye beklenen yanıtı verememesine, klinik durumunun bozulmasına ve var olan belirtilerinin şiddetinin daha da artmasına neden olmaktadır. Tedaviye uyumda içselleştirilmiş damgalanmaya dair başa çıkma stratejileri önemli bir rol oynamaktadır.” (Corrigan vd., 2004; Fung ve Chan, 2010).

Madde kullanımı olan bireyler toplumsal rollerini ve sorumluluklarını yerine getirmekte zorlandıkları için bireylerinin zamanla toplumla olan ilişkilerinin ve bağlarının zayıfladığı görülmektedir (Doğan, 2001, s. 80). Olumsuz bir yaşam tecrübesi söz konusuysen fiziksel, sosyal, psikolojik destek ve bilgi sağlayan birine sahip olmanın özdeğer ve kişinin kendini güvende hissetmesi adına olumlu etkilere sahip olduğu görülmektedir (Marini vd., 2006). Algılanan sosyal destek, bireylerin iyileşme çabalarına yardımcı olma ve hastalığa teslim olmayı engelleme gücüne sahiptir. Bu özellikle arınma ve rehabilitasyon dönemindeki, yatarak tedavi görmekte olan veya ayaktan tedavi olmaya geçiş aşamasındaki kişiler için kritik bir durumdur (Brooks vd., 2016).

Literatürde madde bağımlılığı ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiye dair araştırmalara bakıldığında algılanan sosyal destek düzeyinin düşük olmasının madde kullanımı ve bağımlılığı bakımından risk oluşturduğu (Richter vd., 1991; Kraaij vd., 2003; Cleveland vd., 2008; Turhan vd., 2011); algılanan sosyal desteğin ve sosyal ilişki kalitesinin yüksek olmasının alkol/madde kullanım ve bağımlılık tedavisine dair olumlu katkılarının olduğu (Richter vd., 1991; Moos ve King, 1997; Resnick vd., 1997; Dodge ve Potocky, 2000; Salmon vd., 2000; Ellis vd., 2004; Bal, 2010; Saleem vd., 2013; Kaplanhan, 2015) görülmektedir.

Motivasyon, bağımlılık için diğer birçok hastalığın tedavisinde olduğundan daha kritik bir rol oynamaktadır. Motivasyon, hastaların tedavi olanaklarını aramaya, tedavinin gerekliliklerini yerine getirmeye ve uzun vadeli değişiklikler yaparak beklenen sonucu alıp başarılı olmaya yönlendiren bir faktördür (DiClemente vd.,1997). Alkol ve madde kullanımı açısından bireyler maddeden kaynaklanan zararı fark edip geri adım atmak istese dahi bunu tam olarak yapamamaktadır. Bağımlılık tedavisinde kullanmayı bırakma arzusu ve tedavi motivasyonu oldukça belirleyici faktörlerdir (Cox, Pothod ve Hosier, 2007). Madde kullanım bozukluğuna dahil bireylerin yaşadıkları olumsuzluk durumların birçoğunun başarılı bir tedavi programında bulunmaları halinde düzeldiği araştırmalarca ortaya konulmuştur (Yüncü vd., 2009). Ancak ülkemizde madde kullanım bozukluğuna sahip bireylere yönelik yapılan araştırmada madde kullanıcılarının ve yakınlarının tedaviye dair umutlu olmadıklarının, tedaviyi neredeyse imkansız gördüklerinin ve tedavi arayışının çok düşük olduğunun bilinmektedir (Ögel, 2002).

Türkiye'deki literatürde alkol ve madde bağımlılarında içselleştirilmiş damgalanma ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmaya bakıldığında Ektiricioğlu(2016) ve Bozdağ ile Çuhadar(2021) içselleştirilmiş damgalanma arttıkça tedavi motivasyonunun da arttığını ortaya koymuşken Akdağ ve arkadaşları(2018) tarafından yapılan bir çalışmada ise içselleştirilmiş damgalanma ile tedavi motivasyonu arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunamadığı görülmektedir. Çalışmamızın bulgularının ülkemiz literatürüne katkı açısından bu yönde önemli olabileceği düşünülmektedir.

### **1.1.1.Problem Cümlesi**

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde tedavi motivasyonu içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal desteğe göre farklılaşmakta mıdır?

### **1.1.2.Alt Problemler**

1.Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde tedavi motivasyonları ile içselleştirilmiş damgalanma ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

1.1.Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde tedavi motivasyonu ile içselleştirilmiş damgalanma arasında ilişki var mıdır?

1.2.Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde tedavi motivasyonu ile algılanan sosyal destek arasında ilişki var mıdır?

1.3.Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ile algılanan sosyal destek arasında ilişki var mıdır?

2. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde ile içselleştirilmiş damgalanma ile sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, anne-babanın birliktelik durumu, birlikte yaşadığı kişiler, tercih maddesi, şu an yaşanan yer, hastanede yatış sayısı) arasında anlamlı farklılıklar var mıdır?

3. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde ile algılanan sosyal destek ile sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, anne-babanın birliktelik durumu, birlikte yaşadığı kişiler, tercih maddesi, şu an yaşanan yer, hastanede yatış sayısı) arasında anlamlı farklılıklar var mıdır?

4. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde ile tedavi motivasyonları ile sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, anne-babanın birliktelik durumu, birlikte yaşadığı kişiler, tercih maddesi, şu an yaşanan yer, hastanede yatış sayısı) arasında anlamlı farklılıklar var mıdır?

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, alkol madde kullanım bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ile algılanan sosyal desteğin tedavi motivasyonu ile ilişkisini ve bunlarla ilişkili sosyodemografik değişkenleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, anne-babanın varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, tercih maddesi, hastanede yatış sayısı, şu an yaşanan yer) incelemek amacıyla yapılmaktadır.

## **1.3.Araştırmanın Önemi**

Yapılan literatür taramaları sonucunda alkol madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerde tedavi motivasyonuna dair ülkemizde gerçekleştirilen araştırmaların sayısının fazla olmadığı görülmüştür. Özellikle içselleştirilmiş damgalama, algılanan sosyal destek ve tedavi motivasyonunu alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylere dair bir arada ele alan bir araştırma bulunamamıştır. İlişkili faktörlerin bulunmasının bireylerin tedavi motivasyonunun arttırılması adına yaklaşımlar geliştirmeyi sağlamasını beklemektedir.

## **1.4.Araştırmanın Varsayımları**

a) Katılımcıların, veri toplama araçlarındaki sorulara samimi ve doğru cevaplar verdikleri varsayılmaktadır.

b) Veri toplama araçlarındaki soruların, konuya açıklık getirecek yeterlilikte olduğu kabul edilmektedir.

c) Kullanılan istatistiksel yöntem ve analizlerin yeterli ve geçerli olduğu kabul edilmektedir.

### **1.5.Araştırmanın Sınırlılıkları**

a) Veriler katılımcıların anket formundaki sorulara verecekleri cevaplarla sınırlıdır.

b) Pandemi döneminde Amatem'e yatan hasta sayısının kısıtlılığı nedeni ile araştırma 102 katılımcı ile gerçekleştirilebilmiştir.

c) Tedavi sürecinde olan ve ulaşılabilen kadın alkol ve madde kullanımı olan birey sayısı erkek katılımcı oranına göre oldukça azdır.

d) Çalışmadaki verilerin sadece üç hastaneden elde edilmesi araştırmanın sınırlılığıdır.

### **1.6.Tanımlar**

**Bağımlılık:** Bireyin bir olguya veya nesneye karşı arzu duyması ile birlikte psikososyal anlamda hayatında problemler ortaya çıkarmasına rağmen kullanıma devam etme durumuna neden olan bireyin bir süre belirli bir madde etkisi altına girme durumudur (Shaffer, 1999).

**İçselleştirilmiş Damgalama:** Var olan olumsuz kalıp yargıları bireyin kendisine yüklemesi ile ortaya çıkan geri çekilme, gizlilik, ayıplama ve değer kaybıdır (Corrigan, 1998).

**Algılanan Sosyal Destek:** Kişinin sosyal çevresine dair bağın bilişsel olarak değerlendirilmesidir (Barrera, 1986).

## İKİNCİ BÖLÜM

### KAVRAMSAL ÇERÇEVE

#### 2.1.BAĞIMLILIK

##### 2.1.1.Bağımlılığın Tanımı

İnsanlar yaşamsal deneyimlerine göre bazı nesnelere, olgulara, maddelere veya davranışlara karşı heyecan ve ilgi duymaktadırlar. Heyecan ve ilgi duyma ise zaman ile kişileri esir alarak bağımlılığın ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bağımlılık, kişinin hayatındaki olumsuz etkilerini görmesine rağmen belirli bir maddenin alımının ya da bir davranışın devam ettirilmesine yönelik eğilim veya kuvvetli istek olarak tanımlanabilmektedir (Hollen, 2009). Diğer bir tanıma göre ise bağımlılık; sağlıksal, kişisel veya sosyal anlamda problem yaşama riskini arttıran ve tekrarlayan davranışlar bütünüdür. Kişinin kullanımını sınırlandırmaya, azaltmaya çalışmasına rağmen başarılı olamayıp iradeyi kontrol altına alamaması ile birlikte davranışı devam ettirmesidir (Marlatt, 1988).

Kimyasal yapıları nedeni ile fiziksel, ruhsal, toplumsal ve yasal sorunlara yol açtığı bilinen bağımlılık yapıcı uyuşturucu ve uyarıcı madde ve ilaçlar, öncelik ile merkezi sinir sistemine etki ederek kişinin algısına, belleğine, dikkat ve düşünce gibi zihinsel işlevlerine etki ederek duygu ve davranışlarının değişmesine neden olmaktadır. Ancak benzer etkilerde bulunmasına rağmen tıp alanında tedavi amacı ile kullanılan ve kişinin bozulan davranışını düzenleme anlamında fayda sağladığı bilinen bazı ilaçlar da vardır. Bundan ötürü kişinin bozulan davranışı ile alakalı düzenleme yapması amacı ile kullanılan benzer maddeler “ilaç” olarak adlandırılabilirken tedavi amacı ile alınmayıp kişinin normal davranışlarının bozulmasına neden olanlara ise “madde” denilmektedir (Sayım, 2000).

Maddelere karşı iki tür bağımlılığın geliştiği bilinmektedir. Bunlardan ilki olan fiziksel bağımlılık, vücudun maddeye dair yeni bir denge oluşturup madde kullanılmadığı zamanlarda yoksunluk belirtilerinin görüldüğü fizyolojik durum olarak tanımlanmaktadır, çoğu zaman bu belirtilere psikolojik belirtilerin de eşlik ettiği bilinmektedir. Diğer bağımlılık türü olan psikolojik bağımlılık ise maddeyi almaya dair devam etme arayışı ile kendini göstermektedir (Uzbay, 1996).

**Psikolojik bağımlılıkta;** maddenin tekrardan kullanımını için normalin üstünde bir istek söz konusudur ancak alınan dozun arttırılmasına ihtiyaç duyulmamakla birlikte maddenin zararlarının kişinin sınırlarını aşmamış halde bulunduğu görülmektedir. Psikolojik bağımlılıkta

madde fizyolojik bağımlılık yapmamış olduğu için yoksunluk belirtileri ve tolerans görülmemektedir (Köknel, 1978). Psikolojik bağımlılık diğer bir ifadeyle kişinin duygu durumu veya kişilik yapısı dolayısıyla gereksinimlerini karşılama ile birlikte maddeye düşkünlüğü olarak tanımlanabilmektedir (Coşkun, 2008).

**Fiziksel bağımlılıkta;** kullanılan maddenin miktarı bir süre sonra yetmemeye başlayıp maddenin dozunda zamanla artış görülür ve kullanılmayan zamanlarda vücutta yoksunluk belirtileri kendini göstermeye başlar. Fiziksel bağımlılığı psikolojik bağımlılıktan ayıran en önemli nokta fiziksel bağımlılıkta ciddi bir şekilde yoksunluk belirtilerinin var olmasıdır. Bu süreçlerle birlikte beyin de maddeye adapte olup normal bir şekilde görevini yerine getirememeye başlamaktadır. Madde ve alkol bağımlılığı fizyolojik bağımlılığa örnek olarak verilebilmektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2014).

### **2.1.2. Bağımlılığın Tarihçesi**

Bağımlılık kelimesinin “adamak” anlamına gelen Latince bir kelime olan “addicere” kelimesinden geldiği bilinmektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2014). Bağımlılığın tarihçesi araştırıldığında madde ve alkol alt kültürünün neredeyse insanlık tarihi kadar eskilere dayandığı görülmektedir (Köknel, 1998).

Alkol kullanımının tarihinin çok eskilere dayandığı bilinmektedir. Alkolün ilk olarak ortaya çıkması sekiz bin yıl önce ekmek yapmak amacıyla Mezopotamya halkının arpayı farklı ıslah etmesi ile olmuştur. Sümerler tarafından altı bin yıl önce Anadolu'nun ve İran'ın batı kısımlarında alkol tüketimin olduğu araştırmalarla ortaya çıkarılmıştır. Alkolün tarihte bazı toplumlar tarafından kutsal sayılması ile birlikte dini ritüellerde ve kutlamalarda da sıklıkla kullanıldığı bilinmektedir (Karaca, 2010).

Bağımlılık yapıcı maddelerin tarihsel arka planına bakıldığında MÖ 3. yüzyıla ait olduğu bilinen yazıtlarda afyona dair bilgilere rastlanmaktadır. MÖ 4. yüzyılda ise ilaç olarak kullanılma amacı ile Sümerliler ve Asurlular tarafından haşhaş yetiştiriciliği yapıldığı bilinmektedir. Çin hükümdarı Shennong'un yazmış olduğu M.Ö. 2700 yılına ait bitkiler kitabında kenevirde bahsedildiği görülmektedir (Ögel, 2010). Bunun yanında hint kenevirinin kaynatılarak çayının yapılmasıyla tıbbi amaç için kullanıldığı M.Ö. 2737 yılına ait bulgularda ortaya çıkmıştır (Yeğenoğlu, 1999).

İnsanlar tarafından keşfedilen afyonun tarihte ağrı ve acıyı dindirme, çocuklarda uyku problemine çözüm bulma amacı ile kullanıldığı bilinmektedir. Morfin, eroin ve kodein gibi

bağımlılık yapıcı maddelerin yapımında kullanıldığı bilinen afyonun üç bin yıl önce rahip hekimlerin yönetimine geçtiği görülmektedir (Babaoğlu, 1997). İnsanlarda aranmaya yol açtığı, insanların gerçeklik algısını yok ettiği ve baştan çıkarıcılığının bulunduğunu belirterek afyondan M.Ö. 5. yüzyılda uzak durulmasını söyleyen ilk kişinin Meloslu Diagoras olduğu bilinmektedir. Daha sonraki yıllarda afyon kullanıcılarının büyüler ile lanetlenerek ve diri diri ateşe atılarak kullanım ve bağımlılık ile mücadele edilmeye çalışıldığı 14. Yüzyıldaki kilise tutanaklarında görülmektedir (Kuştepe, 2017).

1860 yılında Amerika’da kullanılmaya başlayan ve koka bitkisinin yapraklarından elde edilen kokain ortaya çıkmasından kısa süre sonra Avrupa’da da yayılmaya başladığı görülmektedir. 1930’lu yıllarda ise sedatif, hiptonik, anksiyolitik ve amfetamin türevi ilaçların üretilmeye başlanması ile birlikte kullanımının da hızla yaygınlaştığı bilinmektedir. Bunlara ek olarak, tarihsel geçmişe bakıldığında İkinci Dünya Savaşı sonrasında bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımının oldukça artış gösterdiği görülmektedir (Yancar, 2005).

### **2.1.3.Bağımlılığın Etiyolojisi**

Bağımlılığın nedeninin kesin olarak belirlenememiş olmasından ötürü tek bir etkenden bahsetmek doğru olmamaktadır. Burada insanlarda sıklıkla gözlemlenmiş olan ve bağımlılıkta etkili olabileceği düşünülen etkenlerden bahsedilecektir; ancak kişiye bağlı olarak farklı etkenlerin söz konusu olabileceğini de belirtmek gerekmektedir (Ögel, 2001, s. 60).

#### **2.1.3.1. Biyolojik Etkenler**

Madde ve özellikle alkol bağımlılığı olan ailelerin çocuklarında bağımlılığı olmayan ailelere kıyasla daha fazla madde ve alkol bağımlılığı görülmektedir. Çocukların üvey olarak başka ailelere verilse dahi genetik anlamda yüksek riskte olduklarını çalışmalar göstermektedir. Bunların yanı sıra yapılan çalışmalarda genetik olarak maddelerin etkilerinin pekiştiriciliğinin aktarıldığı ve maddelerin toksik etkilerine karşı duyarlılıkta genetik etkilerin rolünün olduğu görülmektedir. Bağımlılığın gelişmesine dair genetik faktörlerin etkilerine dair bilgiler, çok sayıda ikiz ve evlat edinmeye yapılan dair aile çalışmaları ile desteklenmektedir (Le vd., 2016).

İkiz araştırmaları pek fazla olmamakla birlikte alkolizme dair çalışmalara bakıldığında tek yumurta ikizlerinde alkol bağımlılığının görülme oranının çift yumurta ikizlerine nazaran daha yüksek olduğu görülmektedir. Goodwin’in çalışmalarına bakıldığında alkolik babası olmayanlarda alkol bağımlılığının görülme oranı ile karşılaştırıldığında alkolik babası olan kişilerde alkol bağımlılığının görülme sıklığının (%18) ile 4 kat daha yüksek görüldüğü

çalışmalarca açıklanmaktadır; bunun için alkol bağımlısı babaları olan bireylerin yetiştiği kendi ailesi yahut başka bir ailenin yanında olmasının bir fark yaratmadığı görülmektedir. Alkol bağımlısı babaları olup evlat edinilen kızlarda ve kendi ailesinin yanında yetiştirilen alkol bağımlısı babaya sahip kızlarda alkolizm oranı alkol bağımlısı babası olmayan popülasyona göre 2-4 kat daha yüksek bulunmuştur (Andreasen ve Black, 1991, s. 356-367).

Alkol bağımlısı bireylerle yapılan aile çalışmalarına bakıldığında babalarının %50'sinin, erkek kardeşlerinin %30'unun, annelerin %6'sının, kız kardeşlerinin ise %3'ünün alkol bağımlısı olduğu bulunmuştur. Alkol bağımlısı bir babanın erkek çocuğunda alkolizm görülme oranının normal nüfusa göre 4-5 kat fazla olduğu görülmektedir (Rankin ve Ashley, 1992, s. 233-271).

Bir yıl içinde maddeye bağımlılık geliştirme riskinin erkekler için %1.7, kadınlar için ise %0.7 olduğu görülmektedir. Epidemiyolojik çalışmaların tamamında madde bağımlılığının yaşam boyu yaygınlık oranının erkeklerde anlamlı derecede fazla bulunduğu görülmektedir; bu durumun cinsiyetin biyolojik olarak etkisinden ziyade sosyal rollerle alakalı olduğu düşünülmektedir (Güleç ve Koroğlu, 1997, s. 299-321).

### **2.1.3.2. Psikolojik Etkenler**

Madde kullanım bozukluğuna yol açan psikolojik etkenler psikodinamik, davranışçı ve bilişsel kavramlar çerçevesinde ele alınmaktadır.

**Psikanalitik kurama** bakıldığında klasik psikanalitik kuram, toplum tarafından onay göremeyen bireylerin cinsel ve agresif dürtülere karşı savunma mekanizması olarak madde kullandıklarını belirtmektedir. Freud, insanların sigara morfin vb. bağımlılık yapıcı maddeleri birincil bağımlılık olarak varsayılan mastürbasyonun yerine koyduğunu ifade etmektedir (Freud, 1954). Diğer psikanalist kuramcılar ise alkolizmin oral döneme saplanma ile alakalı olarak çıktığını ve yavaş yavaş intihar etme yöntemi olarak gerçekleştiğini öne sürmektedirler (Menninger, 1938; Fenichel ve Rangell, 1995). Çağdaş psikanalitik kuramlarda ise bağımlılık oral dönemdeki bir saplanma olarak görülmeyip kişilerin utanç, suçluluk ve öfke gibi duygulara karşı bir uyum; ruhsal anlamdaki dengeyi korumaya yönelik ve savunma mekanizmalarını geliştirmeye yönelik bir çaba olarak görülmektedir. Bu nedenden ötürü kişiler nesnelere ile tutarlı ve gerçekçi ilişkiler kuramayıp kaygılardan kaçınmak amacı ile maddeye yönelmektedirler (Tosun, 2008).

**Davranışçı kuram** ise madde kullanım bozukluğunun nedeni olarak fizyolojik semptomlardan ziyade madde arama davranışına odaklanarak maddelerin olumlu pekiştireç olma niteliklerine ve zıt etkilerine değinmektedir. Bağımlılık yapıcı maddeler ilk kullanıldığı andan itibaren etki halindeyken kişilere olumlu yaşantısal etkiler (öfori, anksiyetenin azalması vb.) deneyimletmektedirler. Bu olumlu yaşantısal etkilerin ilerleyen zamanlar için olumlu bir pekiştireci olarak rol oynamasından ötürü madde kullanımına yol açan davranışların giderek sıklaştığı görülmektedir (Akgül, 2016). Diğer bir yandan madde kullanım artış ile zamanla oluşan sorumlulukların yerine getirilememesi, suçluluk hissi ve yoksunluk gibi olumsuz etkileri azaltma amacı ile bireyler negatif bir pekiştireç olarak madde kullanımını devam ettirmektedirler (Tiffany ve Conklin, 2000).

**Bilişsel kuramlarda** ise madde kullanım bozukluğunu biyolojik ve davranışsal kuramlardan farklı olarak bilgi işlemeye dair yaklaşım ile açıklamıştır. Madde kullanıldığında beyinde oluşan fiziksel etki ile madde kullanımına bağlı zihinsel süreçler arasında bir ilişkinin var olduğu görüşünü ileri sürmektedir. Farkındalık teorisi, alkol kullanan bireylerin öz farkındalık seviyelerinin düşerek kendi performanslarını değerlendirmede güçlük yaşadıklarını, bundan ötürü de alkol kullanımının artarak devam ettiğini ifade etmektedir. Bilişsel model aşermenin ise fiziksel bir ihtiyaçtan ziyade beynin işleme süreci ile ilgili olduğunu savunmaktadır (Tiffany ve Conklin, 2000).

### **2.1.3.3.Sosyokültürel Etkenler**

Madde kullanımını etkilediği bilinen sosyokültürel faktörler; maddenin kolay ulaşılabilirliği, toplumun tepki göstermesi, sosyal anlamda cezalandırılma (kullanımı önlemeye yönelik), sosyal çevre etkisi, uyuşturucu madde ticareti, sosyoekonomik düzey, arkadaş etkisi, algılanan akran kuralları, kültürel yaklaşımlar, din, aile ve kitle iletişim araçlarının etkisi olarak belirtilmektedir (Ögel, 2017).

Alkol bağımlılığın nedenleri arasında toplumsal faktörler oldukça büyük bir yer kapsamaktadır. Toplumsal ve dini anlamdan alkolün onaylanmadığı toplumlarda alkol bağımlılığı ile karşılaşma oranının daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra sosyoekonomik anlamda güçlü gruplarda alkol kullanım bozukluğu daha yüksek oranda görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

Madde kullanım oranının yüksek olması açısından ise düşük sosyoekonomik düzeyin bazı ülkelerde risk oluşturduğu bilinmektedir. Yüksek nüfusun olması ve yaşanan ülkenin fiziki şartlarının iyi olmamasının madde kullanımı açısından risk oluşturduğu araştırmalarca

ortaya konmuştur. Madde kullanımının yaygın olduğu ortamların da özellikle ergenlerde madde kullanım riskini arttırdığı görülmektedir (Ögel, 2014, s. 8). İçinde bulunulan topluma uyum sağlanamadığı takdirde bireyler, hüsrana ve yıkım yaşamaktadırlar. Yaşanılan bu duygulardan uzaklaşabilmek ve başa çıkabilmek amacı ile de maddeye başvurabilmektedirler (Ögel, 2010).

Ev ile sorun yaşayan ve kendileri ile benzer problemler yaşayan gruplara dahil olan ergenler için akran etkisinin madde kullanımı için büyük bir risk oluşturduğu bilinmektedir. Ebeveyn yaklaşımlarına karşı gelmek, aile ile inatlaşmak, kendilerini bir grup içerisinde ifade etmek, bazen de sosyal bir gruba dahil olabilme amacıyla sigara, alkol veya çeşitli maddeleri denedikleri ve sonrasında kullanım sıklığının da artarak bu maddelere bağımlılık geliştirdikleri görülmektedir. Ailede alkol veya madde kullanan bir bireyin olması da ergenlerin örnek alabilmesi veya maddeye erişimin kolay olması ile maddeye alışma sürecini kolaylaştırması açısından risk oluşturmaktadır (Sutherland, Cressey ve Luckenbill, 1992).

#### **2.1.3.4. Diğer Etkenler**

Alkol bağımlılarının önemli bir kısmının panik atak ya da sosyal fobisi olan kişilerden oluşup anksiyeteyi bastırmak amacıyla alkol kullandıkları gösterilmiştir. Opiyat bağımlılığının %90'lık bir kısmına ise başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği saptanmıştır. Bu psikiyatrik bozuklukların çoğunlukla depresyon, anksiyete bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu olduğu görülmektedir. Ayrıca madde kullanım bozukluğu olan kişilerde %15 oranında en az bir kere intihar girişiminin olduğu görülmektedir. Bu gibi nedenlerden ötürü alkol-madde kullanım bozukluğuna geniş bir çerçeveden bakmak gereklidir (Ögel, 2001, s. 74).

Kişilerin kendilerini farklı hissedip kimlik bulmaya ve seçimlerini belirlemeye çalıştıkları ergenlik döneminde bireylerin karşılaştıkları ve onları etkileyen yaşayış tarzı, müzik türü veya örnek model olarak aldıkları kişiler de bağımlılığın ortaya çıkması açısından belirleyici faktörler olabilmektedir. Bir dönem Afrika'da ortaya çıkan reggae müziğinin temsilcisi Bob Marley'in birçok ergene giyim tarzı ve içilen marijuana ile rol model olduğu görülmektedir. Ayrıca "bir kereden bir şey olmaz" düşüncesi ile birçok ergende vücudun maddeyi tolere etmesi ile de birlikte madde kullanımının artan miktarla ve sürekli hale geldiği görülmektedir (Atkin, 1990).

Reklamlar, kitle iletişim araçları ve sosyal medya da kişilerin alkol madde kullanımı açısından yönlendirilmesinde etkili olabilmektedir. Geçmişte yapılan tütün reklamları ile alakalı çalışmalara bakıldığında güçlü imaj oluşturmak amacıyla özellikle kaslı ve kuvvetli kovboy

modellerinin seçildiği görülmektedir. Alkol endüstrisi için ise etkili ve çarpıcı söz ve kelimelerin kullanılarak sosyalleşmenin bir aracı olarak gösterilme çabası, alkol kullanımının başlaması ve zamanla devamının getirilerek bağımlılığın gelişmesi açısından tetikleyici olabilmektedir (Connolly vd., 1994).

#### **2.1.4.Bağımlılık Yapıcı Maddeler**

Bağımlılık yapıcı maddeler denilince akla illegal maddeler gelse dahi bu maddeler arasında hekim tavsiyesi ile reçete edilen yasal maddeler de yer almaktadır. Hekim tavsiyesi ile kullanıldığında bağımlılık yapma ihtimalleri düşük olsa dahi belirtilen süre ve miktarın üstünde kullanılması durumunda bağımlılık yapma ihtimali söz konusu olmaktadır. Bu nedenden ötürü bu ilaçlar yasal olarak kontrollü bir şekilde kullanılabilir (Ögel, 2010, s. 2).

Bağımlılık yapıcı maddelerin sınıflandırılması şu şekilde olabilir:

##### **2.1.4.1.Tütün ve Sigara**

Hem yaş grubu açısından kullanılma oranı en yüksek olan bağımlılık yapıcı maddenin sigara olduğu bilinmektedir (Siyez, 2009, s. 79). Tütün kullanımı zararlı bir alışkanlık olarak bir tutku hissi ile birlikte en çok ölüme yol açan bağımlılık yapıcı maddedir (Saygılı, 2006, s. 96). Tütünün geçen yüzyılda yaklaşık 20 milyon insanın ölümüne yol açtığı bilinmektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2014, s. 51).

##### **2.1.4.2.Alkol**

Kimyasal ismi etanol olan alkolün mısır, alkol, meyve, patates ve pirinçten elde edildiği bilinmektedir. Alkolün %98'i karaciğer ile işlenmektedir. %10'u hava yolu ve idrar ile atılımı sağlanan alkolün geri kalanı ter, tükürük ve gözyaşı ile atılmaktadır (Ögel,2010, s. 17). Kanda %0.3-0.5 oranlarında alkol gevşeme ile birlikte başta dönme ve rahat nefes almaya neden olur. Alkolün kandaki oranı %10'a ulaşma ile birlikte motor ve duyu becerileri iyi çalışmaz, kandaki alkol oranının %40'a ulaşması ise ölüm ile sonuçlanabilmektedir (Atkinson vd., 2006, s. 206).

##### **2.1.4.3.Esrar (Cannabis)**

Esrar, cannabis sativa ismi verilen hint kenevirinin yeşil/kahverengi rengindeki sapı, tohumu ve yapraklarının karışımından meydana gelerek elde edilen ve son yıllarda kullanımı hızla artan bir maddedir. Delta-9-tetra hydro cannabiniol (THC) esrarın bağımlılık yapma gücü yüksek olan ana maddesidir. İnsan beyninde saptanan özel THC reseptörlerinin beynin ödül,

bilişsel kavrama, hafıza, motor beceriler ve acı algısı gibi işlevlerini etkilemekte olduğu bilinmektedir. Esrarın işleniş biçimine göre marijuana, gubar, ganja gibi farklı tipleri bulunmaktadır; ancak bu isimlerin dışında da toplumsal olarak farklı isimlerle adlandırılabilirler. Halk arasında kullanılan esrar tanımlamalarına örnek vermek gerekirse; mühür, plaka, anten, keyif, papatya, kaynar, derman, gonca, kına, lübnan, sarıkız, cigaralık, ilaç, gogo, mal, jelatin, kuru, sarma gibi isimler sayılabilir. Genellikle sigara şeklinde kullanılan sarılmış bir esrarda ortalama 0.5 gr ile 1 gr arası esrar bulunmakla birlikte bu miktarın içerisinde %20 ile %70 arası THC bulunmaktadır (Ögel, 2010, s. 24-25).

#### **2.1.4.4.Ekstazi**

Etkileri hem amfetamine hem de halüsinerjik maddelere benzeyen ekstazi, ağız yolu ile kullanılan temel etkileri enerji artışı, uyku ve yorgunluğu azaltıcı etkileri olan bir maddedir. MDMA (3,4-metilen dioksi metamfetamin) adı verilen bir amfetamin türü olan ekstazi; çok yüksek keyif hali, iştahta azalma, uykusuzluk, huzursuzluk hissi, midede bulantı, gerginlik, kan basıncı, vücut ısısı ve kalp atışında artış, stereotipik hareketlerde bulunma gibi fiziksel ve ruhsal bazı etkilere neden olmaktadır (Ögel, 2010, s. 47-48).

#### **2.1.4.5.Sentetik Kannabinoidler**

Kullanıcılar tarafından jam, jamaica, bonzai, sahte ot gibi isimlerle anılan son yıllarda özellikle genç kesimde kullanımı hızla artan sentetik kannabinoidlerin kullanıcılar tarafından kullanımının zararsız olduğuna dair bir algı oluşturulmaya çalışılsa dahi vücuda oldukça fazla zararları olan bir uyuşturucu türü olduğu yadsınmamaktadır. Sentetik kannabinoidler vücudun bilişsel faaliyetlerini etkileyerek mizaç ve algıda bozukluklara neden olmaktadır. Aynı zamanda bu maddelerin insan vücudunda bilişsel yetersizliklere neden olmakla birlikte anksiyete, paranoid düşünceler, kalp ritminde bozulma ve halüsinasyonlara neden oldukları da bilinmektedir (Kalyoncu ve ark., 2014, s. 150).

#### **2.1.4.6. Opioidler**

Güneydoğu Asya ve Orta Avrupa bölgelerinde daha sık yetiştirilen ancak dünyanın birçok bölgesinde yetişebilmek için elverişli olan “papaver somniferum”, haşhaşın Latince ismidir (Tarhan ve Nurmedov, 2011, s.199). Eroin, morfin, kodein, metadon ve afyon sakızı gibi maddeler bu bitkiden elde edilerek uyuşturucu madde olarak kullanılabilirler. Afyon, opium ve afyon benzeri maddelerin tamamı opioid olarak isimlendirilmektedirler.

Pakistan, İnan ve Afganistan haşaşının en çok yetiştiriciliğinin yapıldığı ölkeler olarak bilinmektedir (Ögel, 2010, s. 39).

Kökeni Güney Amerika toprakları olan koka bitkisinin yapraklarından elde edilen kokain tozu burna çekilerek, sigaraya sarılarak veya sulandırarak deri altına enjekte edilerek kullanılabilen bağımlılık oluşturma gücü yüksek bir maddedir (Kulaksızoğlu, 1998, s. 183). Morfinin yarı sentetik hali ise uyuşturucu madde olarak kullanılan eroindir (Köknel, 1998, s. 69). Morfinden altı kat kadar daha etkili olan eroin beyaz ve gri renktedir (Cenan, 2008, s. 37). Bağımlılık yapıcı maddeler arasında kullanıcılar tarafından da en üst bağımlılık maddesi ve en tehlikeli madde olarak görölen uyuşturucu türü eroindir (Babuna ve Bayhan, 2009, s. 213).

#### **2.1.4.7.Uçucu Maddeler**

Benzin, tiner ve yapıştırıcılar genç kitle tarafından kullanımının en yaygın olduğu bilinen uçucu maddelerdir. Uçucu maddelerin sıklıkla kullanılan türü, ölkelere göre değişkenlik göstermektedir. Brezilya’da en sık tercih edilen uçucu madde “lance perfume“ ismi ile bilinen eter kloroform iken Türkiye’de en sık tercih edilen uçucu maddenin boya tineri ve yapıştırıcılar olduğu görölmektedir (Ögel, 2010, s. 33).

Uçucu maddeler burundan çekilerek ya da torbadan solunarak kullanılmaktadır; bundan ötürü beyne ve diğer organlara ulaşımı kısa sürede gerçekteştirerek insan vücuduna ciddi fiziksel zararlar verip istenmeyen olumsuz durumlara neden olmaktadır. Aynı zamanda uçucu maddelerin kalp, akciğer, böbrek ve karaciğer gibi organların dokularında yıkıma sebep olduğu bilinip madde kullanımı devam ettirilirse dahi tekrardan bu organlarda doku onarımı olmadığı öğrenilmiştir. Uçucu maddelerin sanayi sektöründe kullanılan maddeler olmasından ötürü kolay ulaşılabilir ve fiyatının düşük olması gibi nedenler tehlikelilik boyutunu arttırmaktadır (Yılmaz, 2015, s. 68).

#### **2.1.4.8.Kafein**

Yaygın olarak kullanılan bir uyarıcı olan kafeinin bir diğer adı “trimethylxanthine”dir. Birçok bitkinin tohum ya da yapraklarından elde edilebilen kafein; çay yaprakları, kahve, kola tohumu ve kakao çekirdekleri de kafeinin kaynakları arasında sayılabilmektedirler. Günlük yaşantımızda da sıklıkla görebildiğimiz kola, kahve, çay, kahve ve çikolata gibi tüketim ürünlerinde de yer alan kafein, medikal bazı ilaçlarda da bulunabilmektedir (Ögel, 2010, s. 11).

#### **2.1.4.9. Amfetaminler**

İnsan vücudu tarafından salgılanabilen adrenaline benzer etkiye sahip olan sentetik maddeye amfetamin denilebilir (Tarhan ve Nurmedov, 2011, s. 210). Amfetaminin geçmişine bakıldığında 1930'lu yıllarda kullanılmaya başlanıp o yıllardan sonrasında bağımlılığına dair fikir sahibi olunabilmiştir. Günümüzde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve narkolepsi gibi hastalıklara dair tedavi edici olarak ilaçların içerisinde yer alabildiği bilinmektedir (Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, 2012, s. 175). Metilfenidat, metanfetamin, dekstroamfetamin gibi türler de amfetamin grubu içerisinde yer almaktadır. Ülkemizde uyarıcı ve zihni açan bir madde olarak bilinen amfetaminler, hareketliliği ve performansı arttıran, keyif hali oluşturan etkilerinden ötürü tercih edilmektedirler (Ögel, 2010, s. 57).

#### **2.1.4.10. Halüsinojenler – LSD**

Vücuda alındığı takdirde bütün vücut mukozaları tarafınca emilebilen ve alındıktan sonra bir saat boyunca etkisi görülebilen halüsinojenlerin tam ismi D-Liserjik Asit Dietilamit'tir (Kulaksızoğlu, 1998, s. 182). En çok halüsinasyon yaratan maddelerden birisi LSD, çavdar küfünün içerisinde yer alan Lisergic asitten elde edilmekte olup yarı sentetik ve güçlü uyuşturma özellikleri bulunan bir maddedir (Babuna ve Bayhan, 2009, s. 230). Toz halde yahut sıvı halinin diğer maddelere sindirilen hali ile bulunabilen LSD tadı ve kokusu olmayan beyaz renkli bir maddedir. Kullanım şekli ağızdan yutarak veya dil altına yerleştirip emilerek de olabilmektedir (Ögel, 2010, s. 59). Oldukça heterojen yapıda olan halüsinojenlerin etki mekanizmaları birbirinden farklıdır ve duygudurumda, düşüncede, algıda değişikliklere neden olmaktadır. Kullanan kişilerde etkileri her zaman aynı gözlemlenmeyen halüsinojenler, ilk kullanımdan ilerleyen kullanımlara doğru da etkisel olarak değişebilmektedir (Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, 2012, s. 181).

#### **2.1.5. Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Ölçütleri**

DSM-5'de alkol kullanıma dair bozuklukların 2 başlık altında incelendiği görülmektedir. Bu başlıklar alkol kullanım bozuklukları ve alkol kullanımının yol açtığı bozukluklar şeklindedir. Amerikan Psikiyatri Birliği'ne ait olan ve günümüzde el kitabı olarak yaygın şekilde kullanılmakta olan DSM-5 (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) madde kullanım bozukluğunu ise "madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları" başlığı altında bulundurmaktadır. Alkol ve madde kullanım bozukluklarının kriterlerinin çok büyük oranda aynı olduğu görülmektedir. Bir kişinin DSM-5'de son olarak kullanılan "madde kullanım bozukluğu" tanısını alması için mevcut olan 11 tanı ölçütünden

ikisini son bir yılda kişinin işlevselliğini etkileyecek ve kişiye sıkıntı verecek biçimde karşılıyor olması gerekmektedir. Bu kriterler:

- 1-Maddenin planlanandan daha uzun süreli ve daha yüksek miktarda kullanılması
- 2-Maddeyi bırakmak veya azaltmak için başarısız sonuçlanan girişimlerin olması
- 3-Maddenin temini, kullanımı ve etkisinden kurtulma dolayısıyla gün içinde çok zaman harcanıyor olması,
- 4-Madde kullanımının sürmesi ile sorumlulukları aksatma/yerine getirememe (evde, okulda, işte vs.),
- 5-Maddeye dair şiddetli istek halinin olması ve kullanılmayan zamanlarda zorlanma durumu,
- 6-Madde kullanımından ötürü hayatında problemler yaşıyor olmaya rağmen kullanımı sürdürme (toplumsal, yasal vs.),
- 7-Tehlikenin söz konusu olduğu durumlarda dahi madde kullanımına devam etme,
- 8-Maddenin olumsuz etkilerini görüyor olmaya rağmen kullanıma devam etme,
- 9-Madde kullanımdan ötürü ilgi duyulan faaliyetlerin ve günlük, sosyal vs. etkinliklerin azalması yahut sona ermesi,
- 10-Madde kullanıma karşı vücutta tolerans gelişimi (aynı dozda kullanıma rağmen aynı etki alamayıp dozajı fazlalaştırma gereksinimi),
- 11-Vücutta maddeye karşı yoksunluk gelişimi (kullanılmayan zamanlarda hissedilen zihinsel, fiziksel yahut ruhsal rahatsızlıkların mevcudiyeti).

Son bir yılda bu bulgulardan 2 ya da 3 tanesinin mevcudiyeti hafif, 4 ya da 5 tanesinin mevcudiyeti orta, 6 ve daha fazlasının mevcudiyeti söz konusu ise yüksek şiddetli madde kullanım bozukluğu tanısı olarak kabul edilmektedir (DSM-5, 2013, s. 237-238).

### **2.1.6.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi**

Madde bağımlılığın dünyada ve ülkemizde her geçen gün arttığı bilinen bir gerçektir. Madde kullanan bireylerin sayısında gün geçtikçe artış görülmekle birlikte yaş ortalamalarında azalma olduğu görülmektedir (WHO, 2004).

2010 yılında Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Dairesi tarafından oluşturulan raporda dünya genelindeki 15-64 yaş arası 4,4 milyar insan arasında 16-38 milyon insanın (%0,36 - %0,86) madde kullanımı ile alakalı problem yaşadıkları düşünülmektedir. Aynı yaş aralığında 243 milyon insanın yaşamlarında en az bir kere madde kullanımında bulunduğu düşünülmektedir. Ülkeden ülkeye farklılık gösterse dahi erkeklerde madde kullanım ve bağımlılık oranının kadınlardan 4 kat yüksek olduğu görülmektedir. Bu maddelerin kullanım sıklığının esrar, opioid, opiyat, kokain, amfetamin, ekstazi şeklinde sıralanabileceği anlaşılmaktadır (UNODC, 2014, s. 1-4).

Genç kitlenin popülasyonunun çoğunluğunu oluşturduğu ülkeler için madde kullanımın genç popülasyonda daha yaygın olması açısından daha büyük bir risk teşkil ettiği düşünülmektedir (Evcin, 2014). Türkiye'nin 14-29 yaş aralığındaki grubu yaklaşık 19 milyon kişinin oluşturduğu bilinmektedir (Karaca, 2010). Madde kullanımına dair yapılan araştırmalara bakıldığında ise son yıllarda 5-6 yaşlarına kadar ilk kullanım yaşının düştüğü görülmektedir (Albayrak ve Balcı, 2014).

TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi)'in oluşturmuş olduğu rapora bakıldığında 15-64 yaş arası grupta hayatları boyu en az bir kere uyuşturucu madde deneyen kişilerin toplam nüfusa oranının %2.7, 15-16 yaş arasındaki grupta ise %1.5 olduğu görülmektedir. Ülkemizdeki madde bağımlısı olan bireylerin yaklaşık %5-%8'inin tedaviye ulaşabildikleri ve hastanede yatılı tedavi görebildikleri, bundan ötürü de toplam nüfustaki madde bağımlısı bireylerin sayısının (esrar ve ekstazi hariç) ülkemizde 46.087 ile 73.704 aralığında olduğu düşünülmektedir (TUBİM, 2014).

Ülkemizde 2018 senesinde Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yatarak tedavi gören hastalar ile yapılan çalışmada 10,815 erkek (%95,5), 514 kadın (%4,5) şeklinde cinsiyet dağılımı olduğu görülmektedir. Araştırmaya bakıldığında ilk madde kullanım yaşının ortalamasının 21,72, tedaviye başvuru yaş ortalamasının ise 27,2 olduğu görülmektedir. Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında hiç okula gitmeyenlerin %1,4, 1-8 sene eğitim görenlerin %86,9, 9-12 yıl eğitim görenlerin %8,1, üniversite mezunu olanların ise %3,6 olduğu görülmektedir. Araştırmadaki kişilerin çalışma durumları incelendiğinde ise herhangi bir işe sahip olmayanların %21, düzenli bir işe sahip olmayan kişilerin %41,3, düzenli bir işe sahip olanların %34,2, öğrenci olanların %2,3 ve %1,2sinin ise ekonomik anlamda henüz aktifleşmediği görülmektedir. Tedavi görmekte olan hastaların tercih maddelerine bakıldığında ise %62,1 eroin, %12,9 sentetik kannabinoid, %8,3 esrar, %7,8 metamfetamin, %2,9 kokain, %1,5 kokain, %1,5 ekstazi, %1,5 uçucu madde ve %3,1 diğer maddeler olduğu görülmektedir.

Araştırmaya dair son olarak 2018 yılında maddeye bağlı ölümlerin yalnızca 2018 yılı içinde 657 olduğu kayıtlara geçmiştir (TUBİM, 2019).

Alkol kullanımına bakıldığında ağır içicilik ve tehlikeli alkol tüketim tarzının dünyanın her yerinde toplumun sağlık ve güvenliği açısından riskler oluşturduğu bilinen bir gerçektir. Dünya genelindeki alkol tüketim oranlarına bakıldığında erkeklerdeki alkol kullanımının %54, kadınlarda ise %27 olduğu görülmektedir (Blume, 2005, s. 37).

İstanbul'da 2000 yılında yapılan bir araştırmaya bakıldığında ülkemizdeki alkol tüketim oranlarını anlamak mümkün olabilmektedir. Bu araştırmada hayatlarında en az bir kez alkol tüketimi olanların %54,7 olarak görülmektedir. Bu oranın cinsiyet dağılımına bakıldığında ise %73,4'ünü erkeklerin %35'ini kadınların oluşturduğu görülmektedir. Araştırma, son 8 hafta içerisinde haftada en az bir kere alkol kullanımı olan erkeklerin oranının %17,9, kadınların oranının ise %2,3 olduğunu göstermektedir. Alkol kullanım sıklığına haftalık olarak bakıldığında erkeklerin kadınlardan 9 kat fazla haftalık alkol tüketiminin olduğu görülmektedir. Bu orana hayatlarında en az bir kere alkol deneyimi olarak bakıldığında ise erkeklerin kadınlardan 5 kat fazla bir kere alkol denemelerinin olduğu görülmektedir (Ögel vd., 2004).

Ülkemizde son yıllarda alkol tedavisi için başvuran kişi sayısının artması ülkemizdeki alkol bağımlılığı probleminin de arttığını göstermektedir. Ülkemizde alkol problemi yaşayan kişi sayısı gün geçtikçe yükselse dahi alkol bağımlılığı yaşayan kişi sayısı diğer ülkelere nazaran daha düşük bir orandadır, bunun sebebi olarak da islamiyette alkolün onaylanmaması ve toplum baskısı sebebi ile alkol problemi yaşayan kişilerin kendilerini ifşa etmemeye yönelik çabalarının olması tahmin edilmektedir (Kalyoncu, 2010).

### **2.1.7. Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavi**

Madde kullanım bozukluğu tedavisinin tek bir yaklaşım ile mümkün olmayıp birçok etmene bağlı olması ile bu tedavide kullanılan yaklaşımların kişiye uygun olacak şekilde birbirinden farklılaşabildiğini söylemek mümkündür. Tedaviyi doğru şekillendirmek ve iyileşme açısından kişinin tedaviye istekliliği, kişisel özellikleri, maddeden ötürü yaşadığı problemler ve bu durumların birbiriyle etkileşimi gibi birçok etmen etkili olabilmektedir (Ögel, 2017).

Tek başına yeterli olmayan ancak tam anlamı ile bağımlık yapan tüm maddelerden uzak bir hayat için gerekli olacak ilk etkili aşama elbette maddeden uzaklaşmaktır (Wesson, 1995). İlk aşama olan maddeden belli bir süre uzak kalmayı başarmanın ardından bireylerin yoksunluk

krizlerinin semptomlarını hafifletmek amacı ile ilaç destekli tedavi süreci başlayabilmektedirler (İleri, 2019).

Madde kullanan kişiler tedaviye her zaman çok motive ve istekli halde gelmemektedirler, ancak hazır hissettikleri dönemde tedavinin erişilebilir olması oldukça önemlidir. Detoksifikasyon süreci tedavinin başlangıcıdır ve bu yönüyle oldukça önemlidir ancak tek başına detoksifikasyon süreci tedavinin başarıyla tamamlanabilmesi için yeterli görülmemektedir. Etkili bir tedavi yalnızca madde odaklı olmayıp kişinin sosyal, yasal ve ekonomik durumları ile de ilgilenmeli; sürekli olmalı ve kişinin değişen ihtiyaçlarına yönelik değişikliklerin yapılabilmesini mümkün kılmalıdır. Tedavi programlarının çok katı olması alkol ve madde bağımlılık tedavisinde doğru bulunmamaktadır. Etkili bir tedavi için ilaç ve psikoterapilerin birlikte olması gerekirken tedavide kalma sürelerinin de tedavinin etkililiğini etkilediği bilinmektedir. Tedavide kısa süre kalındığı takdirde tedaviden alınan verim daha kısa süreli olurken daha uzun süreli kalınan tedavilerin başarı oranının da daha yüksek olduğu görülebilmektedir. Madde kullanım bozukluğuna başka psikiyatrik rahatsızlıkların eşlik etmesinin oranının da yüksek olması dolayısıyla eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklara yönelik müdahalelerin de tedaviye dahil edilmesi oldukça önem arz etmektedir. Ayrıca tedavi sürecinde tekrar kullanım durumlarıyla karşılaşılabilirdiği için tedavi sürecinin içerisinde yer alan kişilere zaman zaman test yapmak tedavinin içerisinde kullanımın olup olmadığının bilinmesi açısından önemlidir. Tedaviye dahil olan kişilerle alakalı dikkat edilmesi gereken bir diğer husus ise AIDS, tüberküloz ve hepatit gibi hastalıkların kullanımda sık karşılaşılabilen hastalıklar olması dolayısıyla kişilerin bu hastalıklara karşı bilgilendirilmesi ve bu hastalıkların takibinin sağlanabilmesidir. Madde bağımlılığına dair belirtilmesi gereken önemli bir nokta ise alkol ve madde kullanım bozukluklarının kronik birer hastalık olması ve diğer tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi dikkat edilmesi takdirde hastalığın tekrardan nüksedebilmesidir. Hastalığın nüksetmesi durumu tekrar tedavi gerektirebilmektedir (Ögel, 2010, s. 10-11).

Alkol ve madde kullanım bozukluğunda tıbbi desteğin önemi çok büyüktür, ancak yalnızca tıbbi müdahale ve destek programları ile bu bozuklukların giderilemeyeceğinin çalışmalarca kanıtlandığı görülmektedir. Hastalığın çok yönlü bir hastalık olması sebebi ile tedavisinin çok yönlü olması gerekmektedir. Yalnızca tıbbi destek yahut yalnızca destek gruplarında yer almak yetersiz kalabilirken biyo-psiko-sosyal destek almanın tedavide daha etkili ve daha doğru yaklaşım modeli olduğu bilinmektedir. Yani alkol ve madde kullanım bozukluğuna dair tedavi alan kişilerin sosyal alanda, tıbbi alanda ve psikoloji alanında çalışan uzmanlardan bir arada destek almalarının daha faydalı olacağı söylenebilir. Bireyin tedavi

sürecinde bilinçlenmesinin önemli olduğu kadar ailenin de bilinçlenmesi oldukça önem arz etmektedir (Şimşek, 2010).

## **2.2.Algılanan Sosyal Destek**

Sosyal destek, kişilerin hayatlarındaki eş, aile, akrabalar ve arkadaş çevresi gibi iletişim halinde bulunduğu sosyal çevresindeki kişilerden gelen yardım sistemi olarak tanımlanabilir. 1970’li yıllardan bu yana sosyal destekle ilgili özellikle bireyler açısından stres barındıran ve zorlayıcı olabilen durumlarla baş edebilme gibi konularda yapılan birçok çalışma bulunmaktadır (Zimet vd., 1988). Sosyal destek her bireyin ihtiyacı olan sevgi, benliğe duyulan saygı, şefkat, bir gruba ait hissetme gibi ihtiyaçların karşılanmasını sağlayabilmekle birlikte kişilerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarına olumlu katkılarda bulunup hayatlarında karşılaştıkları güçlüklerle de baş etme konusunda önemli bir güç oluşturabilmektedir (Akın ve Ceyhan, 2005; Ayaz, Efe ve Korukluoğlu, 2008).

Sosyal desteğe dair yazınlara bakıldığında sosyal desteğin duygu, bilgi, değerlendirme ve materyal yönünde destek olmak üzere dört ayrı işlev türünün olduğu görülmektedir. Duygusal anlamdaki sosyal destek işlevine bakılacak olursa kişiye sunulan sevgi, saygı, şefkat, problemlerini dinlemek ve duygularına yönelik anlayışlı yaklaşım bireylere sunulan duygusal işlevli sosyal destek sayılabilir. Duygusal işlevli sosyal destek alan kişiler bu destek sayesinde anlaşıldıklarını, değer ve kabul gördüklerini hissederler. Bu destekle birlikte bireylerin hissettikleri güven duygularında ve yaşamlarında karşılaştıkları stresli durumlar ile baş etmedeki becerilerinde de artış söz konusu olmaktadır. Bilgisel destekte ise zorlayıcı durumlar karşısında bireyin çözüm yollarının yeterli olmaması halinde çevresindeki insanlardan öneriler alması, çeşitli öğütlerde bulunulması, problemin çözümüne yönelik seçenekler üretilmesi ve farklı fikirler sunulup rehberlikte bulunulmaya çalışılması gibi yardım amaçlı destekler söz konusu olmaktadır. Kişi bu destek ile çözüme ulaşmak açısından her zaman denediklerinden farklı yolları deneyebilmektedir. Bireyler kendilerini benzettikleri kişiler ile kendi davranışlarını, becerilerini, sahip oldukları özellikleri gözleme ve değerlendirme eğiliminde olabilirler. Bu değerlendirmeyi ve bu değerlendirme ile kendi özelliklerinde değişiklikler yapabilmelerini onlara sağlayan benzer özellikteki kişiler tarafından alınan destek ise değerlendirmeci destek türüne girebilmektedir. Sosyal desteğin bir diğer türü olan materyal destek türünde ise kişilere ihtiyaç duydukları zaman yahut durumlarda sağlanan, hayatlarındaki bir ekonomik destek söz konusu olmaktadır (Taysi, 2000).

Algılanan sosyal destek, kişinin çevresinde bulunan insanların varlığı ve çevresindeki insanlardan almakta oldukları desteğin bilişsel süreci olarak tanımlanabilmektedir. Diğer bir ifade ile sosyal destek, bireyin çevresindeki insanlardan destek alabileceklerine dair algıları ve inançları olarak ifade edilebilmektedir. Kişilerin gerçek hayatlarında ne kadar destek aldıklarından ziyade desteği algılama düzeylerinin kendi hayatlarında stres ve kaygı gibi duyguları yönetebilme konularında etkiye sahip olduğu bilinmektedir (Pahl, 2003). Algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha yüksek olan bireylerin sevilme, değer görme ve iletişim halinde buldukları kişilerle kurdukları ilişkilerden tatmin olma düzeylerinin de daha yüksek olduğu bilinmektedir (Özgür, 1991).

Sosyal destek ve madde kullanımının birlikte incelendiği çalışmalara bakıldığında sosyal desteğin öneminden bahsedilirken bireylerin sosyal destek aldıkları kaynakların –sosyal desteği kimlerden aldıklarının- sosyal desteğin etki düzeyi ve daha olumlu yönde alınabilmesi açısından oldukça önemli bir faktör olduğunu öne sürmektedirler (Kristjansson vd., 2010; Tartaglia, 2014; Wills vd., 2004). Tartaglia'nın 2014 yılında yaptığı çalışma özellikle genç yetişkinlerin arkadaşlarından aldıkları sosyal desteğin alkol kullanımlarını artırma anlamında risk oluşturabilirken daha farklı bir kaynaktan aldıkları sosyal desteğin alkol kullanım açısından koruyucu faktörler sunabildiklerini ortaya koyabilmektedir. Bireylerin hayatlarında özellikle önem verdikleri bir kişiden gelen sosyal destek, strese başa çıkma veya iyi olma halini sürdürme açısından koruyucu rol oynayabilmektedir (Tartaglia, 2014). Madde kullanımı olan kişilerin romantik bir ilişkinin söz konusu olduğu bir bireyden sosyal destek alması ise kişilerin güvensiz davranışlarını değiştirmeleri konusunda önemli rol oynayabilmektedir (Simon ve Barrett, 2010). Bunlara karşılık bireylerin arkadaşlarından alacakları sosyal destek ise risklerle birlikte daha farklı etkiler yaratabilmektedir. Bireylerin akran ilişkilerinden aldığı sosyal destek, haz odaklı sosyalleşme ve madde kullanımı gibi dürtüsel davranışlar göstermeye dair noktalarda zarar verici etkiler ortaya çıkarabilmektedir. Bu noktada sosyal desteğin kaynağının etkilere dair çok büyük önem arz ettiği ifade edilebilir (Wills vd., 2004).

Algılanan sosyal desteğin yeterli seviyede olmaması bağımlı bireylerin iyileşme süreçlerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Yoksunluk dönemlerinde olan ve iyileşme sürecinde olan bağımlı bireylerin sosyal anlamda dışlanmaya maruz kalması, relaps yaşamalarına sebebiyet verebilmektedir (Zywiak, Longabaugh ve Wirtz, 2002).

### **2.3.İçselleştirilmiş Damgalanma**

Literatüre bakıldığında birden fazla damgalanma türünden söz edilmektedir, ancak birey tarafından içselleştirilmiş olan damgalanma türünün bireye psikolojik anlamda zararı en yüksek olan damgalanma türü olduğu söylenebilir (Ritsher ve Phelan, 2004).

Toplumda psikiyatrik rahatsızlıklara karşı bir damgalanmanın olduğu doğrudur; ancak bağımlı bireyler bu damgalanmaya diğer birçok psikiyatrik rahatsızlığa nazaran daha fazla maruz kalabilmektedirler. Toplum, bağımlılığı bir hastalık olarak görmeyip daha çok bir irade meselesi olarak görmekte ve bu kişilere de nefislerine hâkim olmadıkları düşüncesi ile önyargılı ve olumsuz tutumlar içerisinde yaklaşabilmektedirler. Bundan ötürü bu kişilerin yaşadıkları olumsuz yaşam olaylarını hak ettiklerini düşünme ve yaşamlarındaki iyi olabilecek durumları yahut tedaviyi hak etmediklerini düşünme gibi anlayışlı olmayan bir yaklaşımda bulunabilmektedirler (Yıldırım vd., 2012).

Bağımlı bireylere karşı yargı ve yaklaşımların bu şekilde olmasından ötürü birey ve yakınlarının bağımlılığı bir hastalık olarak görüp kabul edilmesinde, tedaviye uyum sağlayabilmelerin ve topluma uyumlu yaşayışta zorlanmalar söz konusu olmaktadır. Bu yargılar ve zorlanmalar yalnızca bireyi değil bireyin yakınları da ciddi anlamda etkilemektedir. Bu gibi sebeplerden ötürü bağımlılığı olduğu gibi bir hastalık olarak kabul edebilmek güç olabilmektedir, bundan ötürü birey ve yakınları bağımlılığı uzun bir süre inkar etme, görmezlikten gelme ve açığa çıkarmama eğilimindedirler (Arıkan vd., 2004). Hastaların yaşadığı olumsuz bu gibi durumlarla birlikte damgalamanın içselleştirilmesi ise iyileşme süreçlerine girmelerine ve sürdürmelerine dair engeller oluşturabilmektedir (Chan ve Mak 2014).

Maruz kalınan yargıları içselleştiren birey zamanla sağlıklı geniş sosyal çevreden uzaklaşır ve daha çok bağımlılığı olan daha dar bir çevre ile kendisini diğer sosyal alanlara kapatır. Bu şekilde hem sosyal anlamdaki işlevsellikleri hem sosyalliğe uyum düzeyleri hem de tedaviye uyumlarında zamanla azalma olan bireylerin madde kullanımını sürdürerek bu kısır döngüye devam ettikleri görülmektedir (Taşkın, 2007; Şirin, 2007). Bireyler bunca duygu ile başa çıkmaktansa bağımlı olunan maddeyi alarak tüm bu duyguların etkilerinden kurtulur; bu duyguların verdiği güvensizlik ve yetersizlik gibi duygular ile de başa çıktıklarını düşünürler. Bu şekilde kullanım döngüsü de ilerlemeye devam eder. Bırakmak istedikleri zamanlarda bırakmanın kolay olmadığını ve bırakamadıklarını fark ettikleri takdirde maddenin gücü altında güçsüz hissederler ve kullanılan madde ile baş edemedikleri için de kendilerini suçlu hissedip bırakamadan yana utanç duygusunu yoğun yaşarlar (Ögel, 2014).

Damgalanmanın içselleştirilmesi bireylerin tedavi motivasyonuna da etki edebilmektedir. 2016 yılında Ektiricioğlu tarafından yapılan çalışmada ve 2021 yılında Bozdağ ve Çuhadar tarafından yapılan bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanma ile tedavi motivasyonu arasında pozitif yönlü bir ilişki saptandığı, içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça tedavi motivasyonu düzeyinin de arttığı görülmektedir. Ancak bu çalışma sonuçlarının 2018 yılında Akdağ ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise içselleştirilmiş damgalanma ve tedaviye yönelik motivasyon arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunamadığı görülmektedir.

Damgalanmanın içselleştirilmesi ile birlikte bireylerin kendilerine dair güvenlerinde azalma olup kişilerde “why try? (neden deneyeyim ki?)” yahut “neden bağımlılığım olmadan yaşamaya çalışayım ki? Benim gibi biri uğruna çabalamanın boş olacağı bir insan için değmez bile” gibi iyileşmeye ket vurucu bir etki söz konusu olabilmektedir (Corrigan vd., 2009, s. 76). Ancak tam tersi şekilde damgalanmanın içselleştirilmesinin ve yaşamındaki olumsuzlukların yorucu etkilerinden kurtulma amacıyla tedavi motivasyonlarının zaman zaman yükseldiği de tahmin edilmektedir.

#### **2.4.Tedavi Motivasyonu**

Motivasyon, birçok hastalığın tedavisinde önemlidir; ancak özellikle bağımlılık tedavisinde oldukça büyük bir öneme sahip olduğunu söylemek mümkündür. Motivasyon bireylerin tedavi arayışına, tedaviye uyumlarını sağlamaya ve uzun vadede başarılı değişimler sağlamalarına yardımcı önemli bir faktördür (DiClemente, vd.,1997).

Madde kullanımı olan kişilerde motivasyon başlangıçta kişilerin yalnızca tedaviye yaklaşımları olarak görülmüştür ve motivasyona tedavinin başarı veya başarısızlığında etkili olan faktör olarak bakılmaktaydı. Tedaviye girmeyi seçen ve tedaviye dair teslimiyeti yüksek olarak görünen danışanlar motive olarak algılanırken; madde kullanım durumlarını inkar eden veya tedaviye karşı dirençli olan kişiler, motivasyonu olmayan kişiler olarak algılanmaktaydı (Miller, 1985). Motivasyonunun tedavi ve iyileşme üzerinde çok etkili olduğu bir gerçektir ancak kişinin tedaviyi sürdürmesinde ve madde kullanımında değişiklik oluşturma adına motivasyonun tek başına yeterli olmadığını söylemek daha doğru olur denilebilmektedir (Simoneau ve Bergeron, 2003).

Motivasyon tek bir sonuç iken motivasyonun oluşmasında etkili olabilen ve kişiden kişiye değişebilen farklı kaynaklar olabilmektedir. Kaynaklarına göre oluşan motivasyon, içsel ve dışsal motivasyon olarak iki gruba ayrılabilir (Deci ve Ryan, 1987). İçsel motivasyon

kişinin tedaviye atfettiği önem, değişimi isteme ve değişime hazır olma durumu, kişinin tedaviye dair bir amacının olması gibi faktörlerle ilişkili olarak tanımlanmaktadır. Dışsal motivasyonun oluşmasında ise kişinin eğitim ve iş hayatından kullanımına yönelik baskı olması, kişinin yasal problemler yaşaması, toplumun yaklaşımı ve ailenin beklenti ve tutumları gibi dış kaynaklı durumlar etkili olabilmektedir. Kişinin tedavi süresinin uzayabilmesinde ise her iki motivasyon çeşidinin de etkili olabildiği bilinmek ile birlikte sosyoekonomik düzeyin yüksek olmasının da bu anlamda etkili bir faktör olabildiği görülmektedir (Constance, 2001). Ancak hangi motivasyon çeşidinin daha etkili olduğuna bakıldığında ise içsel motivasyonun kişilerde değişim oluşması ve değişimin daha uzun süreli olması açısından dış kaynaklı motivasyona nazaran etkisinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna yönelik yapılan bir çalışmada tedaviye dair iç kaynaklı motivasyon düzeyi daha yüksek olan bireylerin tedaviye bağlılıklarının da daha yüksek olduğu ve tedaviye yanıtlarının daha hızlı olduğu görülürken dış kaynaklı motivasyon ile tedavi sürecinde bulunan bireylerin tedaviden daha az fayda sağlayabildikleri ortaya çıkmıştır. Bu noktada kişilerin tedavi sürecinde bulunmaları ve başarı oranlarının artırılması açısından içsel motivasyonlarının da artırılmasının sağlanmasının oldukça önemli olduğu söylenebilir (Ryan vd., 1995).

Kişilerin tedavide motivasyonlarının yüksek olmasına tedavide buldukları süre dahilinde bakılacak olursa klinik kurallarına uyabilme, klinikteki ortamdan yana memnuniyet duyabilme, tedavide olası bir durum yaşama durumunda tedavinin değil de tedaviye olan bakış açısının etkili olması ve tedaviden sıkılma oranlarının daha düşük olması ile de ilişkili görülmektedir (Ertoğlu, 2013). 2021 yılında Bozdağ ve Çuhadar tarafından kadın madde kullanıcısı bireylerle yapılan bir çalışmada ise damgalanmanın içselleştirilmesi, öz-yeterlik ve tedaviye yönelik motivasyon arasındaki ilişkiye bakılmış olup içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça öz yeterliğin düştüğü ancak tedavi motivasyonu düzeyinin arttığı görülmektedir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 3.1.Evren ve Örneklem

##### 3.1.1.Evren

Araştırmanın evreni ülkemizde yatılı olarak tedavi görmekte olan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerdir.

##### 3.1.2.Örneklem

Çalışmanın örneklem yöntemi uygun/kazara örneklemdir. Çalışmamızın örneklemini Mersin’de Çematem ve Amatem kliniklerinde, Gaziantep Amatem kliniğinde 2021 yılında mart ve mayıs ayları arasında yatarak tedavi görmekte olan, araştırmaya dair bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş aralığındaki hastaları kapsamaktadır. Hastalardan veriler uygulayıcı tarafından yüz yüze görüşülerek ölçek-anket doldurma yöntemi ile alınmıştır.

#### 3.2.Veri Toplama Araçları

##### 3.2.1.Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan veri formu yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, küçük/büyük yerleşim yeri gibi sosyodemografik değişkenler ve madde kullanım süresi, kullanılan madde türü, tedavi başvuru sayısı gibi bağımlılık özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır.

##### 3.2.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

2003 yılında Ritsher ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe’ye çevirisi ve geçerlik güvenilirlik çalışması 2007 yılında Ersoy ve Varan tarafından yapılmıştır. 29 sorudan oluşan 4’lü likert tipindeki ölçekte yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirdeyim”den “kesinlikle aynı fikirdeyim”e doğru sırasıyla 1’den 4’e puan alacak oluşturulmuştur. RHİDÖ’de yabancılaşıma (1, 5, 8, 16, 17, ve 21. Maddeler), kalıp yargıların onaylanması (2, 6, 10, 18, 19, 23 ve 29. Maddeler), algılanan ayrımcılık (3, 15, 22, 25 ve 28. Maddeler), sosyal geri çekilme (4, 9, 11, 12, 13 ve 20. Maddeler) ve damgalanmaya karşı direnç (7, 14, 24, 26 ve 27. Maddeler) olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. RHİDÖ’den alınan toplam puan en düşük 29 en yüksek 116 olacak şekildedir ve içselleştirilmiş damgalanmaya ilişkin toplam puanı göstermektedir.

Ölçeğin tamamı için cronbach alta güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin yabancılaşma alt boyutu için 0.84, kalıp yargıların onaylanması alt boyutu için 0.71, algılanan ayrımcılık alt boyutu için 0.87, sosyal geri çekilme altboyutu için 0.85, damgalanmaya karşı direnç alt boyutu için ise 0.63 olarak belirlenmiştir (Ersoy ve ark, 2007).

### **3.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)**

Zimet ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen ve ülkemizde Eker ve Arkar tarafından 1995'te geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılan ÇBASDÖ 12 maddeden oluşmaktadır. Aile desteği (3,4,8 ve 11.maddeler), arkadaş desteği (6,7,9 ve 12. Maddeler) ve özel kişi desteği (1,2,5 ve 10. Maddeler) olacak şekilde 3 alt boyuttan oluşmaktadır. ÇBASDÖ'de maddeler "kesinlikle hayır"dan "kesinlikle evet"e olacak şekilde 7'li likert tipi halinde sorular mevcuttur. Alt ölçeklerden alınabilecek puanlar 4 ile 28 puan aralığındadır. Bunun dahilinde ölçekten alınabilecek en düşük puanın 12, en yüksek puanın ise 84 olduğu görülmektedir. Ölçeğin kesme noktası olmamakla birlikte elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin de yüksek olduğu anlamına gelmektedir. ÇBASDÖ'nin cronbach alpha katsayısı 0.80-0.95 olarak bulunmuştur (Eker ve ark., 2001).

### **3.2.4.Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)**

Ryan ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilen Tedavi Motivasyonu Anketi, alkol ve madde bağımlısı bireylerde kullanılan bireylerin tedaviye katılma ve kalma nedenlerini ölçebilmek amacıyla oluşturulmuş 26 maddeden oluşan öz bildirim dayalı bir formdur. "Katılmıyorum"dan "kesinlikle katılıyorum"a doğru değişen 5'li likert tipinde ve 26 sorudan oluşan ölçeğin 2006 yılında Evren ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevirilerek alkol bağımlılığında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapıp cronbach alpha katsayısı 0.84 bulunmuştur. 22 sorusu olumlu, 4 sorusu (13,16,21 ve 24.soru) olumsuz ifadeler taşıyan ölçekte olumlu ifadeler 1'den 5'e, olumsuz ifadeler ise 5'den 1'e puan doğru puan almaktadırlar. Ölçekten alınabilecek puanın en az 26, en çok 130 olabileceği görülmektedir. İçsel motivasyon (İM), dışsal motivasyon (DM), kişilerarası yardım arama (KYA) ve tedaviye güven (TG) olacak şekilde ölçeğin 4 alt boyutu bulunmaktadır.

İçsel motivasyonu belirleyen 11 soru (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 20, ve 23. maddeler) mevcuttur. Bu sorular tam olarak birey tarafından belirlenmeyen içsel motivasyon olarak ele alınmaktadır. Diğer bir deyişle, bireyin bunu istemek durumunda kalmış olmasıyla oluşan bir iç motivasyondan bahsedilmektedir (Evren vd., 2006).

Dışsal motivasyonu belirleyen 4 soru (3, 6, 10 ve 12. maddeler) mevcuttur. Bu sorular kişilerin tedavi olmaktan başka seçeneğinin kalmaması ve tedavi olması için dış güçlerden baskı görmesini baz almaktadır.

Kişilerarası yardım arama faktörlerini oluşturan 6 soru (17, 18, 19, 22, 25 ve 26.soru) mevcuttur. Kişiler arası yardım arama motivasyonunun belirleyici kriteri bireylerin sorunlarını başkaları ile paylaşabilmesi, sorunlarını başkaları ile paylaşabilmesidir.

Tedaviye güven motivasyonunu belirleyen 5 soru (13, 14, 16, 21 ve 24.soru) mevcuttur. Bu sorular ise bireylerin tedavi seyrine dair beklenti ve düşüncelerini odak almaktadır (Fung vd., 2010).

### **3.3. Verilerin Analizi**

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS 25.0 programı ile yapılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler belirtilmiş olup ilk olarak Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma (RHİDÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Tedavi Motivasyonu Ölçeklerine yönelik iç tutarlılık analizi yapılmış ve ölçeklerin çalışmada kullanılmasında bir sakıncanın bulunup bulunmadığı ele alınmıştır. Sonrasında RHİDÖ, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Tedavi Motivasyonu Ölçeklerinin normal dağılım hipotezine uyup uymadığı çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılmak suretiyle tespit edilmiş ve parametrik test yöntemleri tercih edilmiştir (Tablo 1). Ardından araştırmaya dahil olan katılımcıların kişisel bilgileri frekans analizi ile incelenmiştir.

RHİDÖ, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Tedavi Motivasyonu Ölçeklerine yönelik betimsel analiz sonuçları incelendikten sonra katılımcıların kişisel bilgilerine göre RHİDÖ, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve tedavi motivasyonu grup ortalama puanlarının farklılaşma durumu incelenirken normal dağılım varsayımını sağlayan değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında “bağımsız örneklem t testi” üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında “ANOVA” kullanılmıştır. Ayrıca alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde tedavi motivasyonları ile içselleştirilmiş damgalanma ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlılığı Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiş ve alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonlarının içselleştirilmiş damgalanma ve algıladıkları sosyal destek üzerindeki etkisi çoklu doğrusal regresyona analizi ile incelenmiştir. Ulaşılan bütün sonuçlarda istatistiki anlamlılık  $p < 0,05$  seviyesinde değerlendirilmiştir.

**Tablo 1.** Ölçek ve Alt Boyutlarının Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

<b>Ölçek</b>	<b>N</b>	<b>Çarpıklık</b>	<b>Basıklık</b>
<b>RHİDÖ</b>	102	,089	-,977
Yabancılaşma	102	-,080	-,977
Kalıp Yargıların Onaylanması	102	,077	-,782
Algılanan Ayrımcılık	102	,150	-1,310
Sosyal Geri Çekilme	102	,108	-1,161
Damgalanmaya Karşı Direnç	102	-,379	,224
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek</b>	102	-,183	-1,186
Aileden Alınan Sosyal Destek	102	-,542	-1,063
Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	102	,026	-,975
Özel İnsandan Alınan Destek	102	-,100	-1,251
<b>Tedavi Motivasyonu</b>	102	-,937	,533
İçsel Motivasyon	102	-1,172	,949
Dışsal Motivasyon	102	,715	,954
Kişilerarası Yardım Arama	102	-,617	-,114
Tedaviye Güven	102	-,225	-,784

“Seçer (2015) normal dağılım varsayımının; ‘çarpıklık ve basıklık’ değerleri bakılarak değerlendirilmesinin daha doğru bir yaklaşım olduğunu değerlendirmiştir. Tabachnick ve Fidell (2013), çarpıklıkla basıklık değerlerinin +1,50 ve -1,50 değerlerinin arasında olduğu hallerde normal dağılımın sağlandığını kabul edilmiştir. Gerçekleştirilen analizlerin neticesinde değişkenlerin tamamına yakınının ifade edilen aralıklarda bulunduğu ve parametrik testlerin uygulanabilirliği neticesine ulaşılmıştır.”

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

#### 4.1. Güvenirlilik Analizi

Çalışmanın bu noktasında; veri toplama vasıtası olarak tercih edilen RHİDÖ, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Tedavi Motivasyonu Ölçekleri ifadeleri toplamda 67 maddeden oluşmakta olup ölçeklere verilen cevaplara göre güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 2’de verilmiştir. Güvenirlilikle ilgili katsayının değerlendirme ölçütleri aşağıda yer almaktadır;

“ $0.00 < \alpha < 0.40$  aralığında ise güvenilir değil”

“ $0.40 < \alpha < 0.60$  aralığında ise düşük güvenilirlikte.”

“ $0.60 < \alpha < 0.80$  aralığında ise oldukça güvenilir.”

“ $0.80 < \alpha < 1.00$  aralığında ise yüksek derecede güvenilir” (Özdamar, 1999, s. 513)<sup>1</sup>.

**Tablo 2.** Ölçeklere Ait Güvenirlilik Analizi Bulguları

Ölçekler	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
<b>RHİDÖ</b>	,930	29
Yabancılaşma	,813	6
Kalıp Yargıların Onaylanması	,729	7
Algılanan Ayrımcılık	,849	5
Sosyal Geri Çekilme	,846	6
Damgalanmaya Karşı Direnç	,641	5
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek</b>	,876	12
Aileden Alınan Sosyal Destek	,916	4
Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	,866	4
Özel İnsandan Alınan Destek	,900	4
<b>Tedavi Motivasyonu</b>	<b>,911</b>	<b>26</b>
İçsel Motivasyon	,932	11
Dışsal Motivasyon	,620	4

Kişilerarası Yardım Arama	,852	6
Tedaviye Güven	,769	5

RHİDÖ'nün güvenilirlik katsayısı incelendiğinde; bu değer 0,930 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca RHİDÖ alt boyutlarının Cronbach's Alpha katsayılarının 0,641-0,849 arasında olduğu saptanmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı incelendiğinde; bu değer 0,876 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çok boyutlu algılanan sosyal destek alt boyutlarının Cronbach's Alpha katsayılarının 0,866-0,916 arasında olduğu saptanmıştır.

Tedavi Motivasyonu Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı incelendiğinde; bu değer 0,911 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca tedavi motivasyonu alt boyutlarının Cronbach's Alpha katsayılarının 0,620-0,932 arasında olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak bu değerler; ölçeklerin "yüksek derecede güvenilir olduğunu" ve analizde kullanılmasında bir engelin olmadığını göstermektedir.

#### 4.2. Demografik Bulgulara İlişkin Değerlendirme

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların demografik bulgular incelenmiş olup demografik bulgulardan yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çocuğunun olma durumu, mesleğinin olma durumu, çalışma durumu, yaşanan yer, anne-babanın hayatta olma durumu ve birlikte yaşama durumu, anne eğitim, baba eğitim, kiminle yaşadığı, akrabaların madde kullanım durumu, kullanılan madde cinsi, madde kullanımı ile alakalı yasal sorun yaşama durumu gibi demografik verilere yönelik tanımlayıcı analizler yapılmış ve tablolar halinde sunulmuştur.

**Tablo 3.** Yaş Durumu Dağılımı

	Yaş	f	%
Yaş	35 Yaş Altı	66	64,7
	35 Yaş ve Üzeri	36	35,3
	Toplam	102	100,0

Tablo 3'te yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %64,7'sinin 35 yaş altı olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.** Cinsiyet Durumu Dağılımı

	<b>Cinsiyet</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	94	92,2
	Kadın	8	7,8
	Toplam	102	100,0

Tablo 4’te yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %92,2’sinin erkek olduğu görülmektedir.

**Tablo 5.** Eğitim Durumu Dağılımı

	<b>Eğitim</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Eğitim</b>	İlköğretim	46	45,1
	Lise	34	33,3
	Üniversite	16	15,7
	Yükseköğretim	4	3,9
	Okuryazar Değilim	2	2,0
	Toplam	102	100,0

Tablo 5’te yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %45,1’inin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 6.** Medeni Durum Dağılımı

	<b>Medeni Durum</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Medeni Durum</b>	Bekar/ Boşanmış/ayrı yaşıyor	64	62,7
	Evli	38	37,3
	Toplam	102	100,0

Tablo 6’da yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %62,7’sinin bekar/boşanmış/ayrı yaşıyor olduğu görülmektedir.

**Tablo 7. Çocuk Durumu Dağılımı**

	<b>Çocuk Durumu</b>	<b>Ç</b>	<b>%</b>
<b>Çocuk Durumu</b>	Evet	40	39,2
	Hayır	62	60,8
	Toplam	102	100,0

Tablo 7’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %60,8’inin çocuğunun olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 8. Meslek Durumu Dağılımı**

	<b>Meslek Durumu</b>	<b>Ç</b>	<b>%</b>
<b>Meslek Durumu</b>	Evet	63	61,8
	Hayır	39	38,2
	Toplam	102	100,0

Tablo 8’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %61,8’inin mesleğinin olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 9. Son 6 Ayr Düzenli Bir İşte Çalışma Durumu Dağılımı**

	<b>Son 6 Ayr Düzenli Bir İşte Çalışma</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Son 6 Ayr Düzenli Bir İşte Çalışma</b>	Evet	35	34,3
	Hayır	67	65,7
	Toplam	102	100,0

Tablo 9’da yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %65,7’sinin son 6 aydır düzenli bir işte çalışmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 10. Yaşanılan Yer Dağılımı**

	<b>Yaşanılan Yer</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Yaşanılan Yer</b>	Köy/Kasaba/ Küçük il/ İlçe merkezi	43	42,2
	Büyük il / Metropol	59	57,8
	Toplam	102	100,0

Tablo 10’da yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %57,8’inin büyük il/metropol şehirlerde yaşadığı görülmektedir.

**Tablo 11.** Anne Baba Birliktelik Durumu Dağılımı

<b>Anne Baba Birliktelik Durumu</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Anne Baba Birliktelik Durumu</b>	Anne veya baba hayatta değil/Ayrı Yaşıyorlar	49	48,0
	Birlikte yaşıyorlar	53	52,0
	Toplam	102	100,0

Tablo 11’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %52,0’sinin ailesinin birlikte yaşadığı görülmektedir.

**Tablo 12.** Annenizin Eğitim Durumu Dağılımı

<b>Annenizin Eğitim Durumu</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Annenizin Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	64	62,7
	Lise	9	8,8
	Ön lisans	3	2,9
	Okuryazar	6	5,9
	Okuryazar Değil	20	19,6
	Toplam	102	100,0

Tablo 12’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %62,7’sinin annesinin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir.

**Tablo 13.** Babanızın Eğitim Durumu Dağılımı

<b>Babanızın Eğitim Durumu</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Babanızın Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	58	56,9
	Lise	24	23,5
	Ön lisans	5	4,9
	Lisans	1	1,0
	Ortaöğretim	1	1,0
	Okuryazar	6	5,9
	Okuryazar Değil	7	6,9
	Toplam	102	100,0

Tablo 13'te yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %56,9'unun babasının ilkokul mezunu olduğu görülmektedir.

**Tablo 14.** Aynı Evde Yaşama Durumu Dağılımı

<b>Aynı Evde Yaşama Durumu</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Yalnız	20	19,6
Anne ve baba ile	53	52,0
<b>Aynı Evde Yaşama Durumu</b> Eş ve çocuklar	25	24,5
Arkadaş vs.	4	3,9
Toplam	102	100,0

Tablo 14'te yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %52,0'sinin anne ve babası ile birlikte yaşadığı görülmektedir.

**Tablo 15.** Birinci Dereceden Akrabalarda Madde Kullanma Durumu Dağılımı

<b>Birinci Dereceden Akrabalarda Madde Kullanma</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Var	27	26,5
Yok	75	73,5
Toplam	102	100,0

Tablo 15'te yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %73,5'inin birinci derece akrabalarında madde kullananın olmadığı görülmektedir.

**Tablo 16.** Kullanılan Maddenin Cinsi

	<b>Kullanılan Maddenin Cinsi</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Kullanılan Maddenin Cinsi</b>	Alkol	28	27,5
	Esrar	11	10,8
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	8,8
	Opiyat (eroïn)	24	23,5
	Ekstazi	4	3,9
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	22,5
	Uçucu Madde	1	1,0
	Kokain	2	2,0
	Toplam	102	100,0

Tablo 16’da yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %27,5’inin alkol, %23,5’inin opiyat (eroïn), %22,5’inin amfetaminler (metamfetamin), %10,8’inin esrar, %8,8’inin sentetik kannabinoid (bozai/jam), %3,9’unun ekstazi, %2,0’sinin kokain ve %1,0’inin uçucu madde kullandığı belirlenmiştir.

**Tablo 17.** Alkol ve Madde ile İlgili Yasal Süreç Durumu Dağılımı

	<b>. Alkol ve Madde ile İlgili Yasal Süreç</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Alkol ve Madde ile İlgili Yasal Süreç</b>	Var	26	25,5
	Yok	76	74,5
	Toplam	102	100,0

Tablo 17’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %74,5’inin alkol ve madde ile ilgili yasal sürecinin olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 18.** Bağımlılık Dışında Herhangi Bir Psikiyatrik Tanı Dağılımı

	<b>Bağımlılık Dışında Herhangi Bir Psikiyatrik Tanı</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Bağımlılık Dışında Herhangi Bir Psikiyatrik Tanı</b>	Evet	23	22,5
	Hayır	79	77,5
	Toplam	102	100,0

Tablo 18’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %77,5’inin bağımlılık dışında psikiyatrik tanısının olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 19. Yatışınız Kimin İsteği ile Oldu**

<b>Yatışınız Kimin İsteği ile Oldu</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Yatışınız Kimin İsteği ile Oldu</b>	Kendi isteği ile	54	52,9
	Ailenin isteği	20	19,6
	Kendi ve ailenin isteği	28	27,5
	Toplam	102	100,0

Tablo 19’da yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %52,9’unun kendi isteği ile hastane yatış yaptığı görülmektedir.

**Tablo 20. Sosyal Destek Aldığınız Kimler Var**

<b>Sosyal Destek Aldığınız Kimler Var</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sosyal Destek Aldığınız Kimler Var</b>	Aile	65	63,7
	Arkadaşlar	16	15,7
	Sevgili	16	15,7
	Yok	5	4,9
	Toplam	102	100,0

Tablo 20’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %63,7’si ailesi tarafından sosyal destek verildiğini belirtmişlerdir.

**Tablo 21. AMATEM’de Yatılı Tedavi Sayısı**

<b>AMATEM’de Yatılı Tedavi Sayısı</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
<b>AMATEM’de Yatılı Tedavi Sayısı</b>	Bir	39	38,2
	İki	35	34,3
	Üç ve Üzeri	28	27,5
	Toplam	102	100,0

Tablo 21’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %38,2’sinin bir kez, %34,3’ünün 2 kez ve %27,5’inin üç ve üzeri AMATEM’de yatılı tedavinin olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 22.** Maddeye Başlama Nedeniniz

	<b>Maddeye Başlama Nedeniniz</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Maddeye Başlama Nedeniniz</b>	Arkadaş etkisi	33	32,4
	Merak	18	17,6
	Aile Etkisi	19	18,6
	Keyif alma	12	11,8
	Sorunlardan uzak kalmayı isteme	20	19,6
	Toplam	102	100,0

Tablo 22’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %32,4’ü arkadaş etkisiyle madde kullanmaya başlarken %19,6’sının sorunlardan uzak kalmak için, %18,6’sının aile etkisiyle, %17,6’sının meraktan ve %11,8’inin keyif amaçlı madde kullanmaya başladığı görülmektedir.

**Tablo 23.** Madde Kullanma Durumu Dağılımı

	<b>Madde Kullanma Durumu</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Madde Kullanma Durumu</b>	Yalnız	52	51,0
	Arkadaş grubu ile	50	49,0
	Toplam	102	100,0

Tablo 23’te yapılan frekans analizi neticelerine göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %51,0’i tek başınayken madde kullanırken %49,0’unun arkadaşları ile birlikte madde kullandığı saptanmıştır.

#### 4.3. Ölçeklere İlişkin Betimleyici Analizler

Araştırmanın değişkenleri; RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşıma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek, tedavi motivasyonu ve alt boyutlarından

içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güvenden oluşmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde, değişkenlerle ilgili tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

**Tablo 24.** Değişkenlere Yönelik Betimsel Analizi Sonuçları

<b>Ölçek</b>	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>
<b>RHİDÖ</b>	102	37,00	108,00	70,51	18,31
Yabancılaşma	102	6,00	24,00	14,64	4,70
Kalıp Yargıların Onaylanması	102	7,00	26,00	15,86	4,67
Algılanan Ayrımcılık	102	5,00	20,00	12,35	4,46
Sosyal Geri Çekilme	102	7,00	24,00	14,98	5,00
Damgalanmaya Karşı Direnç	102	5,00	20,00	12,68	3,04
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek</b>	102	20,00	80,00	49,95	16,33
Aileden Alınan Sosyal Destek	102	4,00	28,00	18,90	7,66
Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	102	4,00	28,00	14,90	6,56
Özel İnsandan Alınan Destek	102	4,00	28,00	16,15	7,70
<b>Tedavi Motivasyonu</b>	102	39,00	118,00	91,06	17,77
İçsel Motivasyon	102	11,00	55,00	42,15	10,43
Dışsal Motivasyon	102	4,00	20,00	10,67	3,14
Kişilerarası Yardım Arama	102	6,00	30,00	20,41	5,19
Tedaviye Güven	102	6,00	25,00	17,83	4,57

Araştırmaya dahil olan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireyler tarafından RHİDÖ ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması  $70,51 \pm 18,31$ , en az puanı 37,00 ve en fazla puanı 108,00 olarak belirlenmiştir. Ayrıca ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma boyutlarından yabancılaşma ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması  $14,64 \pm 4,70$ , en az puanı 6,00 ve en fazla puanı 24,00, kalıp yargıların onaylanması ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması  $15,86 \pm 4,67$ , en az puanı 7,00 ve en fazla puanı 26,00, algılanan ayrımcılık ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması  $12,35 \pm 4,46$ , en az puanı 5,00 ve en fazla puanı 20,00, sosyal geri çekilme ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması  $14,98 \pm 5,00$ , en az puanı 7,00 ve en fazla puanı 24,00 ve damgalanmaya karşı direnç ifadelerine

verilen yanıtların toplam ortalaması  $12,68\pm 3,04$ , en az puanı 5,00 ve en fazla puanı 20,00 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya dahil olan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireyler tarafından çok boyutlu algılanan sosyal destek ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması  $49,95\pm 16,33$ , en az puanı 20,00 ve en fazla puanı 80,00 olarak belirlenmiştir. Ayrıca çok boyutlu algılanan sosyal destek boyutlarından aileden alınan sosyal destek ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması  $18,90\pm 7,66$ , en az puanı 4,00 ve en fazla puanı 28,00, arkadaştan alınan sosyal destek ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması  $14,90\pm 6,56$ , en az puanı 4,00 ve en fazla puanı 28,00 ve özel insandan alınan destek ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması  $16,15\pm 7,70$ , en az puanı 4,00 ve en fazla puanı 28,00 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya dahil olan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireyler tarafından tedavi motivasyonu ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması  $91,06\pm 17,77$ , en az puanı 39,00 ve en fazla puanı 118,00 olarak belirlenmiştir. Ayrıca tedavi motivasyonlarından içsel motivasyon ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması  $42,15\pm 10,43$ , en az puanı 11,00 ve en fazla puanı 55,00, dışsal motivasyon ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması  $10,67\pm 3,14$ , en az puanı 4,00 ve en fazla puanı 20,00, kişiler arası yardım arama ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması  $20,41\pm 5,19$ , en az puanı 6,00 ve en fazla puanı 30,00 ve tedaviye güven ifadelerine verilen yanıtların toplam ortalaması  $17,83\pm 4,57$ , en az puanı 6,00 ve en fazla puanı 25,00 olarak tespit edilmiştir.

#### **4.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanmaya Yönelik Bulgular**

Çalışmanın bu kısmında araştırma grubunu teşkil eden alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaş, medeni durum, çalışma durumu, anne-babanın varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, tercih maddesi, hastanede yatış sayısı ve şu an yaşanan yer ile ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma toplam skorları arasındaki farklılaşmalar ele alınacaktır.

**Tablo 25.** Yaşına Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Yaş Durumu	f	$\bar{X}$	SS	t	P
RHİDÖ	35 Yaş Altı	66	71,29	17,37	,579	,564
	35 Yaş ve Üzeri	36	69,08	20,09		
Yabancılaşma	35 Yaş Altı	66	14,61	4,56	-,090	,928
	35 Yaş ve Üzeri	36	14,69	5,03		
Kalıp Yargıların Onaylanması	35 Yaş Altı	66	16,12	4,36	,756	,451
	35 Yaş ve Üzeri	36	15,39	5,21		
Algılanan Ayrımcılık	35 Yaş Altı	66	12,48	4,31	,403	,688
	35 Yaş ve Üzeri	36	12,11	4,78		
Sosyal Geri Çekilme	35 Yaş Altı	66	15,45	4,79	1,302	,196
	35 Yaş ve Üzeri	36	14,11	5,33		
Damgalanmaya Karşı Direnç	35 Yaş Altı	66	12,62	3,27	-,247	,805
	35 Yaş ve Üzeri	36	12,78	2,62		

Tablo 25’te gerçekleştirilen “Bağımsız Örneklem t Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç toplam puanları yaşına göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaşı, RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 26.** Cinsiyetine Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Cinsiyet Durumu	f	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	P
RHİDÖ	Erkek	94	52,77	4960,50	-	,137
	Kadın	8	36,56	292,50	1,488	
Yabancılaşma	Erkek	94	52,65	4949,50	-	,176
	Kadın	8	37,94	303,50	1,354	
Kalıp Yargıların Onaylanması	Erkek	94	52,46	4931,50	-	,259
	Kadın	8	40,19	321,50	1,129	
Algılanan Ayrımcılık	Erkek	94	52,82	4965,50	-	,120
	Kadın	8	35,94	287,50	1,554	
Sosyal Geri Çekilme	Erkek	94	51,87	4875,50	-	,667
	Kadın	8	47,19	377,50	-,431	
Damgalanmaya Karşı Direnç	Erkek	94	54,15	5090,00	-	,002
	Kadın	8	20,38	163,00	3,120	

Tablo 26’da gerçekleştirilen “Mann Whitney U Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin damgalanmaya karşı direnç toplam puanları cinsiyetine göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ( $p<0,05$ ) ve erkeklerin damgalanmaya karşı

direnç puanları kadın göre daha yüksektir. Ayrıca alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme toplam puanları cinsiyetine göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin cinsiyeti, damgalanmaya karşı direnç grup toplam puanları arasında farklılık oluştururken RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 27.** Medeni Duruma Göre RHİDÖ'den Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Medeni Durum	f	$\bar{X}$	SS	t	P
RHİDÖ	Bekar/Boşanmış	64	69,84	18,27	-,475	,636
	Evli	38	71,63	18,57		
Yabancılaşma	Bekar/Boşanmış	64	14,39	4,59	-,685	,495
	Evli	38	15,05	4,93		
Kalıp Yargıların Onaylanması	Bekar/Boşanmış	64	15,78	4,61	-,228	,820
	Evli	38	16,00	4,81		
Algılanan Ayrımcılık	Bekar/Boşanmış	64	11,94	4,22	-1,223	,224
	Evli	38	13,05	4,82		
Sosyal Geri Çekilme	Bekar/Boşanmış	64	15,20	4,93	,582	,562
	Evli	38	14,61	5,16		
Damgalanmaya Karşı Direnç	Bekar/Boşanmış	64	12,53	3,27	-,624	,534
	Evli	38	12,92	2,63		

Tablo 27'de gerçekleştirilen "Bağımsız Örneklem t Testi" sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç toplam puanları medeni durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin medeni durumu, RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 28.** Çalışma Durumuna Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Çalışma Durumu	f	$\bar{X}$	SS	t	P
RHİDÖ	Evet	35	69,43	18,83	-,429	,669
	Hayır	67	71,07	18,15		
Yabancılaşma	Evet	35	14,34	4,78	-,455	,650
	Hayır	67	14,79	4,69		
Kalıp Yargıların Onaylanması	Evet	35	15,46	4,69	-,633	,528
	Hayır	67	16,07	4,67		
Algılanan Ayrımcılık	Evet	35	12,20	4,89	-,249	,804
	Hayır	67	12,43	4,26		
Sosyal Geri Çekilme	Evet	35	14,74	5,34	-,345	,731
	Hayır	67	15,10	4,85		
Damgalanmaya Karşı Direnç	Evet	35	12,69	2,82	,022	,982
	Hayır	67	12,67	3,17		

Tablo 28’de gerçekleştirilen “Bağımsız Örneklem t Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç toplam puanları çalışma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çalışma durumu, RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 29.** Şu an Yaşanılan Yere Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Şu an Yaşanılan Yer	f	$\bar{X}$	SS	t	P
RHİDÖ	Küçük il/ İlçe merkezi	43	73,77	14,50	1,628	,107
	Büyük il / Metropol	59	68,14	20,44		
Yabancılaşma	Küçük il/ İlçe merkezi	43	14,91	4,03	,512	,610
	Büyük il / Metropol	59	14,44	5,17		
Kalıp Yargıların Onaylanması	Küçük il/ İlçe merkezi	43	16,51	4,18	1,202	,232
	Büyük il / Metropol	59	15,39	4,97		
Algılanan Ayrımcılık	Küçük il/ İlçe merkezi	43	13,67	4,13	2,627	<b>,010</b>
	Büyük il / Metropol	59	11,39	4,48		
Sosyal Geri Çekilme	Küçük il/ İlçe merkezi	43	16,09	4,10	2,033	<b>,045</b>
	Büyük il / Metropol	59	14,17	5,46		
Damgalanmaya Karşı Direnç	Küçük il/ İlçe merkezi	43	12,58	2,87	-,268	,789
	Büyük il / Metropol	59	12,75	3,18		

Tablo 29’da gerçekleştirilen “Bağımsız Örneklem t Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme toplam puanları yaşadığı yere göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ( $p<0,05$ ) ve küçük il / ilçe merkezinde yaşayan bireylerin algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme puanları büyük il / metropol şehirlerde yaşayan bireylere göre daha yüksektir. Ayrıca alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması ve damgalanmaya karşı direnç toplam puanları yaşanan şehre göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaşadığı şehir, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme grup toplam puanları arasında farklılık oluştururken RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması ve damgalanmaya karşı direnç grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 30.** Anne Baba Birliktelik Durumuna Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Anne Baba Birliktelik Durumu	F	$\bar{X}$	SS	t	P
RHİDÖ	Anne veya baba hayatta değil/ Ayrı Yaşıyorlar	49	72,88	17,93	1,260	,211
	Birlikte yaşıyorlar	53	68,32	18,55		
Yabancılaşma	Anne veya baba hayatta değil/ Ayrı Yaşıyorlar	49	15,35	4,61	1,473	,144
	Birlikte yaşıyorlar	53	13,98	4,74		
Kalıp Yargıların Onaylanması	Anne veya baba hayatta değil/ Ayrı Yaşıyorlar	49	16,00	4,55	,284	,777
	Birlikte yaşıyorlar	53	15,74	4,81		
Algılanan Ayrımcılık	Anne veya baba hayatta değil/ Ayrı Yaşıyorlar	49	12,65	4,32	,651	,516
	Birlikte yaşıyorlar	53	12,08	4,61		
Sosyal Geri Çekilme	Anne veya baba hayatta değil/ Ayrı Yaşıyorlar	49	15,57	5,00	1,150	,253
	Birlikte yaşıyorlar	53	14,43	4,98		
Damgalanmaya Karşı Direnç	Anne veya baba hayatta değil/ Ayrı Yaşıyorlar	49	13,31	2,39	2,070	<b>,044</b>
	Birlikte yaşıyorlar	53	12,09	3,46		

Tablo 30’da gerçekleştirilen “Bağımsız Örneklem t Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin damgalanmaya karşı direnç toplam puanları anne-baba birliktelik durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ( $p<0,05$ ) ve anne veya babası hayatta olmayan/ayrı yaşayan bireylerin damgalanmaya karşı direnç puanları anne ve babası birlikte yaşayan bireylere göre daha yüksektir. Ayrıca alkol ve madde kullanım

bozukluğu olan bireylerin RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme toplam puanları anne-baba birliktelik durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin anne-baba birliktelik durumu, damgalanmaya karşı direnç grup toplam puanları arasında farklılık oluştururken RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 31.** Aynı Evde Yaşama Durumuna Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Aynı Evde Yaşama Durumu	f	Sıra Toplamı	$\chi^2$	P
RHİDÖ)	Yalnız	20	55,50	,896	,826
	Anne ve baba ile	53	52,10		
	Eş ve çocuklar	25	47,38		
	Arkadaş vs.	4	49,25		
Yabancılaşma	Yalnız	20	55,25	,545	,909
	Anne ve baba ile	53	51,46		
	Eş ve çocuklar	25	48,76		
	Arkadaş vs.	4	50,38		
Kalıp Yargıların Onaylanması	Yalnız	20	56,10	1,699	,637
	Anne ve baba ile	53	52,49		
	Eş ve çocuklar	25	45,26		
	Arkadaş vs.	4	54,38		
Algılanan Ayrımcılık	Yalnız	20	52,10	,320	,956
	Anne ve baba ile	53	52,14		
	Eş ve çocuklar	25	50,90		
	Arkadaş vs.	4	43,75		
Sosyal Geri Çekilme	Yalnız	20	55,23	2,027	,567
	Anne ve baba ile	53	53,58		
	Eş ve çocuklar	25	45,82		
	Arkadaş vs.	4	40,88		
Damgalanmaya Karşı Direnç	Yalnız	20	57,73	1,454	,693
	Anne ve baba ile	53	49,21		
	Eş ve çocuklar	25	50,34		
	Arkadaş vs.	4	58,00		

Tablo 31’de gerçekleştirilen “Kruskal Wallis H Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç toplam puanları aynı evde yaşama durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin aynı evde

yaşama durumu, RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 32.** Kullanılan Maddenin Cinsine Göre RHİDÖ'den Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Kullanılan Maddenin Cinsi	f	Sıra Toplamı	X <sup>2</sup>	P
RHİDÖ	Alkol	28	45,61	11,842	,106
	Esrar	11	44,00		
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	53,94		
	Opiyat (eroin)	24	54,77		
	Ekstazi	4	65,75		
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	61,00		
	Uçucu Madde	1	2,00		
	Kokain	2	12,00		
Yabancılaşma	Alkol	28	48,27	8,225	,313
	Esrar	11	45,95		
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	53,11		
	Opiyat (eroin)	24	50,38		
	Ekstazi	4	53,75		
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	62,54		
	Uçucu Madde	1	2,50		
	Kokain	2	26,50		
Kalıp Yargıların Onaylanması	Alkol	28	45,61	11,774	,108
	Esrar	11	42,82		
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	50,94		
	Opiyat (eroin)	24	59,44		
	Ekstazi	4	66,75		
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	57,48		
	Uçucu Madde	1	19,00		
	Kokain	2	6,00		
Algılanan Ayrımcılık	Alkol	28	42,41	11,641	,113
	Esrar	11	43,91		
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	55,44		
	Opiyat (eroin)	24	54,88		
	Ekstazi	4	65,88		
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	62,76		
	Uçucu Madde	1	23,50		
	Kokain	2	18,00		
Sosyal Geri Çekilme	Alkol	28	49,36	10,127	,181
	Esrar	11	42,36		
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	54,39		
	Opiyat (eroin)	24	52,83		
	Ekstazi	4	56,38		
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	60,72		
	Uçucu Madde	1	2,50		
	Kokain	2	11,50		

	Alkol	28	49,11		
	Esrar	11	55,32		
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	56,06		
	Opiyat (eroin)	24	53,13	6,515	,481
Damgalanmaya Karşı Direnç	Ekstazi	4	73,50		
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	49,00		
	Uçucu Madde	1	4,00		
	Kokain	2	32,50		

Tablo 32’de gerçekleştirilen “Kruskal Wallis H Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşıma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç toplam puanları kullanılan madde türüne göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin kullandığı madde türü, RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşıma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 33.** AMATEM’de Yatılı Tedavi Sayısına Göre RHİDÖ’den Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	AMATEM’de Yatılı Tedavi Sayısı	F	$\bar{X}$	SS	F	P
RHİDÖ	Bir Yıl	39	71,03	18,43	,085	,919
	İki Yıl	35	70,91	18,32		
	Üç Yıl ve Üzeri	28	69,29	18,73		
Yabancılaşıma	Bir Yıl	39	14,64	4,64	,454	,636
	İki Yıl	35	15,14	4,66		
	Üç Yıl ve Üzeri	28	14,00	4,94		
Kalıp Yargıların Onaylanması	Bir Yıl	39	16,00	4,33	,179	,837
	İki Yıl	35	15,49	4,85		
	Üç Yıl ve Üzeri	28	16,14	5,01		
Algılanan Ayrımcılık	Bir Yıl	39	12,26	4,81	,627	,536
	İki Yıl	35	12,97	4,04		
	Üç Yıl ve Üzeri	28	11,71	4,52		
Sosyal Geri Çekilme	Bir Yıl	39	15,51	5,18	,367	,694
	İki Yıl	35	14,74	4,98		
	Üç Yıl ve Üzeri	28	14,54	4,88		
Damgalanmaya Karşı Direnç	Bir Yıl	39	12,62	3,18	,098	,907
	İki Yıl	35	12,57	3,12		
	Üç Yıl ve Üzeri	28	12,89	2,83		

Tablo 32’de gerçekleştirilen “ANOVA” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşıma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç toplam

puanları AMATEM'de yatılı tedavi sayısına göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin AMATEM'de yatılı tedavi sayısı, RHİDÖ ve alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

#### 4.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteğe Yönelik Bulgular

Çalışmanın bu kısmında araştırma grubunu teşkil eden alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaş, medeni durum, çalışma durumu, anne-babanın varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, tercih maddesi, hastanede yatış sayısı ve şu an yaşanılan yer ile çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam skorları arasındaki farklılaşmalar ele alınacaktır.

**Tablo 34.** Yaşına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek'ten Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Yaş Durumu	F	$\bar{X}$	SS	<i>t</i>	<i>P</i>
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek</b>	35 Yaş Altı	66	50,12	15,90	,142	,887
	35 Yaş ve Üzeri	36	49,64	17,32		
Aileden Alınan Sosyal Destek	35 Yaş Altı	66	19,18	7,53	,498	,620
	35 Yaş ve Üzeri	36	18,39	7,98		
Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	35 Yaş Altı	66	15,33	6,62	,898	,371
	35 Yaş ve Üzeri	36	14,11	6,46		
Özel İnsandan Alınan Destek	35 Yaş Altı	66	15,61	7,76	-,961	,339
	35 Yaş ve Üzeri	36	17,14	7,59		

Tablo 34'te gerçekleştirilen “Bağımsız Örneklem t Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek toplam puanları yaşına göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaşı, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 35.** Cinsiyete Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek 'ten Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Cinsiyet Durumu	F	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	P
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek</b>	Erkek	94	50,85	4779,50	-,766	,444
	Kadın	8	59,19	473,50		
Aileden Alınan Sosyal Destek	Erkek	94	51,23	4815,50	-,318	,750
	Kadın	8	54,69	437,50		
Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	Erkek	94	50,30	4728,50	1,402	,161
	Kadın	8	65,56	524,50		
Özel İnsandan Alınan Destek	Erkek	94	51,46	4837,50	-,044	,965
	Kadın	8	51,94	415,50		

Tablo 35'te gerçekleştirilen "Mann Whitney U Testi" sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek toplam puanları cinsiyetine göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin cinsiyeti, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 36.** Medeni Duruma Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek 'ten Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Medeni Durum	F	$\bar{X}$	SS	t	P
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek</b>	Bekar	64	50,30	16,27	,266	,783
	Evli	38	49,37	16,64		
Aileden Alınan Sosyal Destek	Bekar	64	18,58	7,36	-,552	,582
	Evli	38	19,45	8,22		
Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	Bekar	64	15,25	7,13	,740	,461
	Evli	38	14,32	5,51		
Özel İnsandan Alınan Destek	Bekar	64	16,47	7,89	,546	,586
	Evli	38	15,61	7,43		

Tablo 36'da gerçekleştirilen "Bağımsız Örneklem t Testi" sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek toplam puanları medeni durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin medeni durumu, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden

alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 37.** Çalışma Durumuna Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destekten Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Çalışma Durumu	F	$\bar{X}$	SS	t	P
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek</b>	Evet	35	52,23	18,64	1,018	,311
	Hayır	67	48,76	15,00		
Aileden Alınan Sosyal Destek	Evet	35	19,57	7,94	,636	,526
	Hayır	67	18,55	7,55		
Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	Evet	35	16,26	6,12	1,518	,132
	Hayır	67	14,19	6,71		
Özel İnsandan Alınan Destek	Evet	35	16,40	7,95	,239	,812
	Hayır	67	16,01	7,62		

Tablo 37’de gerçekleştirilen “Bağımsız Örneklem t Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek toplam puanları çalışma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çalışma durumu, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 38.** Şu an Yaşanılan Yere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destekten Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Şuan Yaşanılan Yer	f	$\bar{X}$	SS	t	P
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek</b>	Küçük il/ İlçe merkezi	43	46,65	15,32	-1,760	,081
	Büyük il / Metropol	59	52,36	16,75		
Aileden Alınan Sosyal Destek	Küçük il/ İlçe merkezi	43	17,16	8,08	-1,986	0,51
	Büyük il / Metropol	59	20,17	7,15		
Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	Küçük il/ İlçe merkezi	43	14,88	6,47	-,024	,981
	Büyük il / Metropol	59	14,92	6,68		
Özel İnsandan Alınan Destek	Küçük il/ İlçe merkezi	43	14,60	7,41	-1,746	,084
	Büyük il / Metropol	59	17,27	7,77		

Tablo 38’de gerçekleştirilen “Bağımsız Örneklem t Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek toplam puanları şu an yaşanılan yere göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin şu an yaşanılan yer, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 39.** Anne Baba Birliktelik Durumuna Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destekten Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Anne Baba Birliktelik Durumu	f	$\bar{X}$	SS	t	P
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek	Anne veya baba hayatta değil/Ayrı Yaşıyorlar	49	47,27	16,48	-1,609	,111
	Birlikte yaşıyorlar	53	52,43	15,94		
Aileden Alınan Sosyal Destek	Anne veya baba hayatta değil/Ayrı Yaşıyorlar	49	17,10	7,78	-2,331	<b>,022</b>
	Birlikte yaşıyorlar	53	20,57	7,23		
Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	Anne veya baba hayatta değil/Ayrı Yaşıyorlar	49	13,78	6,69	-1,682	,096
	Birlikte yaşıyorlar	53	15,94	6,32		
Özel İnsandan Alınan Destek	Anne veya baba hayatta değil/Ayrı Yaşıyorlar	49	16,39	7,33	,302	,763
	Birlikte yaşıyorlar	53	15,92	8,08		

Tablo 39’da gerçekleştirilen “Bağımsız Örneklem t Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin aileden alınan sosyal destek toplam puanları anne-baba birliktelik durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ( $p<0,05$ ) ve anne babası birlikte yaşayan bireylerin aileden alınan sosyal destek puanları anne veya babası hayatta olmayan ya da ayrı yaşayan bireylere göre daha yüksektir. Ayrıca alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çok boyutlu algılanan destek ve alt boyutlarından arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek toplam puanları anne-baba birliktelik durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin anne-baba birliktelik durumu, aileden alınan sosyal destek grup toplam puanları arasında farklılık oluştururken çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 40.** Aynı Evde Yaşama Durumuna Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek'ten Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Aynı Evde Yaşama Durumu	f	Sıra Toplamı	X <sup>2</sup>	p
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek</b>	Yalnız	20	44,98	1,521	,677
	Anne ve baba ile	53	51,88		
	Eş ve çocuklar	25	54,78		
	Arkadaş vs.	4	58,63		
Aileden Alınan Sosyal Destek	Yalnız	20	43,48	3,345	,341
	Anne ve baba ile	53	50,50		
	Eş ve çocuklar	25	58,70		
	Arkadaş vs.	4	59,88		
Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	Yalnız	20	37,38	7,729	,052
	Anne ve baba ile	53	54,07		
	Eş ve çocuklar	25	53,52		
	Arkadaş vs.	4	75,50		
Özel İnsandan Alınan Destek	Yalnız	20	54,60	,458	,928
	Anne ve baba ile	53	51,29		
	Eş ve çocuklar	25	50,54		
	Arkadaş vs.	4	44,75		

Tablo 40'ta gerçekleştirilen "Kruskal Wallis H Testi" sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek toplam puanları aynı evde yaşama durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin aynı evde yaşama durumu, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 41.** Kullanılan Maddenin Cinsine Göre Değişkenlerden Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Kullanılan Maddenin Cinsi	f	Sıra Toplamı	X <sup>2</sup>	p
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek</b>	Alkol	28	58,00	10,910	,143
	Esrar	11	53,73		
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	37,61		
	Opiyat (eroin)	24	45,54		
	Ekstazi	4	26,13		
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	54,59		
	Uçucu Madde	1	90,50		
Kokain	2	78,00			
Aileden Alınan Sosyal Destek	Alkol	28	51,91	2,722	,910
	Esrar	11	55,18		
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	40,94		
	Opiyat (eroin)	24	52,94		
	Ekstazi	4	44,13		
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	50,89		
	Uçucu Madde	1	74,00		
Kokain	2	66,25			
Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	Alkol	28	56,11	9,646	,210
	Esrar	11	61,73		
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	41,83		
	Opiyat (eroin)	24	40,92		
	Ekstazi	4	31,88		
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	57,70		
	Uçucu Madde	1	77,50		
Kokain	2	56,25			
Özel İnsandan Alınan Destek	Alkol	28	59,54	10,870	,144
	Esrar	11	45,77		
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	41,72		
	Opiyat (eroin)	24	48,06		
	Ekstazi	4	25,88		
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	51,85		
	Uçucu Madde	1	84,00		
Kokain	2	86,75			

Tablo 41’de gerçekleştirilen “Kruskal Wallis H Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek toplam puanları kullanılan madde cinsine göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin kullandığı madde cinsi, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal

destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 42.** AMATEM'de Yatılı Tedavi Sayısına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destekten Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	AMATEM'de Yatılı Tedavi Sayısı	f	$\bar{X}$	SS	F	P
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek</b>	Bir Yıl	39	51,05	16,56	,186	,831
	İki Yıl	35	48,71	17,14		
	Üç Yıl ve Üzeri	28	49,96	15,44		
Aileden Alınan Sosyal Destek	Bir Yıl	39	19,97	7,57	,780	,461
	İki Yıl	35	17,74	7,70		
	Üç Yıl ve Üzeri	28	18,86	7,80		
Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	Bir Yıl	39	15,56	6,27	,609	,546
	İki Yıl	35	15,06	6,85		
	Üç Yıl ve Üzeri	28	13,79	6,68		
Özel İnsandan Alınan Destek	Bir Yıl	39	15,51	8,47	,470	,627
	İki Yıl	35	15,91	7,24		
	Üç Yıl ve Üzeri	28	17,32	7,24		

Tablo 42’de gerçekleştirilen “ANOVA” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek toplam puanları AMATEM’de yatılı tedavi sayısına göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin AMATEM’de yatılı tedavi sayısı, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

#### 4.6. Tedavi Motivasyonuna Yönelik Bulgular

Çalışmanın bu kısmında araştırma grubunu teşkil eden alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaş, medeni durum, çalışma durumu, anne-babanın varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, tercih maddesi, hastanede yatış sayısı ve şu an yaşanılan yer ile tedavi motivasyonu toplam skorları arasındaki farklılaşmalar ele alınacaktır.

**Tablo 43.** Yaşına Göre Tedavi Motivasyonundan Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Yaş Durumu	f	$\bar{X}$	SS	t	P
Tedavi Motivasyonu	35 Yaş Altı	66	90,41	18,00	-,498	,620
	35 Yaş ve Üzeri	36	92,25	17,54		
İçsel Motivasyon	35 Yaş Altı	66	41,53	10,85	-,807	,421
	35 Yaş ve Üzeri	36	43,28	9,65		
Dışsal Motivasyon	35 Yaş Altı	66	10,80	2,84	,592	,555
	35 Yaş ve Üzeri	36	10,42	3,65		
Kişilerarası Yardım Arama	35 Yaş Altı	66	20,62	5,03	,550	,583
	35 Yaş ve Üzeri	36	20,03	5,52		
Tedaviye Güven	35 Yaş Altı	66	17,45	4,43	-1,134	,259
	35 Yaş ve Üzeri	36	18,53	4,81		

Tablo 43'te gerçekleştirilen "Bağımsız Örneklem t Testi" sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonu, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven toplam puanları yaşına göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaşı, tedavi motivasyonu, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 44.** Cinsiyete Göre Tedavi Motivasyonundan Elde Edilen Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Cinsiyet Durumu	F	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	P
Tedavi Motivasyonu	Erkek	94	49,33	4637,00	-	,011
	Kadın	8	77,00	616,00	2,540	
İçsel Motivasyon	Erkek	94	49,54	4656,50	-	,022
	Kadın	8	74,56	596,50	2,299	
Dışsal Motivasyon	Erkek	94	52,01	4888,50	-,596	,551
	Kadın	8	45,56	364,50		
Kişilerarası Yardım Arama	Erkek	94	50,22	4721,00	-	,134
	Kadın	8	66,50	532,00	1,497	
Tedaviye Güven	Erkek	94	49,61	4663,50	-	,027
	Kadın	8	73,69	589,50	2,215	

Tablo 44'te gerçekleştirilen "Mann Whitney U Testi" sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonu, içsel motivasyon ve tedaviye güven toplam puanları cinsiyetine göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ( $p<0,05$ ) ve kadınların tedavi motivasyonu, içsel motivasyon ve tedaviye güven algıları erkeklere göre daha yüksektir. Ayrıca alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin dışsal motivasyon ve kişilerarası yardım arama toplam puanları cinsiyetine göre istatistiki bakımdan anlamlı

farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin cinsiyeti, tedavi motivasyonu, içsel motivasyon ve tedaviye güven grup toplam puanları arasında farklılık oluştururken dışsal motivasyon ve kişilerarası yardım arama grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 45.** Medeni Duruma Göre Tedavi Motivasyonundan Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Medeni Durum	f	$\bar{X}$	SS	t	P
Tedavi Motivasyonu	Bekar	64	91,44	17,89	,278	,782
	Evli	38	90,42	17,79		
İçsel Motivasyon	Bekar	64	42,03	10,46	-,145	,885
	Evli	38	42,34	10,50		
Dışsal Motivasyon	Bekar	64	10,44	3,05	-,957	,341
	Evli	38	11,05	3,28		
Kişilerarası Yardım Arama	Bekar	64	20,58	5,05	,419	,676
	Evli	38	20,13	5,47		
Tedaviye Güven	Bekar	64	18,39	4,57	1,610	,111
	Evli	38	16,89	4,48		

Tablo 45'te gerçekleştirilen "Bağımsız Örneklem t Testi" sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonu, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven toplam puanları medeni durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin medeni durumu, tedavi motivasyonu, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 46.** Çalışma Durumuna Göre Tedavi Motivasyonundan Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Çalışma Durumu	f	$\bar{X}$	SS	t	P
Tedavi Motivasyonu	Evet	35	90,40	14,96	-,269	,788
	Hayır	67	91,40	19,18		
İçsel Motivasyon	Evet	35	42,14	8,54	-,003	,998
	Hayır	67	42,15	11,35		
Dışsal Motivasyon	Evet	35	9,97	2,19	-1,630	,106
	Hayır	67	11,03	3,49		
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	35	20,40	4,16	-,018	,986
	Hayır	67	20,42	5,68		
Tedaviye Güven	Evet	35	17,89	3,61	,092	,927
	Hayır	67	17,81	5,03		

Tablo 46’da gerçekleştirilen “Bağımsız Örneklem t Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonu, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven toplam puanları çalışma durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çalışma durumu, tedavi motivasyonu, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 47.** Şu an Yaşanılan Yere Göre Tedavi Motivasyonundan Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Şu an Yaşanılan Yer	f	$\bar{X}$	SS	t	P
Tedavi Motivasyonu	Küçük il/ İlçe merkezi	43	84,98	21,24	-2,864	<b>,006</b>
	Büyük il / Metropol	59	95,49	13,26		
İçsel Motivasyon	Küçük il/ İlçe merkezi	43	38,56	12,78	-2,855	<b>,006</b>
	Büyük il / Metropol	59	44,76	7,38		
Dışsal Motivasyon	Küçük il/ İlçe merkezi	43	10,44	3,59	-,616	,539
	Büyük il / Metropol	59	10,83	2,79		
Kişilerarası Yardım Arama	Küçük il/ İlçe merkezi	43	18,74	5,88	-2,732	<b>,008</b>
	Büyük il / Metropol	59	21,63	4,28		
Tedaviye Güven	Küçük il/ İlçe merkezi	43	17,23	5,34	-1,082	,283
	Büyük il / Metropol	59	18,27	3,92		

Tablo 47’de gerçekleştirilen “Bağımsız Örneklem t Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonu, içsel motivasyon ve kişilerarası yardım arama toplam puanları şu an yaşadığı yere göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmakta ( $p<0,05$ ) ve büyük il ya da metropol şehirlerde yaşayan bireylerin tedavi motivasyonu, içsel motivasyon ve kişilerarası yardım arama algıları küçük il ya da ilçe merkezinde yaşayan bireylere göre daha yüksektir. Ayrıca alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin dışsal motivasyon ve tedaviye güven toplam puanları şu an yaşanılan yere göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin şu an yaşadığı yer, tedavi motivasyonu, içsel motivasyon ve kişilerarası yardım arama grup toplam puanları arasında farklılık oluştururken dışsal motivasyon ve tedaviye güven grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 48.** Anne Baba Birliktelik Durumuna Göre Tedavi Motivasyonundan Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Anne Baba Birliktelik Durumur	f	$\bar{X}$	SS	t	P
Tedavi Motivasyonu	Anne veya baba hayatta değil/Ayrı Yaşıyorlar	49	92,43	16,57	,747	,547
	Birlikte yaşıyorlar	53	89,79	18,89		
İçsel Motivasyon	Anne veya baba hayatta değil/Ayrı Yaşıyorlar	49	43,12	9,72	,908	,366
	Birlikte yaşıyorlar	53	41,25	11,06		
Dışsal Motivasyon	Anne veya baba hayatta değil/Ayrı Yaşıyorlar	49	10,06	3,21	-1,897	,061
	Birlikte yaşıyorlar	53	11,23	2,99		
Kişilerarası Yardım Arama	Anne veya baba hayatta değil/Ayrı Yaşıyorlar	49	20,82	5,13	,756	,452
	Birlikte yaşıyorlar	53	20,04	5,27		
Tedaviye Güven	Anne veya baba hayatta değil/Ayrı Yaşıyorlar	49	18,43	4,59	1,268	,208
	Birlikte yaşıyorlar	53	17,28	4,53		

Tablo 48’de gerçekleştirilen “Bağımsız Örneklem t Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonu, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven toplam puanları anne-baba birliktelik durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin anne-baba birliktelik durumu, tedavi motivasyonu, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 49.** Aynı Evde Yaşama Durumuna Göre Değişkenlerden Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Aynı Evde Yaşama Durumu	f	Sıra Toplamı	X <sup>2</sup>	p
Tedavi Motivasyonu	Yalnız	20	57,55	3,616	,306
	Anne ve baba ile	53	48,93		
	Eş ve çocuklar	25	55,40		
	Arkadaş vs.	4	30,88		
İçsel Motivasyon	Yalnız	20	57,85	3,613	,306
	Anne ve baba ile	53	48,77		
	Eş ve çocuklar	25	55,38		
	Arkadaş vs.	4	31,63		
Dışsal Motivasyon	Yalnız	20	51,08	1,201	,753
	Anne ve baba ile	53	54,09		
	Eş ve çocuklar	25	47,80		
	Arkadaş vs.	4	42,38		
Kişilerarası Yardım Arama	Yalnız	20	55,25	1,396	,706
	Anne ve baba ile	53	50,05		
	Eş ve çocuklar	25	53,70		
	Arkadaş vs.	4	38,25		
Tedaviye Güven	Yalnız	20	59,23	2,813	,421
	Anne ve baba ile	53	49,58		
	Eş ve çocuklar	25	51,98		
	Arkadaş vs.	4	35,25		

Tablo 49’da gerçekleştirilen “Kruskal Wallis H Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonu, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven toplam puanları aynı evde yaşama durumuna göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin aynı evde yaşama durumu, tedavi motivasyonu, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 50.** Kullanılan Maddenin Cinsine Göre Değişkenlerden Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	Kullanılan Maddenin Cinsi	f	Sıra Toplamı	X <sup>2</sup>	P
<b>Tedavi Motivasyonu</b>	Alkol	28	58,45	19,365	<b>,007</b>
	Esrar	11	32,18		
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	30,83		
	Opiyat (eroïn)	24	62,69		
	Ekstazi	4	54,38		
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	43,89		
	Uçucu Madde	1	85,50		
	Kokain	2	84,00		
İçsel Motivasyon	Alkol	28	59,23	18,628	<b>,009</b>
	Esrar	11	38,73		
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	26,56		
	Opiyat (eroïn)	24	60,54		
	Ekstazi	4	60,63		
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	42,72		
	Uçucu Madde	1	83,00		
	Kokain	2	84,25		
Dışsal Motivasyon	Alkol	28	37,70	17,051	<b>,017</b>
	Esrar	11	36,32		
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	68,00		
	Opiyat (eroïn)	24	63,46		
	Ekstazi	4	52,50		
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	57,00		
	Uçucu Madde	1	59,00		
	Kokain	2	41,50		
Kişilerarası Yardım Arama	Alkol	28	60,46	14,298	<b>,046</b>
	Esrar	11	31,32		
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	39,50		
	Opiyat (eroïn)	24	57,54		
	Ekstazi	4	40,63		
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	46,91		
	Uçucu Madde	1	65,00		
	Kokain	2	86,25		
Tedaviye Güven	Alkol	28	57,91	16,917	<b>,018</b>
	Esrar	11	42,59		
	Sentetik Kannabinoid (bonzai/jam)	9	21,83		
	Opiyat (eroïn)	24	60,46		
	Ekstazi	4	58,75		
	Amfetaminler (metamfetamin)	23	45,83		
	Uçucu Madde	1	86,50		
	Kokain	2	70,00		

Tablo 50’de gerçekleştirilen “Kruskal Wallis H Testi” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonu, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven toplam puanları kullanılan madde cinsine göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmaktadır ( $p<0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin kullandığı madde cinsi, tedavi motivasyonu, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmaktadır.

**Tablo 51.** AMATEM'de Yatılı Tedavi Sayısına Göre Tedavi Motivasyonundan Elde Edilen Ortalama Skorların Farklılaşma Durumu

Değişkenler	AMATEM'de Yatılı Tedavi Sayısı	f	$\bar{X}$	SS	F	P
Tedavi Motivasyonu	Bir Yıl	39	89,85	18,69	,622	,539
	İki Yıl	35	93,77	15,91		
	Üç Yıl ve Üzeri	28	89,36	18,88		
İçsel Motivasyon	Bir Yıl	39	41,64	10,94	,269	,765
	İki Yıl	35	43,20	9,45		
	Üç Yıl ve Üzeri	28	41,54	11,11		
Dışsal Motivasyon	Bir Yıl	39	9,87	2,59	2,091	,129
	İki Yıl	35	11,09	3,58		
	Üç Yıl ve Üzeri	28	11,25	3,13		
Kişilerarası Yardım Arama	Bir Yıl	39	20,87	5,54	,571	,567
	İki Yıl	35	20,60	4,90		
	Üç Yıl ve Üzeri	28	19,54	5,10		
Tedaviye Güven	Bir Yıl	39	17,46	4,12	1,496	,229
	İki Yıl	35	18,89	4,53		
	Üç Yıl ve Üzeri	28	17,04	5,12		

Tablo 51’de gerçekleştirilen “ANOVA” sonuçlarına göre; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonu, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven toplam puanları AMATEM'de yatılı tedavi sayısına göre istatistiki bakımdan anlamlı farklılaşmamaktadır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin AMATEM'de yatılı tedavi sayısı, tedavi motivasyonu, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmamaktadır.

#### 4.7. Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Çalışmanın bu kısmında RHİDÖ, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişki, parametrik test yöntemlerinden “Pearson Korelasyon

Analizi”yle incelenmiş, istatistiki anlamlılığın  $p < 0,05$  seviyesinde değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayısının değerlendirme ölçütleri şöyledir;

“ $0.00 = r_p$  ise ilişki yoktur.”

“ $0.00 < r_p < 0.29$  ise düşük düzeyde ilişki vardır.”

“ $0.30 < r_p < 0.69$  ise orta düzeyde ilişki vardır.”

“ $0.70 < r_p < 0.99$  ise yüksek düzeyde ilişki vardır.”

“ $1.00 = r_p$  ise mükemmel ilişki vardır” (Köklü, Büyüköztürk ve Bökeoğlu, 2006).



**Tablo 52.** Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
<b>1. RHİDÖ</b>	$r_p$	1	,882**	,872**	,875**	,914**	,530**	-	-	-,243*	-	-,135	-,138	209*	-,060	-
	p		<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,005</b>	<b>,014</b>	<b>,010</b>	,177	,166	<b>,035</b>	,547	<b>,004</b>
2. Yabancılaşma	$r_p$		1	,724**	,733**	,772**	,307**	-,220*	-,185	-,179	-,131	-,097	-,097	,145	-,002	-
	p			<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,002</b>	<b>,026</b>	,063	,072	,190	,331	,333	,145	,985	<b>,010</b>
3. Kalıp Yargıların Onaylanması	$r_p$			1	,661**	,731**	,427**	-,241*	-,097	-	-,170	-,004	,001	,209*	,045	-,211*
	p				<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,015</b>	,335	<b>,003</b>	,087	,965	,999	<b>,035</b>	,654	<b>,033</b>
4. Algılanan Ayrımcılık	$r_p$				1	,810**	,323**	-	-	-,183	-	-	-	,216*	-,217*	-
	p					<b>,000</b>	<b>,001</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	,065	<b>,004</b>	<b>,007</b>	<b>,005</b>	<b>,030</b>	<b>,028</b>	<b>,002</b>
5. Sosyal Geri Çekilme	$r_p$					1	,357**	-,342**	-,302**	-,184	-,270**	-,190	-,201*	,152	-,095	-,276**
	p						<b>,000</b>	<b>,002</b>	,065	<b>,006</b>	,056	<b>,043</b>	,126	,344	<b>,005</b>	<b>,000</b>
6. Damgalanmaya Karşı Direnç	$r_p$						1	-,237*	-,145	-,172	-,211*	,045	,053	,147	,046	-,101
	p							<b>,017</b>	,145	,083	<b>,033</b>	,656	,594	,140	,649	,314
<b>7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek</b>	$r_p$							1	,780**	,628**	,810**	,235*	,254*	-,162	,191	,229*
	p								<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,017</b>	<b>,010</b>	,105	,054	<b>,020</b>
8. Aileden Alınan Sosyal Destek	$r_p$								1	,204*	,486**	,350**	,376**	-,086	,288**	,235*
	p									<b>,039</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	,389	<b>,003</b>	<b>,018</b>
9. Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	$r_p$									1	,277**	-,079	-,097	-,042	-,068	,018
	p										<b>,005</b>	,428	,334	,675	,499	,861
10. Özel İnsandan Alınan Destek	$r_p$										1	,218*	,247*	-,221*	,177	,238*
	p											<b>,027</b>	<b>,012</b>	<b>,025</b>	,075	<b>,016</b>
<b>11. Tedavi Motivasyonu</b>	$r_p$											1	,967**	,030	,825**	,725**
	p												<b>,000</b>	,765	<b>,000</b>	<b>,000</b>
12. İçsel Motivasyon	$r_p$												1	-,088	,736**	,704**
	p													,377	<b>,000</b>	<b>,000</b>

13.Dışsal Motivasyon	r <sub>p</sub>	1	-,010	-,357**
	p		,923	<b>,000</b>
14.Kişilerarası Yardım Arama	r <sub>p</sub>		1	,403**
	p			<b>,000</b>
15.Tedaviye Güven	r <sub>p</sub>			1
	p			

\*\* p<0.01 \* p<0.05

Tablo 52'deki analiz sonuçları incelendiğinde;

- Araştırmaya dahil olan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yabancılaşma düzeyi ile tedaviye güven düzeyi arasında negatif yönde ve düşük seviyede korelasyon varken ( $p < 0.05$ ) bireylerin, yabancılaşma düzeyi ile aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek, özel insandan alınan destek, içsel motivasyon, dışsal motivasyon ve kişilerarası yardım arama düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p > 0.05$ ) tespit edilmiştir.

- Araştırmaya dahil olan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin kalıp yargıların onaylanması düzeyi ile arkadaştan alınan sosyal destek, dışsal motivasyon ve tedaviye güven düzeyi arasında negatif yönde ve düşük seviyede korelasyon varken ( $p < 0.05$ ) bireylerin, kalıp yargıların onaylanması düzeyi ile aileden alınan sosyal destek, özel insandan alınan destek, içsel motivasyon ve kişilerarası yardım arama düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p > 0.05$ ) tespit edilmiştir.

- Araştırmaya dahil olan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin algılanan destek düzeyi ile dışsal motivasyon pozitif yönde ve düşük seviyede korelasyon olduğu ( $p < 0.05$ ) ve algılanan destek düzeyi ile aileden alınan sosyal destek, özel insandan alınan destek, içsel motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven düzeyi arasında negatif yönde ve düşük ve orta seviyede korelasyon varken ( $p < 0.05$ ) bireylerin, algılanan destek düzeyi ile arkadaştan alınan sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p > 0.05$ ) tespit edilmiştir.

- Araştırmaya dahil olan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin sosyal geri çekilme düzeyi ile arkadaştan alınan sosyal destek, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven düzeyi arasında negatif yönde ve düşük seviyede korelasyon varken ( $p < 0.05$ ) bireylerin, sosyal geri çekilme düzeyi ile aileden alınan sosyal destek, özel insandan alınan destek, içsel motivasyon ve dışsal motivasyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p > 0.05$ ) tespit edilmiştir.

- Araştırmaya dahil olan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin damgalanmaya karşı direnç düzeyi ile özel insandan destek düzeyi arasında negatif yönde ve düşük seviyede korelasyon varken ( $p < 0.05$ ) bireylerin, damgalanmaya karşı direnç düzeyi ile aileden alınan sosyal destek, arkadaştan alınan sosyal destek, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p > 0.05$ ) tespit edilmiştir.

- Araştırmaya dahil olan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin aileden alınan sosyal destek düzeyi ile içsel motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven düzeyi arasında pozitif yönde ve düşük ve orta seviyede korelasyon varken ( $p < 0.05$ ) bireylerin aileden alınan sosyal destek düzeyi ile dışsal motivasyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p > 0,05$ ) tespit edilmiştir.

- Araştırmaya dahil olan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin arkadaştan alınan sosyal destek düzeyi ile içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p > 0,05$ ) tespit edilmiştir.

- Araştırmaya dahil olan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin özel insandan sosyal destek düzeyi ile dışsal motivasyon düzeyi arasında negatif yönde ve düşük seviyede korelasyon olduğu ( $p < 0.05$ ), özel insandan sosyal destek düzeyi ile içsel motivasyon ve tedaviye güven düzeyi arasında pozitif yönde ve düşük seviyede korelasyon varken ( $p < 0.05$ ) bireylerin, özel insandan sosyal destek düzeyi ile kişilerarası yardım arama düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p > 0,05$ ) tespit edilmiştir.

#### **4.8. Regresyon Analizine Yönelik Bulgular**

Çalışmanın bu kısmında, araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan model kapsamında regresyon analizleri yapılmıştır. Algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanmanın alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisi ve içselleştirilmiş damgalanmanın alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin algıladıkları sosyal destek üzerindeki etkisi araştırılmıştır ve tablolar halinde sunulmuştur. Ayrıca içsel motivasyon ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç ve arkadaştan alınan sosyal destek arasında ilişki olmadığı; dışsal motivasyon ile yabancılaşma, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç, aileden alınan sosyal destek ve arkadaştan alınan sosyal destek arasında ilişki olmadığı; kişilerarası yardım arama ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, damgalanmaya karşı direnç, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek arasında ilişki olmadığı; tedaviye güven ile damgalanmaya karşı direnç ve arkadaştan alınan sosyal destek arasında ilişki olmadığı; aileden alınan sosyal destek ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç arasında ilişki olmadığı; arkadaştan alınan sosyal destek ile yabancılaşma, algılanan ayrımcılık ve damgalanmaya karşı direnç arasında ilişki olmadığı ve özel insandan alınan destek ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması ve

sosyal geri çekilme arasında ilişki olmadığı tespit edilmiş ve regresyon modeline dahil edilmemesine karar verilmiştir.

Hatalar arasında otokorelasyon olma durumu Durbin-Watson istatistiği ile incelenmiş katsayılar 1,850-2,044 arasında olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre, “hatalar arasında otokorelasyon olmadığı” belirlenmiştir. (Genceli, 1973, s. 179). Bununla birlikte; çoklu doğrusal bağlantı problemi VIF değerlerine bakılmak suretiyle incelenmiş ve “VIF değerlerinin 10’dan küçük olduğu için çoklu doğrusal bağlantı probleminin olmadığı” tespit edilmiştir (Albayrak, 2005).

**Tablo 53.** Aileden Algılanan Sosyal Desteğin ve Özel İnsandan Alınan Desteğin İçsel Motivasyon Üzerindeki Etkisi

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar			F	R <sup>2</sup>
	B	Std. hata	β	T	P		
<b>Sabit</b>	31,695	2,761		11,479	,000		
<b>Aileden Alınan Sosyal Destek</b>	,456	,145	,335	3,155	,002	1,310	8,503* ,147
<b>Özel İnsandan Algılanan Destek</b>	,113	,144	,083	,785	,434	1,310	

**Bağımlı Değişken: İçsel Motivasyon**

\* p<0.01

Analiz neticelerine göre (Bkz. Tablo 53); bu modelin istatistiki olarak anlamlı olduğu ve aileden alınan sosyal desteğin ve özel insandan alınan desteğin, içsel motivasyonun varyansının %14,7’sini açıklayabildiği anlaşılmaktadır (R<sup>2</sup>=,147; F(2,99)=8,503, p<0.01). Bulunan sonuçlara göre; aileden alınan sosyal destek (β=0.335, t=3,155, p<0.01) içsel motivasyonu pozitif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordarken özel insandan alınan destek (p>0,05) içsel

motivasyonu istatistiki bakımdan anlamlı yordamadığı tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin içsel motivasyon düzeyine, aileden alınan sosyal destek pozitif yönde katkı sağlarken özel insandan alınan desteğin anlamlı katkı sağlamadığı belirlenmiştir.

**Tablo 54. Özel İnsandan Alınan Sosyal Desteğin Dışsal Motivasyon Üzerindeki Etkisi**

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar			F	R <sup>2</sup>
	B	Std. hata	B	T	P		
<b>Sabit</b>	12,125	,711		17,060	,000		
<b>Özel İnsandan Alınan Sosyal Destek</b>	-,090	,040	-,221	-2,270	,025	5,154*	,049

**Bağımlı Değişken: Dışsal Motivasyon**

\* p<0.05

Analiz neticelerine göre (Bkz. Tablo 54); bu modelin istatistiki olarak anlamlı olduğu ve özel insandan alınan desteğin dışsal motivasyonun varyansının %4,9'unu açıklayabildiği anlaşılmaktadır (R<sup>2</sup>=,049; F(1,100)=5,154, p<0.01). Bulunan sonuçlara göre; özel insandan alınan destek ( $\beta$ =-0.221, t=-2,270, p<0.05) dışsal motivasyonu negatif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordadığı tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin dışsal motivasyon düzeyine özel insandan alınan desteğin anlamlı katkı sağladığı belirlenmiştir.

**Tablo 55. Aileden Alınan Sosyal Desteğin Kişilerarası Yardım Arama Üzerindeki Etkisi**

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar			F	R <sup>2</sup>
	B	Std. hata	B	T	P		
<b>Sabit</b>	16,731	1,322		12,655	,000		
<b>Aileden Alınan Sosyal Destek</b>	,195	,065	,288	3,002	,003	9,011*	,073

**Bağımlı Değişken: Kişilerarası Yardım Arama**

\* p<0.05

Analiz neticelerine göre (Bkz. Tablo 55); bu modelin istatistiki olarak anlamlı olduğu ve aileden alınan sosyal desteğin, kişilerarası yardım aramanın varyansının %7,3'ünü açıklayabildiği anlaşılmaktadır (R<sup>2</sup>=,073; F(1,100)=9,011, p<0.01). Bulunan sonuçlara göre; aileden alınan sosyal destek ( $\beta$ =0.288, t=3,002, p<0.05) kişilerarası yardım aramayı pozitif

yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordadığı tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin kişilerarası yardım arama düzeyine, aileden alınan sosyal desteğin anlamlı katkı sağladığı belirlenmiştir.

**Tablo 56.** Aileden Alınan Sosyal Desteğin ve Özel İnsandan Alınan Sosyal Desteğin Tedaviye Güven Üzerindeki Etkisi

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar			F	R <sup>2</sup>
	B	Std. hata	B	T	p		
<b>Sabit</b>	14,520	1,261		11,517	,000		
<b>Aileden Alınan Sosyal Destek</b>	,093	,066	,156	1,409	,162	1,310	4,021*
<b>Özel İnsandan Algılanan Destek</b>	,096	,066	,162	1,465	,146	1,310	

**Bağımlı Değişken: Tedaviye Güven**

\* p<0.05

Analiz neticelerine göre (Bkz. Tablo 56); bu modelin istatistiki olarak anlamlı olduğu ve aileden alınan sosyal desteğin ve özel insandan alınan desteğin, tedaviye güvenin varyansının %7,5'ini açıklayabildiği anlaşılmaktadır (R<sup>2</sup>=,075; F(2,99)=4,021, p<0.01). Bulunan sonuçlara göre; aileden alınan sosyal destek (p>0,05) ve özel insandan alınan destek (p>0,05) tedaviye güveni istatistiki bakımdan anlamlı yordamadığı tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedaviye güven düzeyine, aileden alınan sosyal destek ve özel insandan alınan desteğin anlamlı katkı sağlamadığı belirlenmiştir.

**Tablo 57.** Algılanan ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilmenin İçsel Motivasyon Üzerindeki Etkisi

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar			F	R <sup>2</sup>
	B	Std. hata	B	T	p		
<b>Sabit</b>	49,598	3,230		15,353	,000		
<b>Algılanan ayrımcılık</b>	-,773	,385	-,331	-2,010	,047	,343	4,187*
<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	,140	,344	,067	,409	,684	,343	

**Bağımlı Değişken: İçsel Motivasyon**

\* p<0.05

Analiz neticelerine göre (Bkz. Tablo 57); bu modelin istatistiki olarak anlamlı olduğu ve algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme, içsel motivasyonun varyansının %7,8'ini açıklayabildiği anlaşılmaktadır ( $R^2=,078$ ;  $F(2,99)=4,187$ ,  $p<0.05$ ). Bulunan sonuçlara göre; algılanan ayrımcılık ( $\beta=-0.331$ ,  $t=-2,010$ ,  $p<0.05$ ) içsel motivasyonu negatif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordarken sosyal geri çekilme ( $p>0,05$ ) içsel motivasyonu istatistiki bakımdan anlamlı yordamadığı tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin içsel motivasyon düzeyine, algılanan ayrımcılık negatif yönde katkı sağlarken sosyal geri çekilme anlamlı katkı sağlamadığı belirlenmiştir.

**Tablo 58.** Algılanan Ayrımcılığın Kişilerarası Yardım Arama Üzerindeki Etkisi

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar			F	R <sup>2</sup>
	B	Std. hata	B	T	p		
<b>Sabit</b>	23,531	1,490		15,795	,000		
<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	-,252	,113	-,217	-2,225	,028	4,950*	,047

**Bağımlı Değişken: Kişilerarası Yardım Arama**

\*  $p<0.05$

Analiz neticelerine göre (Bkz. Tablo 58); bu modelin istatistiki olarak anlamlı olduğu ve algılanan ayrımcılık, kişilerarası yardım aramanın varyansının %4,7'sini açıklayabildiği anlaşılmaktadır ( $R^2=,047$ ;  $F(1,100)=4,950$ ,  $p<0.05$ ). Bulunan sonuçlara göre; algılanan ayrımcılık ( $\beta=-0.217$ ,  $t=-2,225$ ,  $p<0.05$ ) kişilerarası yardım aramayı negatif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordadığı tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin kişilerarası yardım arama düzeyine algılanan ayrımcılığın negatif yönde katkı sağladığı belirlenmiştir.

**Tablo 59.** Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilmenin Tedaviye Güven Üzerindeki Etkisi

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar			F	R <sup>2</sup>
	B	Std. hata	B	T	P		
<b>Sabit</b>	21,987	1,628		13,509	,000		
<b>Yabancılaşma</b>	-,061	,164	-,063	-,374	,710	,3,050	2,498*
<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	,029	,150	,030	,195	,846	2,495	

<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	-,206	,177	-	-1,161	,248	3,192
<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	-,079	,177	,201	-,446	,657	3,990
			,086			

**Bağımlı Değişken: Tedaviye Güven**

\* p<0.05

Analiz neticelerine göre (Bkz. Tablo 59); bu modelin istatistiki olarak anlamlı olduğu ve yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme, tedaviye güvenin varyansının %9,3'ünü açıklayabildiği anlaşılmaktadır ( $R^2=,093$ ;  $F(4,97)=2,498$ ,  $p<0.05$ ). Bulunan sonuçlara göre; yabancılaşma ( $p>0,05$ ), kalıp yargıların onaylanması ( $p>0,05$ ), algılanan ayrımcılık ( $p>0,05$ ) ve sosyal geri çekilme ( $p>0,05$ ), Tedaviye güveni istatistiki bakımdan anlamlı yordamadığı tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedaviye güven düzeyine, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme anlamlı katkı sağlamadığı belirlenmiştir.

**Tablo 60.** Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilmenin Aileden Alınan Sosyal Destek Üzerindeki Etkisi

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar			F	R <sup>2</sup>
	B	Std. hata	B	T	p		
<b>Sabit</b>	27,049	2,256		11,990	,000		
<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	-,808	,269	-	-3,006	,003	,343	2,917*
<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	,122	,240	,080	,510	,611	,343	,167

**Bağımlı Değişken: Aileden Alınan Sosyal Destek**

\* p<0.01

Analiz neticelerine göre (Bkz. Tablo 60); bu modelin istatistiki olarak anlamlı olduğu ve algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme, aileden alınan sosyal desteğin varyansının %16,7'sini açıklayabildiği anlaşılmaktadır ( $R^2=,167$ ;  $F(2,99)=2,917$ ,  $p<0.05$ ). Bulunan sonuçlara göre; algılanan ayrımcılık ( $\beta=-0.471$ ,  $t=-3,006$ ,  $p<0.05$ ) aileden alınan sosyal desteği negatif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordarken sosyal geri çekilme ( $p>0,05$ ) aileden alınan sosyal desteği istatistiki bakımdan anlamlı yordamadığı tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin aileden alınan sosyal destek düzeyine, algılanan ayrımcılık negatif yönde katkı sağlarken sosyal geri çekilme anlamlı katkı sağlamadığı belirlenmiştir.

**Tablo 61.** Kalıp Yargıların Onaylanmasının Arkadaştan Alınan Sosyal Destek Üzerindeki Etkisi

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar			F	R <sup>2</sup>
	B	Std. hata	B	t	p		
<b>Sabit</b>	21,313	2,226		9,573	,000		
<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	-,404	,135	-,287	-3,001	,003	9,003*	,083

**Bağımlı Değişken: Arkadaştan Alınan Sosyal Destek**

\* p<0.05

Analiz neticelerine göre (Bkz. Tablo 61); bu modelin istatistiki olarak anlamlı olduğu ve kalıp yargıların onaylanmasının, arkadaştan alınan sosyal desteğin varyansının %8,3'ünü açıklayabildiği anlaşılmaktadır (R<sup>2</sup>=,083; F(1,100)=9,003, p<0.05). Bulunan sonuçlara göre; kalıp yargıların onaylanması ( $\beta$ =-0.287, t=-3,001, p<0.05) arkadaştan alınan sosyal desteği negatif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordadığı tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin arkadaştan alınan sosyal destek düzeyine kalıp yargıların onaylanmasının negatif yönde katkı sağladığı belirlenmiştir.

**Tablo 62.** Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme, Damgalanmaya Karşı Direncinin Özel İnsan Desteğinin Üzerindeki Etkisi

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar				F	R <sup>2</sup>
	B	Std. hata	B	T	p	VIF		
<b>Sabit</b>	25,791	3,393		7,601	,000			
<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	-,284	,283	-	-1,005	,317	2,923		
<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	-,141	,256	-,165	-,553	,582	3,001	3,524*	
<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	-,317	,260	-,092	-1,215	,227	1,150	,097	

**Bağımlı Değişken: Özel İnsandan Alınan Destek**

\* p<0.05

Analiz neticelerine göre (Bkz. Tablo 62); bu modelin istatistiki olarak anlamlı olduğu ve algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direncin, özel insandan alınan desteğin varyansının %9,7'sini açıklayabildiği anlaşılmaktadır (R<sup>2</sup>=,097; F(3,98)=3,524, p<0.05). Bulunan sonuçlara göre; algılanan ayrımcılık (p>0,05), sosyal geri çekilme (p>0,05)

ve damgalanmaya karşı direnç ( $p>0,05$ ) özel insandan alınan desteği istatistiki bakımdan anlamlı yordamadığı tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin özel insandan alınan destek düzeyine, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç anlamlı katkı sağlamadığı belirlenmiştir.



## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA VE ÖNERİLER

#### 5.1.Tartışma

Araştırmaya dahil edilen alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %64,7'sinin 35 yaş altı, %92,2'sinin erkek, %45,1'inin ilkokul mezunu, %62,7'sinin bekar/boşanmış/ayrı yaşadığı, %60,8'inin çocuğunun olmadığı, %61,8'inin mesleğinin olduğu, %65,7'sinin son 6 aydır düzenli bir işte çalışmadığı, %57,8'inin büyük il/metropol şehirlerde yaşadığı, %52,0'sinin ailesinin birlikte yaşadığı, %62,7'sinin annesinin ilkokul mezunu, %56,9'unun babasının ilkokul mezunu, %52,0'sinin anne ve babası ile birlikte yaşadığı, %73,5'inin birinci derece akrabalarında madde kullananın olmadığı, %27,5'inin alkol kullandığı, %74,5'inin alkol ve madde ile ilgili yasal sürecinin olmadığı, %77,5'inin bağımlılık dışında psikiyatrik tanısının olmadığı, %52,9'unun kendi isteği ile hastane yatış yaptığı, %63,7'si ailesi tarafından sosyal destek verildiği, %38,2'sinin bir kez, %34,3'ünün 2 kez ve %27,5'inin üç ve üzeri AMATEM'de yatılı tedavinin olduğu belirlenmiştir. Ayrıca alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %32,4'ü arkadaş etkisiyle madde kullanmaya başladığı ve %51,0'inin tek başınayken madde kullandığı saptanmıştır.

Araştırma grubunu teşkil eden alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, anne-babanın varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, tercih maddesi, hastanede yatış sayısı ve şu an yaşanılan yer ile değişkenlerden edilen toplam skorları arasındaki farklılaşmalar öncelikle ele alınmıştır.

Araştırmamıza dahil olan katılımcıların yaş faktörünün çalışmanın ölçekler ve alt boyutları toplam grup puanlarında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Yaş faktörünün içselleştirilmiş damgalanma ve alt boyutlarını yordama durumu literatürde incelendiğinde psikiyatrik tanıları olan bireyler ile yapılan bir çalışmada yaşın içselleştirilmiş damgalanmayı yordamadığı görülmektedir (Living vd., 2010). Birçok çalışmada çalışmamızda olduğu gibi yaşın içselleştirilmiş damgalanmada anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmektedir (Ersoy ve Varan, 2007; Kök, 2014; Beyazyüz vd., 2015). Literatürde farklı az sayıda çalışmada farklı örneklem gruplarında yaş faktörünün içselleştirilmiş damgalanmayı etkilediği görülse de (Werner, Aviv ve Barak, 2007; West vd., 2011) yapılan birçok çalışmanın çalışma sonucumuza uygun şekilde yaş faktörünün içselleştirilmiş damgalanmayı etkilemediği görülmektedir. Yaş faktörünün tedavi motivasyonu ve alt boyutlarını yordama durumu incelendiğinde çalışmamızda anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır. 2013 yılında

Ankara’da Amatem’de yapılan bir çalışmada hastaların yaşları, tedavi motivasyonu ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamadığı görülmektedir (Ertoğlu, 2013). Goodman, Peterson-Badali ve Henderson (2011), 18-25 yaşları arasındaki gelişmekte olan yetişkinlerden oluşan örneklemelerinde yaşın arttıkça baskı ve dışsal motivasyonun azaldığını, ancak içsel motivasyon ve tedavi arayışının arttığını saptamışlardır. Ülkemizde alkol ve madde kullanıcıları ile yapılan bir çalışmada da 26-30 yaş arası bireylerin tedavi motivasyonu seviyelerinin daha yüksek bulunduğu görülmektedir (Gültekin, 2018). Yine yabancı literatürdeki bir çalışmada ise yaşın dış ve içsel motivasyonla anlamlı negatif ilişkisinin saptandığı görülmektedir (Wolfe vd., 2013). Literatürde bu konuda benzer olan ve benzer olmayan sonuçlar mevcuttur.

Çalışmamızda cinsiyet faktörüne bakıldığında damgalanmaya karşı direnç grup toplam puanları arasında farklılık oluşturduğu, erkeklerin damgalanmaya karşı direncinin daha yüksek olduğu, içselleştirilmiş damgalanma ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmektedir. Tel ve Ertekin’in 2012 yılında bipolarite, anksiyete ve şizofreni tanısı alan bireylerle yaptıkları, Ersoy ve Varan’ın ise 2007 yılında psikiyatrik tanıları olan bireylerle yaptıkları çalışmalarda erkeklerde içselleştirilmiş damgalanma puanlarının daha yüksek bulunduğu görülmektedir. Yapılan birçok çalışmada ise cinsiyet değişkeni ile içselleştirilmiş damgalanma ve alt boyutlarında ilişki saptanamadığı literatürde karşımıza çıkmaktadır (West vd., 2011; Picco vd., 2016; Çalışkan; 2019). Literatüre bakıldığında erkeklerin damgalanmaya karşı direncinin daha yüksek olduğunu gösteren bir sonuç ile karşılaşılammıştır, bu bulgunun literatürden farklı olarak literatüre katkı sağladığı söylenebilir. Çalışmada alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde cinsiyetin ülkemizin geleneksel kültürel yapısı dolayısıyla algılanan sosyal destek açısından anlamlı bir farklılık oluşturabileceği düşünülmüştü ancak çıkan sonuçlarda cinsiyetin çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarında birer farklılık oluşturmadığı görülmüştür. 2019 yılında İstanbul’da alkol kullanan bireylerle yapılan bir çalışmada da başa çıkma stratejileri ve sosyal destek türleri puanları arasında cinsiyetin anlamlı farklılık oluşturabileceği düşünülmüş fakat araştırmanın sonuçlarına bakıldığında hipotez desteklenmediği görülmüştür (Avar, 2019). Çalışmamızda cinsiyet faktörünün bir diğer değişken ve alt boyutları üzerindeki etkisine bakıldığında cinsiyetin tedavi motivasyonu, içsel motivasyon ve tedaviye güven grup toplam puanları arasında farklılık oluştururken dışsal motivasyon ve kişilerarası yardım arama grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda kadınların tedavi motivasyonu, içsel motivasyon ve tedaviye güven algılarının erkeklerle göre daha yüksek bulunduğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında

bir çalışmada erkeklerin tedavi motivasyonu düzeylerinin kadınlardan yüksek olduğu bir çalışma ile karşılaşırken (Gültekin, 2018), başka bir çalışmada ise cinsiyete göre TMÖ ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Savaşan, 2010). Cinsiyet ve tedaviye güven ilişkisine dair literatürde bir bulguya rastlanamamıştır ancak bilinmektedir ki kadınların tedaviye uyum oranları erkeklerinkinden daha yüksektir (Ervatan vd., 2003). Örneklemimizdeki %92'lik kısmını erkeklerin oluşturması bu farklıların gerekçesi olarak görülebilmektedir.

Medeni durum faktörüne bakıldığında ölçek ve alt boyut puanlarını anlamlı şekilde yordamadığı çalışma sonucunda ortaya çıkmıştır. Literatüre bakıldığında medeni durumun içselleştirilmiş damgalamada anlamlı bir farklılaşma ortaya çıkarmadığı gösteren birçok çalışma ile karşılaşılmıştır (Çam ve Çuhadar, 2012; Yıldırım vd., 2012; Picco vd., 2016; Türk, 2018; Çalışkan, 2019). Ayrılmış/boşanmış/eşi vefat etmiş/eşinden ayrı yaşayan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin evli olanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu ortaya koyan medeni durumun içselleştirilmiş damgalanmayı etkilediğinin anlaşılabilirliği bir çalışma da mevcuttur (Kök ve Demir, 2018). Yine ülkemizde yapılan bir çalışma, bekar bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptamıştır (Aslan, 2020). Literatürde çalışma sonucumuzu destekleyen ve desteklemeyen çalışmaların olduğu söylenebilirken karşılaştığımız çalışmaların çoğunda ilişki saptanamadığını söylemek mümkündür. Çalışma sonuçlarımıza baktığımızda medeni durumun tedavi motivasyonu ve alt boyutları arasında bir farklılaştırma oluşturmadığı görülmektedir. 2012 yılında alkol ve madde bağımlılığı ile alakalı tedavi görmekte olan 35 birey ile yapılan bir çalışmada da evli olan ve evli olmayan bireylerin tedavi motivasyonları ve grup toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık elde edemedikleri görülmektedir (Ertoğlu, 2013).

Çalışmamızda bireylerin yalnız, aile ya da arkadaşları ile gibi birlikte yaşama durumlarının ilgili değişkenlere ne şekilde etki ettiği merak edilmiş, ancak ilgili değişkenler ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma oluşturduğu görülebilmiştir. Literatüre bakıldığında birlikte yaşama durumları ile ilgili fazla çalışmaya rastlanamamış olup daha önce Amatem'den alınan bir örnekleme yapılan bir çalışmada aile ile ilgili özellikler kapsamında alınan değişkenlerden hiçbirinin tedavi motivasyonuna anlamlı bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır (Ertoğlu, 2013). Medeni durumun algılanan sosyal desteğe etkisi anlaşılmasına çalışıldığında ise yalnız bireylerin sosyal destek algılarının eş veya ailesi ile yaşayanlara göre oldukça düşük olduğu görülmektedir. Buna benzer şekilde bipolar bozukluk ve depresyonu olan bireylerle de yapılan bir çalışmada da yalnız yaşayan kişilerin algılanan sosyal destek

düzeylerinin oldukça düşük olduğu görülmektedir (Albal ve Kutlu, 2010). Bireylerin birlikte yaşama durumlarının içselleştirilmiş damgalanma açısından da önemli olabileceği düşünülmüştür, ancak alan yazında bu faktörün ilişkisine rastlanamamıştır. Bununla ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çalışma durumunun içselleştirilmiş damgalanma, algılanan sosyal destek, tedavi motivasyonu ölçekleri ve alt boyutları grup toplam puanları arasında farklılık oluşturmadığı çalışmamızda görülmektedir. İçselleştirilmiş damgalama ile ilişkisi açısından literatüre bakıldığında daha önce opioid kullanıcıları ile yapılan bir çalışmanın gelir düzeyi düşük olan hastalarda damgalanmanın daha yüksek olduğunu, çalışma geçmişi hiç olmayan hastalarda ise damgalanma puanlarının düzenli bir işi olan bireylere göre daha yüksek olduğunu ortaya koyduğu görülmektedir (Akdağ vd., 2018). Birçok çalışmada çalışma durumunun içselleştirilmiş damgalama ve alt boyutlarında etkili olduğu karşımıza çıkmaktadır (Livingston ve Boyd, 2010; Yanos vd., 2008). Edinilen bulguların birçoğu çalışmayan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma puanlarının çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmektedir (Wahl, 1999; Corrigan vd., 2003; Alonso vd., 2009). Literatüre bakıldığında çalışma sonucumuzu destekler şekilde çalışma durumunun içselleştirilmiş damgalama ve alt boyutlarını yordamadığı çalışmalar da karşımıza çıkmaktadır (Kök, 2014; Aslan, 2020). Çalışma durumunun tedavi motivasyonu üzerindeki etkisine literatürde bakıldığında yapılan bir çalışmada iş sahibi olan bireylerin tedavi motivasyonu düzeyleri daha yüksek bulunmuş (Özkan, 2017), bir çalışmada da çalışmayan bireylerin dışsal motivasyon düzeylerinin çalışanlara göre daha yüksek bulunduğu saptanmıştır (Ozan,2020).

Anne baba birliktelik durumunun çalışmanın ilgili değişken ve alt boyutlarından ÇBASDÖ alt boyutundan aileden alınan sosyal destek grup toplam puanları arasında farklılık oluşturduğu görülmektedir. Ebeveynlerin bir arada bulunmalarının ailenin bireye pozitif yönde destek sağlayabilmeleri, aileden sosyal destek alabilmeyi kolaylaştırmak ve güçlendirmek açısından oldukça önemli olabileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar pozitif yönlü aile desteğinin madde kullanımına başlama yönünde koruyucu faktör oluşturduğu ve madde kullanımına yönelik tedavi alan bireylerin ise tedaviden olumlu sonuçlar almalarına yönelik katkılar sağladığını göstermektedir (Orak ve Özen, 2004; Orford ve Natera, 1998). Araştırmamızda ise alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin anne-baba birliktelik durumunun aileden alınan sosyal destek grup toplam puanları arasında anlamlı farklılık oluşturduğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında ise anne babası ayrı olan bireylerin sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu görülebilmektedir (Akyol, 2013). Öte yandan, anne-

baba birliktelik durumunun çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarından arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan destek grup puanları arasında farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmaktadır. Anne-baba birliktelik durumunun diğer bireylerden alınan sosyal destektense aileden alınan sosyal destek algısını etkilemiş olması beklenen bir durumdur. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin anne-baba birliktelik durumu, damgalanmaya karşı direnç grup toplam puanları arasında farklılık oluştururken içselleştirilmiş damgalanma toplam puan ve diğer alt boyutlarının toplam puanlarında anlamlı olarak farklılaşma oluşturmadığı görülmektedir. Çalışmamızda elde edilen sonuçta ise anne babası ayrı olan ya da hayatta olmayan bireylerin damgalanmaya karşı direnç puanlarının anne babası birlikte olanlarınkine göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğuydu. Literatürde bu faktörün ilgili değişkene etkisinin incelendiği çalışmalara rastlanamamıştır; ancak ebeveyn birlikteliğinin bireyler üzerinde olumlu etkilerinin olabildiği bilinmektedir. Ebeveynleri hayatta olmayan yahut birlikte olmayan bireylerde damgalanmaya karşı direnç puanlarının daha yüksek olması, bireylerin karşılaştıkları zorlukların psikolojik dayanıklılık düzeylerini etkilemiş olabileceği ve bunun da damgalanmaya karşı direnci kuvvetlendirmiş olabileceği ihtimalini akıllara getirmektedir. Çalışmamızda anne baba birliktelik durumunun tedavi motivasyonu ve alt boyutlarında farklılaşma sağlamadığı görülmektedir. Bu etkinin araştırılması amacı ile daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda bireylerin yaşamakta oldukları yerin ilgili değişkenler ve alt boyutlarına etkisine bakılmıştır. Çalışmamızda şu an yaşanan yerin içselleştirilmiş damgalanmanın algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme grup toplam puanları arasında farklılık oluşturduğu, diğer değişkenler ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuca göre küçük il/ilçe merkezinde yaşayan bireylerin algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme düzeyleri büyük il/metropolde yaşayan bireylere göre daha yüksektir. Literatüre bakıldığında karşımıza çıkan sonuçlar çalışmamızı destekler niteliktedir. Örneğinde 162 şizofreni, 200 bipolar bozukluk tanılı birey bulunan bir çalışmada köyde/beldede yaşayan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma puanlarının büyük şehirde yaşayan bireylere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunduğu görülmektedir (Kök ve Demir, 2018). Yabancı literatürde karşılaşılan ruhsal hastalığa sahip bireyler ile yapılan bir başka çalışmada ise kasabada yaşayan bireylerin şehirdekilere göre daha fazla damgalandıklarının ifade edildiği görülmektedir (Angermayer vd., 2004). Ülkemizde psikiyatri polikliniğinde yapılan bir başka çalışmada da aynı şekilde köyde yaşayan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek bulunduğu saptanmıştır (Kök, 2014).

Yaşanılan yerin diğer değişkenler ve alt boyutları üzerinde anlamlı bir farklılaşma oluşturmadığı görülmektedir.

Araştırmamızda bireylerin kullandığı madde cinsinin içselleştirilmiş damgalanma, algılanan sosyal destek, tedavi motivasyonu ve ölçeklerin alt boyutlarının toplam destek grup puanlarında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında ülkemizde yapılan bir çalışma, opioid ve alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin verilerinde anlamlı bir farklılık elde edilemezken kannabinoid kullanım bozukluğu olan bireylerde ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu ile RHİDÖ algılanan ayrımcılık arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptandığı görülmektedir (Akdağ vd., 2018). Çin’de 427 opioid kullanım bozukluğu, 890 metamfetamin kullanım bozukluğu olan birey ile yapılan bir çalışmada opioid kullanım bozukluğu olan bireylerde algılanan sosyal destek ve alt boyutlarının bireylerin maddeden uzak durmada bir etki oluşturmadığı, metamfetamin kullanım bozukluğu olan bireylerde ise arkadaş grubundan alınan sosyal desteğin içkiden uzak durma konusunda destek oluşturabildiği ortaya konmuştur (Liu vd., 2018). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise çalışmamızı destekler şekilde bireylerin kullandıkları esas maddeye göre RHİDÖ puanları toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığı görülmektedir (Ektiricioğlu, 2016).

Bu noktada araştırmamızın sınırlılıklarında belirtilen katılımcı sayısının düşük olmasının sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda bireylerin alkol ve madde bağımlılık tedavisine yönelik hastanede yatış sayılarının ilgili değişkenler ve alt boyutlarını nasıl etkilediği merak edilmiş, ancak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Literatüre bakıldığında alkol ve madde bağımlılık tedavisine dair hastanede yatış sayısı ile içselleştirilmiş damgalanmada anlamlı bir farkın saptanamadığı çalışmalar mevcuttur (Aslan, 2020; Kök, 2014). Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak bipolar bozukluk tanısı almış bireyler ile yapılan farklı araştırmalar da hastanede yatış durumunu içselleştirilmiş damgalama düzeyini yormadığı görülmektedir (Cerit vd., 2012; Çam ve Çuhadar, 2012). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalar ise hastanede yatış sayısı arttıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin de arttığını ifade etmektedir (Tel ve Ertekin, 2012; Yıldırım vd., 2012; Kamışlı vd., 2016; Türk, 2018). Yurtdışında yapılan çalışmalara bakıldığında ise mental hastalığa sahip bireyler ile yapılan bir çalışmada (Livingston ve Boyd, 2010) ve metamfetamin bağımlıları ile yapılan bir çalışmada (Semple, Grant ve Patterson, 2005) da bırakma girişimleri ve hastanede yatış sayıları arttıkça bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde de anlamlı farklılaşma saptandığı görülmektedir. Çalışmamızda bireylerin hastanede yatış sayılarının algılanan sosyal destek düzeylerine etkisine bakıldığında

anamlı bir farklılaşma saptanamamıştır. Literatüre bakıldığında bipolar bozukluk tanısına sahip örnekleme yapılan çalışmalarda bu durumun araştırıldığı karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmaların birisinde 10 kez ve üstü hastaneye yatışı olan bireylerin ÇBASDÖ aldığı puanlar daha az sayıda yatış yapanlara göre anlamlı düzeyde daha düşükken (Kök ve Demir, 2018) diğerinde ise bireylerin hastaneye yatış sayısı fazlaştıkça algılanan sosyal destek puanlarının da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yükseldiği görülmektedir (Ebrinç vd., 2001). Dolayısıyla bireylerinin hastaneye yatış sayılarının aile ve sosyal hayattan alabileceği desteği ve destek algısını da etkilemesi beklenen bir durumdur.

Çalışmamızdaki değişkenlerin ve alt boyutların birbirlerine etkileri incelenmek istemiştir. Yapılan çalışmaya göre elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin içsel motivasyon düzeyine aileden alınan sosyal destek pozitif yönde katkı sağlarken özel insandan alınan desteğin anlamlı katkı sağlamadığı ancak bireylerin dışsal motivasyon düzeylerine özel bir insandan alınan desteğin anlamlı katkı sağladığı saptanmıştır. Aile insanın hayatındaki en birincil destek kaynağı olarak elbette ki oldukça önemlidir, bundan ötürü bireylerin içsel motivasyon düzeylerini etkileme gücü de beklenen bir sonuçtur. 2007 yılında yurtdışında yapılan bir çalışmada da madde kullanan bireylerin hayatlarında maddesiz yaşamı destekleyen bireylerin bulunmasının kişilerin daha yüksek tedavi motivasyonu hissetmelerine katkı sağladığı ifade edilmektedir (Tracy ve Johnson, 2007). Ailenin desteğinin yanı sıra bazı bireyler için hayatındaki başka insanlardan destek almak etkili olabilirken bazı bireyler için de başka insanlardan verilmeye çalışılan desteğin hayatlarında etkili, tetikleyici, içselleştirilmiş bir öneme sahip olmama durumu söz konusu olabilir. Literatüre bakıldığında karşılaşılan bir çalışmada alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin dışsal motivasyon düzeylerine özel bir insandan alınan desteğin anlamlı bir katkı sağladığı, tedaviye dair içsel motivasyon düzeyleri daha yüksek olan bireylerin tedaviye dair bağlılıklarının da daha yüksek olduğu ve bununla birlikte bu bireylerde tedaviye verilen yanıtlarının daha hızlı görüldüğü, içsel motivasyonları daha yüksek olan bireylerin tedaviden daha yüksek fayda sağladıkları ifade edilmektedir (Ryan vd., 1995). Alkol ve madde kullanımı yoğun olan kişilerin bir tedavi sürecine dahil olmaları her zaman hızlı ve kolayca gerçekleşen bir süreç olmayabilir. Alkol ve madde bağımlılığındaki tedaviye dair bilinmektedir ki bireylerin oldukça fazla bir kısmı tedaviye başkalarının istek ve baskısı üzerine gelebilmektedir (DiClemente vd., 1999, s. 86- 92). Çalışmamızda bireylerin özel bir insandan aldıkları desteğin dışsal motivasyon düzeylerine anlamlı katkı sağladığı görülmektedir. Motivasyonunun dışsal faktörlerden etkilenebiliyor olması sosyal desteğin motivasyona dair etkisinin önemini

gösterebilmektedir. Yabancı literatürdeki bir çalışmada, bağımlılığı olan kişiye gösterilen dış sosyal desteğin tedaviden alınan sonuçta etkisinin olduğu ve dış sosyal desteğin bir motivasyon desteği de oluşturduğu sonucuna varıldığı görülmektedir (Hunter-Reel vd., 2010). 2009 yılında Amerika’da kadın katılımcılar ile yapılan bir çalışmada sosyal ağlarında ayıklığı destekleyen daha fazla bireye sahip olan katılımcıların iyileşme için daha yüksek oranda destek algıladıkları görülmektedir (Stevenson, 2009). Geçtiğimiz yıl İstanbul’da yapılan bir çalışma da yalnızca kendi kararı ile tedaviye yatmayan bireylerin yalnızca kendi kararları ile tedaviye yatanlara göre dışsal motivasyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Ozan, 2000).

Çalışmamızda bireylerin kişilerarası yardım arama düzeylerine aileden alınan sosyal desteğin anlamlı bir katkı sağladığı ortaya çıkmıştır. Bir çalışmanın gösterdiği gibi aileden alınan desteğin yardım alma konusundaki zorlanmayı azalttığı bilinen bir gerçektir (Arslantaş vd., 2011). McKinlay, bireylerin yaşadıkları problemlerde profesyonel yardımlara yönelmenin öncesinde sorunlarını yakınları ile paylaştıklarını ifade etmektedir (McKinlay, 1973). Aileden alınan desteğin kişilerdeki yardım arama ve yardımlardan aldıkları cevapların yardımcı olabileceğini düşünmeye dair etkiyi arttırdığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda elde edilen bulgumuza göre alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedaviye güven düzeyine aileden alınan sosyal destek ve özel insandan alınan desteğin anlamlı katkı sağlamadığı saptanmıştır. Bu bağlamda literatürde bir bulguya rastlanamamıştır. Araştırmamızın örnekleme bakıldığında örneklemin toplandığı dönemindeki bireylerin %61,8’lik bir kısmının alkol ve madde kullanım bozukluğuna dair ilk tedavileri olmadığı görülmektedir. Bundan dolayı bireylerin tecrübe ile birlikte tedaviye güvenlerinin stabil halde olabileceği, aileden veya özel bir insandan aldıkları desteğin tedaviye güveni etkilemeyecek şekilde tekrar tedavi sürecine dahil olmuş oldukları tahmin edilmektedir.

Çalışmamızda elde edilen bir diğer bulgu ise alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin içsel motivasyon düzeyine algılanan ayrımcılık negatif yönde katkı sağlarken sosyal geri çekilmenin anlamlı katkı sağlamadığı şeklindedir.

Çalışmamızda saptanan bir bulguya göre ise alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin kişilerarası yardım arama düzeyine algılanan ayrımcılığın negatif yönde katkı sağladığı görülmektedir. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin hayatlarına toplum tarafından uygulanan yahut uygulanılacağı düşünülen ayrımcılık oldukça etki etmektedir. Madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerini sağlayan kişilerin yaklaşık olarak yalnızca yarısının madde kullanımlarına dair tedavi aldıklarını belirten bir çalışmada tedavi olmayı reddeden bireylerin

damgalanma ve ayrımcılığa uğramaya dair sosyal kaygılar yaşamaları nedeni ile tedaviye yönelmedikleri ifade edilmektedir (Clement, Schauman ve Graham, 2015). Literatürde alt boyutların da dahil edilecek şekilde yapılan fazla çalışma görülememesi dolayısıyla yeterli veri sunulamamaktadır; ancak karşılaşılan bir çalışmada elde edilen verilere göre algılanan ayrımcılık ile kişilerarası yardım arama grup puanları istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamadığı görülmektedir (Ektiricioğlu, 2014).

Araştırmamızda elde edilen verilere göre alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedaviye güven düzeyine yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme anlamlı katkı sağlamadığı saptanmıştır. Literatüre bakıldığında yapılan bir çalışmada TMA tedaviye güven alt boyutu ile RHİDÖ yargıların onaylanması alt boyutu arasında ve TMA'nın alt boyutu tedaviye güven ile RHİDÖ'nün alt boyutu sosyal geri çekilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamadığı görülerek çalışma sonucumuzu desteklediği anlaşılmaktadır (Ektiricioğlu, 2014).

Araştırmamızın bulgularına göre alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin arkadaştan alınan sosyal destek düzeyine kalıp yargıların onaylanmasının negatif yönde katkı sağladığı saptanmıştır. Elde edilen bulguya göre kalıp yargılar onaylandıkça bireylerin arkadaştan alınan sosyal destek düzeylerinin azaldığı görülmektedir. Bağımlılığa dair toplumdaki kalıp yargıların oldukça fazla olduğu bilinen bir gerçektir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin maruz kaldıkları bu kalıp yargıları kendilerinin de onaylaması halinde arkadaşlık ilişkilerinde veya arkadaşlıktan alınan sosyal destek düzeylerinde azalmasının gerçekleşmesi beklenen bir durum olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda da arkadaştan alınan sosyal destek ile kalıp yargıların onaylanması arasında negatif yönlü anlamlı ilişkinin saptanması ile çalışmamızı destekleyen bulguların olduğu görülmektedir (Akdağ vd., 2018; Koç ve Hançer, 2020).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin özel insandan alınan destek düzeyine, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direncin anlamlı katkı sağlamadığı saptanmıştır. Damgalanma vs özel insandan alınan desteği azaltmıyor. Literatürde elde edilen bulguların çalışma sonucumuzu desteklemediği görülmektedir. Literatürde opioid kullanımı olan katılımcılarla yapılan bir çalışmada özel birinden alınan destek ile algılanan ayrımcılık arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanırken (Koç ve Hançer, 2020) kadın bağımlı bireylerle yapılan bir çalışmada özel bir insandan alınan destek ile damgalanmaya karşı direnç arasında düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (Ünübol, Ünübol ve Bilici, 2019).

## 5.2. Öneriler

Literatür taraması yapıldığında sosyodemografik değişkenlerin tedavi motivasyonu üzerindeki etki düzeyini incelemek amacı ile yapılan yeterli sayıda çalışma görülememiştir. Bireylerin tedaviden elde ettiği verimlilik düzeyi açısından da önemli olduğu düşünülen tedavi motivasyonunu bu konuda çalışmalara ihtiyaç duyulduğu ifade edilebilir.

Literatürde algılanan sosyal destek, içselleştirilmiş damgalanma ve tedavi motivasyonunun bir arada incelendiği fazla çalışmaya rastlanamamıştır. Daha geniş bir örneklem grubu ile yapılabilecek benzer çalışmaların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Tedavi motivasyonunun bireylerin tedavide kalma veya tedaviye uyum düzeylerini ne şekilde etkilediğinin araştırılmasının da literatüre katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bağımlılık konusunda yalnızca bağımlı olan bireyin değil, aile ve sosyal çevresinin de bilinçlendirilmesi ve bireylerin ihtiyacı olan desteğin sağlanmasının bireylerin dahil olmaları gerektiği düşünülen tedavi sürecine dair motivasyonun oluşması adına etkili bazı faktörlerin anlaşılabilmesi ve farkındalığın artırılması amacı ile çalışmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla bireylerin tedavi motivasyonlarının artırılması amacı ile dikkat edinilebilecek noktaların fark edilmesi amacı ile çalışmanın literatüre katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Akdağ, E. M., Kotan, V. O., Kose, S., Tıkır, B., Aydemir, M. Ç., Okay, İ. T., ... & Özkaya, G. (2018). The relationship between internalized stigma and treatment motivation, perceived social support, depression and anxiety levels in opioid use disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(4), 394-401.
- Akgül, F. İ. (2016), *Alkol ve eroin kullanım bozukluğu olan hastalarda kişilik örgütlenmesi ve nesne ilişkileri niteliğinin tedavi motivasyonu ile ilişkisi*, Uzmanlık Tezi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Akın, D., & Ceyhan, E. (2005). Resmi ve özel genel lise öğrencilerinin ailelerinden, arkadaşlarından ve öğretmenlerinden algıladıkları sosyal destek düzeyleri açısından kendini kabul düzeylerinin incelenmesi, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 70.
- Albayrak, A. S. (2005). Çoklu doğrusal bağlantı halinde en küçük kareler tekniğinin alternatif yanlı tahmin teknikleri ve bir uygulama. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 1 (1), 106-126.
- Akyol, S. U. (2013). *Boşanmış ve boşanmamış aileye sahip ergenlerin yalnızlık, yaşam doyumu, sosyal destek ve bazı değişkenler açısından incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Albal, E., & Kutlu, Y. (2010). Depresyonla başa çıkma öz yeterlik düzeyi ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 115-120.
- Albayrak S., & Balcı S. (2014). Gençlerde madde bağımlılığı ve önlenmesi, *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 11; 30-37.
- Alonso J, Buron A, & Rojas-Farreras S. (2009) Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *J Affect Disord.* 127: 85-94.
- Andreasen N., & Black D. (1991). Introductory textbook of psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 356-367.
- Angermeyer, M.C., Beck, M., Dietrich, S., & Holzinger, A. (2004). The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *Int J Soc Psychiatry*. 50:153-62.
- Arıkan Z., Genç Y., Etik Ç., Aslan S., & Parlak İ. (2004). Alkol ve diğer madde bağımlılıklarında hastalar ve yakınlarında etiketleme. *Bağımlılık Dergisi*. 2004; 5:52-56.

- Aslan, M., (2020). *Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Arel Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Atkinson, L. R., Atkinson, C. R., Smith E. E., Bem J. D., & Nolen-Hoeksema S. (2006). *Psikolojiye Giriş, Arkadaş Yayınevi*: Ankara.
- Atkin, C. K. (1990). Effects of televised alcohol messages on teenage drinking patterns. *Journal of Adolescent Health Care*, 11(1), 10–24. doi:10.1016/0197-0070(90)90125-1.
- Avar, (2019). *Alkol kullanan bireylerde obsesif kompulsif içme davranışı, başa çıkma stilleri ile sosyal destek türlerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Ayaz S., Efe Ş., & Korukluoğlu S., Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler, *Türkiye Klinikleri*, 28(6), 881, 2008.
- Ayvaişık, B. (2009). Alkol ve madde bağımlılığında bilişsel süreçler: beyindeki yapısal değişiklikten bağımlılığa giden yol. *Psikopatolojilerde Bilgi İşleme Süreçleri* (Ed. M Irak). *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara.
- Babaoğlu, A. N. (1997). *Uyuşturucu ve tarihi*, *Kaynak Yayınları*: İstanbul.
- Bal, S. (2010). *Çocukluk örselenme yaşantıları, ana-baba-ergen ilişki biçimleri ve sosyal destek algısının, kural dışı davranışlarla ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Becker, T., Thornicroft, G., Leese, M., & McCrone, P. (1997). Social networks and service use among representative cases of psychosis in South London. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 15.
- Beyazyüz, M., Beyazyüz, E., Albayrak, Y., Baykal, S., & Göka, E. (2015). Bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyo-demografik özellikler ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Yeni Symposium*. 53.2, 2-13.

- Blume, W. A. (2004). Understanding and diagnosing substance use disorder. *Handbook of addictive disorders: A practical guide to diagnosis and treatment*, 63-93.
- Bozdağ, N., & Çuhadar, D. (2021). Internalized stigma, self-efficacy and treatment motivation in patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 1-7.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC health services research*, 10(1), 1-11.
- Brooks, A. T., Krumlauf, M., Fryer, C. S., Beck, K. H., Yang, L., Ramchandani, V. A., & Wallen, G. R. (2016). Critical transitions: A mixed methods examination of sleep from inpatient alcohol rehabilitation treatment to the community. *PloS one*, 11(8), e0161725.
- Cerit, C., Filizer, A., Tural, Ü., & Tufan, A. E. (2012). Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 484-489.
- Chan, K. K., & Mak, W. W. (2014). The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community. *Quality of Life Research*, 23(9), 2559-2568.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27.
- Cleveland, M. J., Feinberg, M. E., Bontempo, D. E., & Greenberg, M. T. (2008). The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 43(2), 157-164.
- Connolly, G. M., Casswell, S., Zhang, J. F., & Silva, P. A. (1994). Alcohol in the mass media and drinking by adolescents: a longitudinal study. *Addiction*, 89(10), 1255-1263.
- Constance W, Jennifer M, Tammay T, & Charles M. (2001). Factors affecting the initiation of substance abuse treatment in managed care. *Addiction*, 96:705–716.
- Coombs, R. H. (Ed.). (2004). *Handbook of Addictive Disorders: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment*, Amerika: John Wiley & Sons.

- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614.
- Corrigan P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice* 1998, 5, 201-222.
- Corrigan, P. W., Larson, E. J. & Rüsçh, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8, 75-81.
- Coşkun, F., Özçırpıcı, B., & Özgür, S. (2019). Gaziantep Üniversitesi Merkez Kampüsü’ndeki lisans öğrencilerinde alkol ve madde kullanma durumu. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 11(2), 143-147.
- Cox, W. M., Pothos, E. M., & Hosier, S. G. (2007). Cognitive-motivational predictors of excessive drinkers’ success in changing. *Psychopharmacology*, 192(4), 499-510.
- Çalışkan, N. (2019). *Ruh sağlığı sorunu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, sosyal destek ve bunların tedaviye uyuma etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Nevşehir Hacıbektas Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
- Çam, O., & Çuhadar, D. (2012). Bipolar bozukluğu olan hastalıklarda işlevsellik düzeyi damgalanma arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 230-246.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of personality and social psychology*, 53(6), 1024.
- DiClemente, C. C., & Scott, C. W. (1997). Stages of change: Interactions with treatment compliance. *Beyond the therapeutic alliance: Keeping the drug-dependent individual in treatment*, 165, 131.
- Dodge, K., & Potocky, M. (2000). Female substance abuse characteristics and correlates in a sample of inpatient clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 59-64.
- Doğan Y. B. (2001). Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. *Aile ve Toplum Dergisi*. 1:79-86.
- DSM-5. (2013). Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. (E. Köroğlu, Çev.). *Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık*: Ankara.

- Ebrinç, S., Çetin, M., Başoğlu, C., Ağargün, M., Seçil, M., & Can, S. ... (2001). Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2(1), 5-14.
- Eker, D., Arkar, H., & Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12(1), 17- 25.
- Ektiricioğlu, C. (2016). *Alkol ve madde bağımlılarında içselleştirilmiş damgalanma ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ellis, B., Bernichon, T., Yu, P., Roberts, T., & Herrell, J. M. (2004). Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 213-221.
- Ersoy, M. A., & Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-171.
- Ertoğlu, M. N. (2013). *Ankara Amatem'de alkol tedavisi gören bireylerin tedavi sürecinde karşılaştıkları problemlerin tedavi motivasyonu ile arasındaki ilişkiler ve sosyal hizmet uygulamalarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Ervatan, S. Ö., Özel, A., Türkçapar, H., & Atasoy, N. (2003). Depresif hastalarda tedaviye uyum: doğal izlem çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 6:5-11.
- Evcin, U. (2014). Dünyanın en büyük okul anketi: ESPAD üzerine bir değerlendirme. *The Turkish Journal on Addictions*. 1; 135-142.
- Evren, C., Saatçioğlu, O., Dalbudak, E., ... & Danışmant S. B. (2006). Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) türkçe versiyonunun alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenilirliği. *Bağımlılık Dergisi*.7: 117-122.
- Fenichel, O., & Rangell, L. (1995). The psychoanalytic theory of neurosis. *Routledge*, London.
- Freud, S. (1954). The origins of psychoanalysis. *Letters to Wilhelm Fliess, Drafts and Notes: 1887-1902*.

- Fung, K. M., Tsang, H. W., & Chan, F. (2010). Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(5), 561-568.
- Genceli, M. (1973). İki değişkenli doğrusal regresyonda zaman faktörü. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 33 (1).
- Gezek, F. (2007). *Sokakta yaşayan gençlerin aile yapısı ve madde bağımlılığı arasındaki ilişki*. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Goodman, I., Peterson-Badali., & Henderson, J. (2011). Understanding motivation for substance abuse treatment: the role of social pressure during the transition to adulthood. *Addictive Behaviors*, 36, 660-668.
- Güleç, C., & Köroğlu, E. (1997), Psikiyatri Temel Kitabı. *Esenkal Yayıncılık*, Ankara.
- Gültekin, D. (2018). *Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatan hastalarda tedavi ortamının tedavi motivasyonuna etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Hollen, K. (2009). Encyclopedia of addictions, *Greenwood Press*, Connecticut.
- İleri, Y. İ. (2019). *Madde bağımlılığı nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören bireylerde dürtüsellik ve yıkıcı davranış bozukluklarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., Greener, J. M., & Rowan-Szal, G. A. (1999). Integrative modeling of client engagement and outcome during the first 6 months of methadone treatment. *Addictive Behaviors*, 24(5), 649-659.
- Kalyoncu, Ö. A. (2010). Plastik Düşler. *Kapital Medya Yayınevi*, İstanbul.
- Kamışlı, S., Dil, S., Daştan, L., & Eni, N. (2016). Özgürlük duygusu ve içselleştirilmiş damgalanma: Ayaktan ve yatarak psikiyatrik tedavi alan hastaların karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 27.4, 251-256.
- Karaca, İ. (2010). *Aile içi iletişimin ortaöğretim öğrencilerinin madde bağımlılığına etkisi (Elazığ ili örneği)*. Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Radyo-Tv Sinema Anabilim Dalı, Elazığ.
- Karasar, N. (2002). Bilimsel Araştırma Yöntemi. *Nobel Yayınları*, Ankara.

- Kaplanhan, T. (2015). *Alkol/madde bağımlılarında bağımlılık türü ile tedavi motivasyonu, algılanan sosyal destek ve psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Doktora Tezi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Koç, A., & Hançer Tok, H. (2020). İçselleştirilmiş damgalanma, algılanan sosyal destek ve bağımlılık boyutları arasındaki ilişki tercih maddesine göre değişir mi?. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(6).
- Kök, H. (2014). *Psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek*. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Kök, H., & Demir, S. (2018). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*, 43(1), 99-106.
- Köklü, N., Büyüköztürk, Ş., & Bökcoğlu, Ö. Ç. (2006). Sosyal bilimler için istatistik. *Pegem Yayıncılık*, Ankara.
- Köknel, Ö. (1978). İnsanlık Tarihi Boyunca Uyuşturucu Madde Sorunları. *Gelişim Yayınları*, İstanbul.
- Köknel, Ö. (1998). Bağımlılık, Alkol ve Madde Bağımlılığı. *Altın Kitabevi Yayınevi*, İstanbul.
- Kraaij, V., Garnefski, N., de Wilde, E. J., Dijkstra, A., Gebhardt, W., Maes, S., & ter Doest, L. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors. *Journal of youth and adolescence*, 32(3), 185-193.
- Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., James, J. E., Allegrante, J. P., & Helgason, A. R. (2010). Perceived parental reactions and peer respect as predictors of adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 35(3), 256–259.
- Kuştepe, A. (2017). *Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde dürtüsellik ve karmaşık dikkat işlevlerinin incelenmesi-Adıyaman ili örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Le, A. D., Li, Z., Funk, D., Shram, M., Li, T. K., & Shaham, Y. (2006). Increased vulnerability to nicotine self-administration and relapse in alcohol-naive offspring of rats selectively bred for high alcohol intake. *Journal of Neuroscience*, 26(6), 1872-1879.

- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of health and social behavior*, 177-190.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 367(9509), 528-529.
- Liu, L., Wang, H., Chui W. H., & Cao, L. (2018). Chinese Drug Users' Abstinence Intentions: the role of perceived social support. *J Drug Issues*. 48(4):519- 535.
- Livingston, J., & Boyd, J. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 2150 - 2161.
- Marini, Z. A., Dane, A. V., Bosacki, S. L., & Cura, Y. (2006). Direct and indirect bully-victims: Differential psychosocial risk factors associated with adolescents involved in bullying and victimization. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 32(6), 551-569.
- Marlatt, G., Baer, J., Donovan, D. & Kivlahan, D. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review Of Psychology*, 39(1), 223-252.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself* harcourt. *Brace & Co.*, New York.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98(1), 84-107.
- Mills, R. J., Grasmick, H. G., Morgan, C. S., & Wenk, D. (1992). The effects of gender, family satisfaction, and economic strain on psychological well-being. *Family Relations*, 440-445.
- Moos, R. H., & King, M. J. (1997). Participation in community residential treatment and substance abuse patients' outcomes at discharge. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(1), 71-80.
- Mosanya, T. J., Adelufosi, A. O., Adebawale, O. T., Ogunwale, A., & Adebayo, O. K. (2014). Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 377-386.

- Orak, S., Özen, T., & Orak, M. E. (2004). Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin sigara, alkol alışkanlıkları ve sosyokültürel özelliklerinin incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 11: 1-7.
- Orford, J., Natera, G. (1998). Social support in coping with alcohol and drug problems at home: findings from Mexican and English families. *Addiction Research*. 6: 395-420.
- Ögel, K. (2001), İnsan, yaşam ve bağımlılık tartışmalar ve gerekçeleri, *IQ Kültür Sanat Yayıncılık*, İstanbul.
- Ögel K. (2002). Türkiye’de madde bağımlılığı. Madde kullanıcılarının özellikleri. *IQ Kültür Sanat Yayıncılık*, İstanbul. 139-196.
- Ögel, K. (2010). Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: Tanı, tedavi ve önleme. *Yeniden Yayınları*, İstanbul. 3-4.
- Ögel, K. (2014). Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) - Uygulayıcılar için kaynak kitapçık. *Yeniden Yayınları*, İstanbul.
- Ögel, K. (2017). Bağımlılık ve tedavisi temel kitabı. *IQ Kültür Sanat Yayıncılık*, İstanbul.
- Ögel, K., Çorapcıoğlu A., Sır A., Tamar M., Tot S., Doğan O., Uğuz S., Yenilmez C., Bilici M., Tamar D., & Liman O. (2004). Türkiye’de dokuz ilde ilk ve orta öğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2); 112-118.
- Özgür, G, (1991), *Bornova Bölgesinde Oturan Emeklilerde, Emeklilik, Sağlık ve Sosyal Destek İlişkisinin İncelenmesi*. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Özmen, D., Özmen, E., Ergin, D., Cetinkaya, A. C., Sen, N., Dundar, P. E., & Taskin, E. O. (2007). The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health*, 7(1), 1-7.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2014). Ruh sağlığı ve bozuklukları. *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul.
- Pahl, R. (2003). Some sceptical comments on the relationship between social support and wellbeing. *Leisure Studies*, 22(4): 357-368.

- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., & Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric out patients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research*, 246, 500–506.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 19(3), 276.
- Rankin J, & Ashley M. (1992). Alcohol related health problems. *P Health Prev Med*. 233-271.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., ... & Udry, J. R. (1997). Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Jama*, 278(10), 823-832.
- Richter, S. S., Brown, S. A., & Mott, M. A. (1991). The impact of social support and self-esteem on adolescent substance abuse treatment outcome. *Journal of substance abuse*, 3(4), 371-385.
- Ritsher, J. & Phelan, J. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257-265.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive behaviors*, 20(3), 279-297.
- Saleem, M., Tahir, M. A., & Ul Huda, N. (2013). Perceived social support and clinical anger among drug addicts of southern Punjab, Pakistan. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences (PJCSS)*, 7(2), 298-308.
- Salmon, M. M., Joseph, B. M., Saylor, C., & Mann, R. J. (2000). Women's perception of provider, social, and program support in an outpatient drug treatment program. *Journal of substance abuse treatment*, 19(3), 239-246.
- Savaşan, A. (2010). Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13, 119-126.
- Saygılı, S. (2006). Ruh Hastalıkları ve Korunma Yolları. *Elit Kültür Yayınları*, İstanbul.
- Sayım, A. (2000). *Lise öğrencilerini bilgilendirmenin madde konusundaki görüşlerine etkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Seçer, İ. (2015). Spss ve Lisrel ile Pratik Veri Analizi. *Anı Yayıncılık*, Ankara.

- Shaffer, H. J. (1999). On the nature and meaning of addiction. *Phi Journal*, Phi Kapellpa.
- Simoneau, H., & Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviors*, 28, 1219-1241.
- Simon, R. W., & Barrett, A. E. (2010). Nonmarital romantic relationships and mental health in early adulthood: Does the association differ for women and men? *Journal of Health and Social Behavior*, 51(2), 168–182.
- Siyez, D. (2009). Ergenlerde problem davranışlar. *Pegem Akademi*, Ankara.
- Sutherland, E. H., Cressey, D. R., & Luckenbill, D. F. (1992). Principles of criminology. *Lippincott*, Philadelphia.
- Şimşek, N. (2010). Madde kullanım bozukluğu olan birey ve ailesinin hemşirelik bakımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 1.2, 96-99.
- Tabachnick, B.G., Fidell. L.S. (2013). Using multivariate statistics. *Pearson*, Boston.
- Tanrıverdi, D., Çuhadar, D., Durmaz, H., Kaplan, V., & Özkan, S. (2020). Treatment motivation and social support levels among individuals with substance use disorders, and influencing factors. *Journal of Substance Use*, 25(3), 264-270.
- Tarhan, N., & Nurmedov, S. (2014). *Bağımlılık. sanal veya gerçek. Timaş Yayınları*, İstanbul.
- Tartaglia, S. (2014). Alcohol consumption among young adults in Italy: The interplay of individual and social factors. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 21(1), 65–71.
- Taşkın, E. O. (2007). Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama. *Meta Basım Matbaacılık*, İzmir.
- Taysi, E. Y., & Hovardaoğlu, S. T. D. (2000). *Benlik saygısı arkadaşlardan ve aileden sağlanan sosyal destek: Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışma*. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Sosyal Psikoloji Bilim Dalı, Ankara.
- Tel, H., & Ertekin, Ş. (2012). Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 61-66.
- Tiffany, S. T., & Conklin, C. A. (2000). A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction*, 95(8s2), 145-153.

- Tosun, M. (2008). Madde bağımlılığına genel bakış. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi*. 62, 201-220.
- TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi), (2014). Türkiye Uyuşturucu Raporu.  
<https://www.slideshare.net/arzu2539/tubim-2014-turkiye-uyusturucu-raporu-tr>
- Turhan, E., Inandi, T., Cahit, Ö. Z. E. R., & Akoğlu, S. (2011). Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1), 33-44.
- Türk, A. (2018). *Bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı*. Yüksek Lisans Tezi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla.
- Ulutaş, Ç. (2018). *Alkol bağımlılığında tedavi motivasyonu: Ankara Amatem örneği*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Uluğ, B. (1997). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ajans Matbaacılık Hizmetleri, Ankara.
- Uzbay, İ. T. (1996). Madde bağımlılığı. *Bilim Teknik Dergisi*, İstanbul. 20-26.
- Ünübol, B., Ünübol, H., & Bilici, R. (2019). Kadın bağımlılarda içselleştirilmiş damgalanmanın bağımlılık özelliklerine ve algılanan sosyal desteğe olan etkisinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(4).
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia bulletin*, 25(3), 467-478.
- Wesson, D. R. (1995). Detoxification from alcohol and other drugs. Treatment improvement protocols Series 19. *Abuse and Mental Health Services Administration*.
- West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Res Action*, 1(1), 3 -10.
- Williams, L., & Parker, H. (2001). Alcohol, cannabis, ecstasy and cocaine: drugs of reasoned choice amongst young adult recreational drug users in England. *International Journal of Drug Policy*, 12(5-6), 397-413.

- Wills, T. A., Resko, J. A., Ainette, M. G., & Mendoza, D. (2004). Role of parent support and peer support in adolescent substance use: A test of mediated effects. *Psychology of Addictive Behaviors, 18*(2), 122–134. doi:10.1037/0893-164X.18.2.122
- Wolfe, S., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2013). To enforce or engage: The relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addictive Behaviors, 38*(5), 2187-2195.
- WHO World Mental Health Survey Consortium. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama, 291*(21), 2581-2590.
- Yancar, C. (2005). *Madde bağımlılarında ikinci eksen komorbidite ve kişilik özelliklerinin bağımlılık şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric services, 59*(12), 1437-1442.
- Yeğenoğlu, S. (1999). *Madde bağımlılığının önlenmesinde eczacıların rollerinin iyileştirilmesine yönelik bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yıldırım, E., Sokullu A. D., & Köknel, Ö. (2012). Alkol bağımlılığında içselleştirilmiş damgalanma: Depresif belirtilerle ilişki. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi. 32.1*, 1-12.
- Yılmaz, N. (2015). *Alkol ve Madde Bağımlılığı: Bireysel ve Toplumsal Sonuçları*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yüncü, Z., Kesebir, S., Özbaran, B., Çelik, Y., & Aydın, C. (2009). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Ebeveynlerinde Psikopatoloji ve Mizaç: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi, 20*(1).
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*: 30-41.
- Zywiak W. H., Longabaugh R., & Wirtz P. W. (2002). Decomposing the relationships between pretreatment social network characteristics and alcohol treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol. 63*(1):114–121.

## EKLER

### EK 1. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

Sayın katılımcı,

Bu çalışma bilimsel bir çalışmadır. Çalışmanın adı “Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde tedavi motivasyonunun içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal desteğe göre incelenmesi”dir. Bu araştırma, AMATEM ve ÇEMATEM biriminde yatarak tedavi gören hastaların içselleştirilmiş damgalanma ile algılanan sosyal desteğin tedavi motivasyonu ile ilişkisini ve bunlarla ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırma elde edilen veriler ışığında, hastalarda sosyal desteğin ve tedavi motivasyonunun artırılması adına yaklaşımlar geliştirilmesi beklenmektedir. Araştırmacı tarafından sizlere anket sunulacaktır. Size sorduğumuz sorular bu araştırma için veri sağlayacaktır ancak kimlik bilgileriniz muhakkak gizli tutulacaktır. Bu araştırma için Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) ve araştırmacı tarafından oluşturulan Sosyodemografik Veri Formu uygulanıp ölçeklerin doldurulmasının yaklaşık 10 dakika süreceği düşünülmektedir. Araştırmada 100ün üzerinde kişiden veri alınması planlanmaktadır. Araştırma herhangi bir risk içermemekle birlikte herhangi bir ücret ödenmesi söz konusu değildir. Çalışmaya katılmama ve istediğiniz zaman ayrılma hakkına sahip olmakla birlikte araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz; bu durumlar herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel durumuna yol açmayacaktır. Uygulama sırasında veya sonrasında bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları adresinden sorabilirsiniz. Araştırma sadece araştırmacı tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacaktır. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan, samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederim.

Çalışmaya Katılma Onayı;

Yukarıdaki bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

**Araştırmacının;**

Adı, soyadı: Sena Nur ULUKÖK

İletişim Bilgisi:

**Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

İletişim bilgisi:

Tarih ve İmza:

**Gönüllünün;**

Adı-Soyadı:

İletişim bilgisi:

Tarih ve İmza:

## EK 2. Tanıtıcı Bilgi Formu

Sayın katılımcı;

Elinizde bulunan bu anketler bilimsel bir araştırma amacı ile hazırlanmış olup hastalık/madde kullanım bozukluğu ile ilgili sorular içermektedir. Her bir ifadeyi dikkatle okuyup soruları size en uygun biçimde cevaplamanız, çalışmanın doğru bir şekilde sonuçlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmanın en uygun şekilde değerlendirilebilmesi için soruların boş bırakılmaması önemle rica olunur. Araştırmadan elde edilecek veriler sadece araştırmacının amacına hizmet edecek şekilde kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kullanılmayacaktır.

Katılımınız ve araştırmaya vermiş olduğunuz desteklerden dolayı teşekkür ederiz.

1- Adı Soyadı:

2- Yaş:

3- Cinsiyetiniz: ( ) Erkek ( ) Kadın

4- Eğitim Durumunuz:

( ) Okuryazar ( ) İlköğretim ( ) Lise

( ) Üniversite ( ) Yüksek Öğrenim

5- Medeni Durumunuz:

( ) Bekar ( ) Evli ( ) Boşanmış/Ayrı Yaşıyor

6- Çocuğunuz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

7- Mesleğiniz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

8- Son 6 aydır düzenli bir işte çalışıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

9- Yaşanılan yer (halen bulunduğu şehir):

( ) Köy/Kasaba ( ) Küçük il/İlçe merkezi

( ) Büyük il/Metropol ( ) Yurtdışı

10- Anne ve babanız hayattaysa; anne ve babanız birliktelik durumu nedir?

Anne baba hayatta değil       Birlikte yaşıyorlar       Ayrı yaşıyorlar

11- Annenizin eğitim durumu nedir?

Okur-yazar değil       İlkokul       Lise       Üniversite

Okur-yazar       Ortaokul       Ön Lisans       Lisansüstü

12- Babanızın eğitim durumu nedir?

Okur-yazar değil       İlkokul       Lise       Üniversite

Okur-yazar       Ortaokul       Ön Lisans       Lisansüstü

13- Kimlerle aynı evde yaşıyorsunuz?

Yalnız       Anne-baba ile       Eş ve çocuklar       Arkadaş vs.

14- Birinci derece akrabalarda madde kullanan var mı?

Var       Yok

15- Kullandığınız esas (ana) alkol/madde'nin cinsini yazınız. (alkol/esrar/bonzai/eroin/vb.)

.....

16- Alkol madde kullanımı ile ilgili geçmişte veya halen devam etmekte olan yasal sorununuz var mı?

Var       Yok

17- Madde alkol bağımlılığı dışında herhangi bir psikiyatrik hastalık tanınız var mı?

Evet       Hayır

18- Yatışınız kimin isteği ile oldu?

Kendi İsteği       Ailenin İsteği       Kendi ve Ailenin İsteği

19- Sosyal destek aldığınız kimler var?

Aile  Arkadaşlar  Sevgili/Eş  AA/NA (Adsız alkolikler/Adsız narkotikler)

20- AMATEM’de bugüne kadar kaç kere yatarak tedavi gördünüz?

.....

21- Maddeye başlama nedeniniz?

Arkadaş etkisi  Merak  Sorunlardan uzak durma

Keyfi alma  Ailevi sorunlar

22- Maddeyi kullanma durumunuz?

Yalnız  Arkadaş grubu

### EK 3. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra dörtlü ölçek üzerinde (Kesinlikle aynı fikirde değilim, Aynı fikirde değilim, Aynı fikirdeyim, Kesinlikle aynı fikirdeyim) size uygun kutucuğa **X** işareti koyunuz. Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz. Katkılarınız için teşekkürler.

	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 yaklaşımdan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da 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

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 hastalığım olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Ruhsal hastalığımın dolayısı ile benimle ilgili çoğu kararı 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 katkımlarım olamaz.	1	2	3	4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.	1	2	3	4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27. Ruhsal hastalığıma 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 4. Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Size doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1-Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan(örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2-Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

3-Ailem(örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

4- İhtiyacım olan duygusal desteği ve sosyal desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

5-Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan(örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

6-Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7-İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

8-Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

9-Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

10-Ailem ve arkadaşlarım dışında olan duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

11-Kararlarımı vermede ailem (örneğin annemi babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

12-Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

### EK 5. Tedavi Motivasyonu Anketi

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

**EK 6. Etik Kurulu Kararı**



**T.C.  
HASAN KALYONCU  
ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK  
KURULU KARARI**

**Sayı** :E--804.01-2101290011

**Konu** :Etik Kurul Hak.

**Tarih**:29.01.2021

<b>Çalışmanın Türü:</b>	Yüksek Lisans Tezi
<b>Konu:</b>	Anket Uygulama
<b>Başlık:</b>	Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Tedavi Motivasyonunun İncelenmesi
<b>Yürütücü / Danışman:</b>	Prof. Dr. Levent SÜTÇİGİL
<b>Yazar:</b>	Sena Nur ULUKÖK
<b>Karar:</b>	Olumlu

Prof. Dr. Şener BÜYÜKÖZTÜRK  
Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Mazlum ÇELİK  
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Yaşar ÖZBAY  
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Gül Rengin KÜÇÜKERDOĞAN  
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Osman Tolga ARICAK  
Etik Kurul Üyesi

Ek: Etik Kurul Başvuru Formu.pdf (Elektronik Ek)

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Doğrulama Kodu:9d686d5b

Belge Doğrulama Adresi:


<http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index>

Adres : Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey /  
GAZİANTEP Tel / Fax : +90 342 211 80 91 / +90 342 211 8092  
Kep Adresi : hasankalyoncu.unv@hs01.kep.tr

İrtibat:Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Müdürlüğü  
Web:sbe.hku.edu.tr



## EK 7.Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Komisyon Kararı

	<p style="text-align: center;">T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ</p> <p style="text-align: center;">ARAŞTIRMA BAŞVURULARI İNCELEME VE DEĞERLENDİRME KOMİSYON KARARI</p>
---	--

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Sena Nur ULUKÖK
Kurumu	Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Araştırma Yapılacak İller	Mersin
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Mersin Amatem ve Çematem
Araştırmanın Konusu	Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Tedavi Motivasyonunun İncelenmesi ve Değerlendirilmesi
Başvuru Belgeleri	Araştırma Başvuru Formu (x) Var / ( ) Yok Araştırma Sağlık Tesisi İzin Formu (x) Var / ( ) Yok Araştırma İzin Taahhünamesi (x) Var / ( ) Yok Kurum-Kişi Talebi (x) Var / ( ) Yok Etik Kurul Kararı (x) Var / ( ) Yok
KOMİSYON KARARI	
<p>Mersin Valilik Makamının 22.10.2020 tarih ve 66442466-604.01.02-E.5738 sayılı Onayı ile görevlendirilen Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme ve Değerlendirme Komisyon üyeleri İl Sağlık Müdürlüğümüze intikal eden araştırma çalışmasını değerlendirmek üzere 02.04.2021 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.</p> <p>Değerlendirme sonucunda; başvurusu yapılan araştırma çalışmasının Müdürlüğümüze bağlı sağlık tesisinde yapılmasına karar verilmiştir.</p>	
KARAR TARİHİ : 02.04.2021	
KARAR NO : 5	

Dr. İsmail ...  
Sağlık Hizmetleri Ba...  
...rdımcısı

Üy...  
Nevi...  
Sağlık...  
...ası

Üye  
Uzm. Dr. Yusuf ÇOKAY  
Kamu P...  
...tleri

Üye  
... İŞIKLI  
... Başkanlığı  
...netim Birimi

OLUR.

Op.Dr.  
İl Sa...  
...dür V.

**EK 8. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Komisyon Kararı**

**T.C.  
GAZİANTEP VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

Tarih ve Sayı : 10.03.2021 / 68

**Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları**

**Başvuru Sahibi :**

**Sena Nur ULUKÖK**

**Çalışma Adları :**

**"Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Tedavi Motivasyonunun İçselleştirilmiş Damgalanma ve Algılanan Sosyal Desteğe Göre İncelenmesi"**

**(25 Aralık Devlet Hastanesi'nde)**

**Komisyon Kararı :**

Gerçekleşecek olan araştırmalarda çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, araştırmaya dahil olan kişilerin verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşmaması, yapılacak çalışmalarda tesislerin işleyişi ve güvenliğe zarar verilmemesi ve çalışan personellerin onayı çerçevesinde, çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından yürütülmesi kaydı ile veri toplamaya yönelik anket çalışmasını yapmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

**KOMİSYON BAŞKANI**  
**Uzm. Dr. Mehmet GÜNDOĞAN**  
Kamu Hastaneleri  
Hizmetleri Başkanı

**ÜYE**  
**Uzm. Dr. Levent SAĞLAM**  
Hiz

**KHAN**  
Bakanı

10/03/2021  
10 - 03 - 2021

**OLUR**

**Dr. Ümit Mutlu TIRYAKI**  
İl Sağlık Müdürü