



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİ GÖREN
BİREYLERİN DUYGUSAL ZEKÂ, DEPRESYON VE
UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Büşra DAĞ

Danışman

Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ

İstanbul 2018



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİ GÖREN
BİREYLERİN DUYGUSAL ZEKÂ, DEPRESYON VE
UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Büşra DAĞ

Danışman

Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ

İstanbul 2018



T.C.
ÜSKÜDAR
ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102072
Öğrenci Adı Soyadı	: Büşra Dağ
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Doç. Dr. Işıl Göğcegöz Gül
Tezin Başlığı	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Bireylerin Duygusal Zeka, Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi

Toplantı Tarihi	: 19.01.2018	Saati	: 11.30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> Geldi		
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir.</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak KABUL edilmesine, <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının DÜZELTİLMESİNE, düzeltme için adaya ay EK SÜRE verilmesine (en fazla 3 ay) <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonunda tezin REDDEDİLMESİNE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU</p> <p>İle karar verilmiştir.</p>			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input type="checkbox"/> Değişmedi <input checked="" type="checkbox"/> Değişti		
Tezin Yeni Başlığı	: <input type="checkbox"/> Değişmedi <i>değişti</i>		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> Gelmedi		
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p><input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ İLE REDDEDİLMİŞTİR.</p>			

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Doç. Dr. Gökben Hızlı SAYAR	
Danışman Üye	Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ GÜL	
Üye	Doç. Dr. Gül ERYILMAZ	
Üye	Yrd. Dr. Tuğba Arzu ÖZAL İLDENİZ	
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Sayı No :

Tarih : / / 20

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Not: Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

.....
Anabilim Dalı Başkanı
(Unvanı, Adı Soyadı, İmza)

ÜJ.FR.016 Revizyon No: 0 (08.11.2016)

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin duygusal zekâ, depresyon ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih 23/01/2018



ÖNSÖZ

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici olan değerli danışman hocam sayın Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ GÜL'e teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Lisans ve yüksek lisans eğitim hayatım boyunca bana destek olan manevi ablam Aysun DELİKTAŞ'a ve sevgili teyzem Asiye Gök'e teşekkür ederim. Bugünlere gelmeme sebep olan, maddi ve manevi her durumda yanımda olan sevgili babam Cemal DAĞ'a, annem Ayşe DAĞ'a, kardeşlerim Batuhan DAĞ'a ve Ecrin DAĞ'a sonsuz teşekkür ederim.

Büşra DAĞ

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERİN
DUYGUSAL ZEKÂ,DEPRESYON VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Büşra DAĞ

Ocak 2018

Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ

ÖZET

Bu çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan ve ayakta tedavi gören bireylerde duygusal zekâ, depresyon ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma için İstanbul'daki NP Beyin Hastanesi'nde madde kullanım bozukluğu tedavisi gören ve bilgilendirilmiş onamları alınan 100 katılımcının anket çalışması yürütülmüştür.

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları, Sosyodemografik Bilgi Formu, Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)'dir. Katılımcıların anketlere vermiş oldukları yanıtlar doğrultusunda değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi ve demografik bilgilerle karşılaştırması yapılmıştır.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda, katılımcıların duygusal zekâ boyutları, depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin farklı demografik ve klinik değişkenler bakımından anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Katılımcıların depresyon puanları anne eğitim düzeyi, kullanılan madde, madde kullanım süresi ve madde kullanım sebebi bakımından anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Ayrıca, umutsuzluk puanları gelir düzeyi ve madde kullanım sebebi bakımından anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Duygusal zekâ değişkeninin ise eğitim düzeyi, gelir düzeyi, anne ve baba eğitim düzeyi, madde kullanım yaşı, madde kullanım sebebi, madde kullanım süresi ve madde temiz kalma süresi bakımından anlamlı düzeyde ve farklı alt boyutlar bakımından farklılaşmaktadır. Araştırma değişkenleri arasındaki ilişki incelendiğinde, duygusal zekâ alt boyutları olan iyimserlik,

duyguların kullanımı ve duyguların değerlendirilmesi boyutlarının depresyon ile pozitif ilişkili ve umutsuzluk ile negatif ilişkili bulunmuştur. Duyguların değerlendirmesi boyutunda sıkıntıyı gösteren yüksek puanların depresyon ve umutsuzluk düzeylerini etkilediği saptanmıştır.

Bu çalışmada elde edilen sonuçların, madde kullanım bozukluklarında, kişilerin psikososyal düzeyleri ve süreçte görülebilecek psikopatolojik durumların incelenmesi bakımından katkı sağlayacak düzeyde olduğu düşünülmektedir. Tedavi sürecinde, söz konusu değişkenlerin ele alınmasıyla etkin bir tedavi planının yapılmasının kişilerin işlevselliği açısından önemli olduğu öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Madde kullanım bozukluğu, Duygusal Zekâ, Depresyon, Umutsuzluk

**EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTIONAL
INTELLIGENCE, DEPRESSION AND HOPELESSNESS AMONG
INDIVIDUALS UNDER THE TREATMENT OF SUBSTANCE ABUSE**

Büşra DAĞ

January, 2018

Master's Thesis

Supervisor: Asst. Prof. Işıl GÖĞCEGÖZ

ABSTRACT

This research aimed to examine the relationship among emotional intelligence, depression, and hopelessness among individuals with substance-related disorders having outpatient treatment. The participants were recruited at NP Hospital in Istanbul by obtaining their informed consent. 100 participants were asked to fill out surveys for analyzing the degree of relationship among variables.

Measurement instruments of the study were Sociodemographic Information Form, Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test, Beck Depression Inventory, and Beck Hopelessness Scale. Based on the data obtained from the participants' answers, statistical analyses regarding comparisons and relationships among research variables were maintained in this study.

Based on the results of the study, emotional intelligence, depression, and hopelessness were found as significantly different in terms of certain demographic and clinical variables. Participants' depression scores were found as significantly different in terms of their mothers' education level, type of substance, duration of substance use, reasons for substance use. Besides, hopelessness scores were also found as significantly different in terms of participants' income level and reasons for substance use. Emotional Intelligence scores were found as significantly different in terms of education, income, parents' education level, age of the first substance use, duration of substance use, duration of detoxification. Additionally, emotional intelligence subscales including optimism, usage of emotions, and evaluation of emotions were found as significantly correlated positively with depression and

negatively with hopelessness. Evaluation of emotion was also found as predictive for individuals' depression and hopelessness scores.

Findings of this study is crucial in terms of being contributive for understanding individuals with substance-related disorder abuse regarding their psychosocial and psychopathological status. Findings may be also helpful for constructing more effective treatment plans in addition to outpatient substance abuse treatment.

Key Words: Substance-Related Disorders, Emotional Intelligence, Depression, Hopelessness

İÇİNDEKİLER

TEZ SINAV TUTANAĞI.....	i
YEMİN METNİ.....	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR	xiv
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	1
1.3. Araştırmanın Önemi	2
1.4. Araştırma Soruları ve Hipotezleri.....	2
1.5. Araştırmanın Sayıltıları.....	4
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
1.7. Araştırmaya İlişkin Terimler	4
İKİNCİ BÖLÜM.....	6
GENEL BİLGİLER	6
1.1. Alkol ve Madde Kötüye Kullanma.....	6
1.2. Duygusal Zekâ	13
1.3. Umutsuzluk.....	16
1.4. Depresyon	17
1.5. Kuramsal Çerçeve.....	20
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	24

YÖNTEM.....	24
3.1. Çalışma Grubu	24
3.2. Veri Toplama Araçları	24
3.3. Araştırmanın İşlem Yolu.....	26
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	27
BULGULAR.....	27
4.1. Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri	27
4.2. Katılımcıların Depresyon Puanlarının Demografik ve Klinik Değişkenlerle Karşılaştırılması	30
4.3. Katılımcıların Umutsuzluk Puanlarının Demografik ve Klinik Değişkenlerle Karşılaştırılması	33
4.4. Katılımcıların Duygusal Zekâ Alt Boyutları Puanlarının Demografik ve Klinik Değişkenlerle Karşılaştırılması.....	41
4.5. Katılımcıların Duygusal Zekâ, Depresyon ve Umutsuzluk Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	55
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	57
TARTIŞMA	57
5.1. Demografik ve Klinik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
5.2. Duygusal Zekâ Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
5.3. Depresyon ve Umutsuzluk Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması	58
5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	59
5.5. Yeni Çalışmalar İçin Öneriler	59
ALTINCI BÖLÜM	61
SONUÇ	61
6.1. Sonuçlar	61
KAYNAKÇA.....	64
EKLER.....	69
EK-1. Demografik Bilgi Formu	69

EK-2. Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği.....	71
EK-3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ).....	76
EK-4. Beck Depresyon Ölçeği.....	78
EK-5. Araştırma İzni.....	82
EK-6. Özgeçmiş.....	84



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik ve Klinik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri.....	27
Tablo 2. Anne Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 3. Kullanılan Madde Değişkeni Bakımından Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4. Madde Kullanım Süresi Değişkeni Bakımından Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 5. Madde Kullanım Sebebi Değişkeni Bakımından Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 6. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 7. Annenin Hayatta Olma Durumu Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 8. Babanın Hayatta Olma Durumu Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 9. Anne ve Baba Birliktelik Durumu Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 10. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 11. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 12. Gelir Düzeyi Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 13. Anne Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 14. Baba Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 15. Madde Kullanma Yaşı Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 16. Madde Kullanım Sebebi Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	38

Tablo 17. Kullanılan Madde Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 18. Madde Kullanım Süresi Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 19. Madde Temiz Kalma Süresi Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 20. Tedavi Olma Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 21. Hastanede Yatış Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 22. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 23. Annenin Hayatta Olma Durumu Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 24. Babanın Hayatta Olma Durumu Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 25. Anne ve Baba Birliktelik Durumu Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 26. Tedavi Olma Durumu Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 27. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 28. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 29. Gelir Seviyesi Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 30. Anne Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 31. Baba Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 32. Madde Kullanım Yaşı Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 33. Madde Kullanım Sebebi Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	50

Tablo 34. Kullanılan Madde Türü Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 35. Madde Kullanım Süresi Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 36. Madde Temiz Kalma Süresi Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 37. Hastanede Yatış Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 38. Duygusal Zekâ Boyutları, Depresyon ve Umutsuzluk Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi.....	55
Tablo 39. Duygusal Zekâ Boyutları ile Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki Regresyon Analizi.....	56
Tablo 40. Duygusal Zekâ Boyutları ile Depresyon Düzeyi Arasındaki Regresyon Analizi.....	56

KISALTMALAR

ANOVA: Tek Yönlü Varyans Analizi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği

DSM: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

WHO: Dünya Sağlık Örgütü



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.Problem Tanımı

İnsanların düşünce ve davranışlarını anlamlandırabilmesinde duyguların önemli bir yeri vardır. Bu konuda birçok araştırmalar yapılmış ve farklı görüş önerileri sunulmuştur. 1990 yılında Mayer ve Salovey ‘‘duygusal zekâ’’ kavramını ortaya atmıştır. Mayer ve Salovey duygusal zekâ kavramını kendisinin ve başkasının duygularını izleme, duyguları yönetebilme, empati kurabilme, umutsuzluğa düşmeme, olumsuz durumlara rağmen yoluna devam edebilme becerisi olarak tanımlamıştır (Salovey & Mayer, 1990).

Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören kişiler incelendiğinde çoğu zaman bu kişilerin tedavide başarısızlığa düştükleri görülmüştür (Berg ve ark, 2017; Coelho, 2012; Hosseini, Mehdizade & Anari, 2011). Değişmek ve tedavide başarıya ulaşmak için verdikleri kararlar zaman içinde yön değiştirebilmektedir. Yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinin duygusal Zekâlarının psikolojik sıkıntı belirtileri üzerine etkisi incelenmiş ve duygusal Zekânın çeşitli alanlarında gözlenen yetersizliklerin psikolojik sıkıntı belirtilerinden kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır (Hosseini, Mehdizade & Anari, 2011). Başka bir çalışmada ise madde kullanım bozukluğu tedavisi gören hastaların bağımlılık dereceleri arttıkça geleceğe dair duygular artmakta ve güdülerin beslediği umut azalmaktadır (Khoddam & Leventhal, 2016; Denhart ve ark, 2016). Bu bilgilerden yola çıkarsak duygusal Zekânın duygu ve davranışları şekillendirdiği kanısına varabiliriz. Ancak yapılan çalışmalar son derece sınırlı olup madde kullanım bozukluğu tedavisi gören kişiler ile bu tedaviyi görmeyen kişilerin duygusal Zekâ düzeyleri, depresyon ve umutsuzluk düzeyleri karşılaştırılacak literatürdeki boşluğun giderilmesine yönelik veriler elde edilmesine çalışılacaktır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, madde kullanım bozukluğu tedavisi gören kişilerin duygusal Zekâ, depresyon ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Araştırmada, madde kullanım bozukluğu görülen bireylerin

duygusal Zekâ, depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin demografik değişkenler bazında farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi hedeflenmektedir. Ayrıca, tezde elde edilen bulguların konu hakkında bilgi sağlamak ve literatüre katkı yapması hedeflenmektedir.

1.3.Araştırmanın Önemi

Son yıllarda, yapılan bilimsel çalışmalar ve yayınlanan kitaplarda duygusal Zekâ kavramına sıklıkla yer verilmeye başlanmıştır. Daha erken dönemlerden beri varlığını sürdüren ve Goleman (1995) ile kavramlaştırılmış ve eser haline getirilmiş duygusal Zekâ daha sonrasında popüler bir ifadeye dönüşmüştür. Bu alanda yoğunlaşan ilginin sebebiyle farklı tanımlamalara ve kuramsal çerçeveye dahil edilen duygusal Zekâ, Salovey ve Mayer (1990) tarafından yapılan tanımda da belirtildiği gibi kişilerin kendi duygu ve düşüncelerini başkalarının duygu ve düşüncelerinde ayırarak tanımlama becerisini, duygu ve düşüncelerini yönlendirme ve düzenleme kabiliyetleri gibi süreçleri kapsayan bir kavramdır. Bu doğrultuda, yapılan çalışmaların, kişilerin duygusal Zekâ düzeyleri ile iyi olma halleri arasında ilişki olduğunu gösteren bulgular mevcuttur. Kişilerin, duygularını etkin bir biçimde düzenleyebilmesi, ifade etmesi ve tanımlayabilmesi bir kişilik özelliği olarak görülüp, aynı zamanda iyi oluş ile ilişkilendirilmiştir. Literatürde yer alan çalışmalarda, kişilerin duygusal Zekâ düzeyleri ile bazı psikopatolojiler arasında da ilişki olduğu görülmüştür. Bu çalışmada da ele alınacak olan, psikopatolojik olgularda karşılaşılan, alkol ve madde kullanım bozuklukları ile duygusal Zekâ arasındaki ilişkidir. Ayrıca, duygusal Zekânın kişilerin iyi oluşu arasındaki ilişkiyi vurgulayan çalışmalardan yola çıkarak, umutsuzluk, depresyon kavramı ve duygusal Zekâ düzeyleri bu çalışmada ele alınmış ve iyi oluşlarına ilişkin bulgular sunulmuştur.

1.4.Araştırma Soruları ve Hipotezleri

Araştırmacı tarafından oluşturulan araştırma soruları ve hipotezleri aşağıda belirtilmiştir:

Araştırma Sorusu 1. Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin duygusal Zekâ, depresyon ve umutsuzluk düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

H1: Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireyleri duygusal Zekâ ve umutsuzluk düzeyleri arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki vardır. Duygusal Zekâ puanları düşük olan kişilerin umutsuzluk puanları yüksektir.

H0: Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireyleri duygusal Zekâ ve umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur.

H2: Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireyleri duygusal Zekâ ve depresyon düzeyleri arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki vardır. Duygusal Zekâ puanları düşük olan kişilerin depresyon puanları yüksektir.

H0: Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireyleri duygusal Zekâ ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur.

H3: Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireyleri umutsuzluk ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki vardır. umutsuzluk puanları yüksek olan kişilerin depresyon puanları yüksektir.

H0: Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireyleri depresyon ve umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur.

Araştırma Sorusu 2. Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin sosyodemografik değişkenlerine bağlı olarak duygusal Zekâ düzeyleri anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

H4: Sosyodemografik değişkenler bakımından Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin duygusal Zekâ puanları anlamlı düzeyde farklılaşır.

H0: Sosyodemografik değişkenler bakımından Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin duygusal Zekâ puanları anlamlı düzeyde farklı değildir.

Araştırma Sorusu 3: Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin sosyodemografik değişkenlerine bağlı olarak umutsuzluk düzeyleri anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

H5: Sosyodemografik değişkenler bakımından Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin umutsuzluk puanları anlamlı düzeyde farklılaşır.

H0: Sosyodemografik değişkenler bakımından Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin umutsuzluk puanları anlamlı düzeyde farklı değildir.

1.5.Araştırmanın Sayılıları

Araştırmanın örneklem, yöntem ve veri analizi bakımından varsayımları aşağıdaki gibidir:

1. Araştırmada kullanılan ölçekler araştırma değişkenlerini ölçmek için geçerli ve güvenilir ölçekler olduğu varsayılır.
2. Araştırmada katılımcıların ölçekteki maddelere vermiş oldukları yanıtların kendileri hakkında geçerli ve güvenilir yanıtlar olduğu varsayılır
3. Araştırmada değişkenlere ilişkin bulguları elde etmek için kullanılan istatistiksel veri analiz yöntemlerinin bulguları saptamak açısından geçerli ve güvenilir yöntemler olduğu varsayılır.

1.6.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklem, yöntem ve veri analizi bakımından sınırlılık oluşturabileceği düşünölen durumlar aşağıdaki gibidir:

1. Araştırmanın örnekleminin seçildiği kurum ve kuruluşların sınırlı sayıda olmasının örneklemin evreni temsil edebilirliği açısından kısıtlı olabileceği düşünölmektedir.
2. Araştırmada elde edilen bulgular, araştırma için belirlenen ve araştırmacı tarafından değişkenleri ölçmesi adına uygun görölen değerlendirme araçlarına verdikleri cevaplarla kısıtlıdır.
3. Araştırmada elde edilen sonuçlar, elde edilen verileri için geçerli ve güvenilir olduğu varsayılan veri analiz yöntemleri ile kısıtlıdır.

1.7.Araştırmaya İlişkin Terimler

Madde kullanım bozukluğu:

Kişilerin maddeyi, vücudunun işlevlerini etkileyebilecek düzeyde kullanımına bağlı bozukluklar olarak tanımlanır. Kişiler, zarar gördükleri halde madde kullanımına devam ediyor ve maddeyi bırakmada güçlük çekiyorsa buna bağlı olarak bağımlılık ve yoksunluk belirtileri göstermekte ve kullanım sıklığını arttırabilmektedir (Yeşilay, 2017).

Duygusal Zekâ:

Duygusal Zekâ ve yapılan çalışmalarda da kısaltma olarak yer verilen EQ, bireylerin hem kendilerine hem de başkalarına ait duygularını anlayabilme, ayırt edebilme, düzenleme ve yönlendirme becerilerini kapsayan duygusal bilgi olarak tanımlanmaktadır (Bradberry & Greaves, 2005).

Umutsuzluk:

Umutsuzluk kişide umudun yoksunluğu olarak tanımlanır. Umutsuzluk kavramının umut kavramı ile tanımlanmasında, umutlu olan bir bireyin iyi olma duygusunun ağır bastığı ve kişileri hayata karşı harekete geçirebilecek gücü elde ettiği düşünülmektedir. Ayrıca, umut, geleceğe dair olumlu beklentilere sahip olma duygusunu olarak tanımlanır. Bu sayede umut, kişilerin gelecekte karşılaşılabilecekleri problemlere dair güven duygusu verirken, umutsuzluğun olması baş etme becerilerini sekteye uğratabilecek ve ruh sağlığını etkileyebilecek bir kavram olarak görülmektedir (Çelikel & Erkorkmaz, 2008).

Depresyon:

Kişilerdeki çökkünlük, ilgisizlik, eskiden yapılan etkinlikleri yapmakta zevk alamama, çaresizlik, umutsuzluk, karamsarlık, değersizlik hissi, uyku problemleri, iştah ile ilgili sorunlar, cinsel işlevsellik ve istekte azalma belirtileri ile kendisini gösteren duygu durum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Küey 1998).

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

Bu bölümde, madde kullanım bozuklukları, madde kullanım bozukluklarında tedavi, duygusal Zekâ ve umutsuzluk kavramlarına yer verilmiş, söz konusu kavramlar kuramsal çerçevede ele alınmış ve ilgili literatür değerlendirilmiştir.

1.1. Madde Kötüye Kullanma

Maddeyi kötüye kullanma durumu psikiyatrik bir durum olarak nitelendirilen ve DSM 5 tanı ölçütleri doğrultusunda madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları 10 ayrı maddede incelenmektedir. Bunlar, Alkol, Kafein, Kenevir, Varsandıranlar, Opiyatlar, Dinginleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler (sedatif, hipnotik ve antisyolitikler), Uyarıcılar (amfetamin, kokain ve diğer uyarıcı maddeler) ve Tütün ve diğer bilinmeyen maddeler olarak sınıflandırılmıştır (Köroğlu, 2014).

1.1.2. Bağımlılık Bozuklukları

Bağımlılık bozuklukları, kişilerin 1 yıllık dönem içerisinde madde kullanımı ile ilişkili olarak sıkıntı yaşamaları ve işlev bozukluklarının olması şeklinde tanımlanmaktadır. Madde kullanım bozukluğu ve bağımlılık bozukluklarını karşılayan kriterler DSM 5'te yer almaktadır (Köroğlu, 2014).

Kişinin, istediğinden çok daha fazla miktarda madde kullanması,

Madde kullanmayı bırakmak veya kontrol altına almak için çaba göstermesi durumunda çaba ve girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlanması,

Kişinin madde tedarik etmek için veya kullandığı maddenin etkilerinden kurtulmaya yönelik fazla zaman harcaması,

Madde kullanımına ilişkin yoğun bir istek duyması ve bu isteğe karşı koymakta zorlanması,

Kişinin madde kullanımı sebebiyle iş, ev veya okul gibi işlev alanlarında sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanması,

Kişinin madde kullanımının olumsuz etkilerine rağmen kullanıma devam etmesi ve tehlikeli koşullarda kullanıma devam etmesi,

Madde kullanımının olumsuz sağlık sonuçlarına rağmen kullanımı sürdürme,

Tüketilen maddeye yönelik dayanıklılık (tolerans) geliştirme ve daha fazla kullanma isteği geliştirme

Madde kullanımının söz konusu olmadığı durumlarda yoksunluk belirtileri gösterme

olarak belirtilmiştir (Koroğlu, 2014).

1.1.3. Madde Kullanım Bozuklukları

Yukarıda belirtilen ve DSM 5 tanı ölçütleri kapsamında olan maddelerin kullanımına bağlı olarak mezolimbik dopamin yollarında bulunan, beynin ödül mekanizması devreye girerek kişilerin bağımlılık geliştirebileceği davranışlar içerisinde olmasına ve dayanıklılık geliştirmesine yol açabilmektedir. DSM 5 madde kullanımına yönelik kriterleri ele alırken, madde kullanımı bozukluğu ve madde bağımlılığına yönelik bozukluklar olarak ele almaktadır. Madde bağımlılığına yönelik bozukluklar ise,

Esriklik (entoksikasyon)

Yoksunluk (Çekilme)

Maddenin yol açtığı psikiyatrik bozukluklar (depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk, uyku ve cinsel işlev bozuklukları, nörobilişsel bozukluklar vb.)

1.1.3.1. Esriklik (Entoksikasyon)

Entoksikasyon, kişilerin psikoaktif maddeler kullanması sonucunda, bilinç düzeyinde, bilişsel süreçlerinde, yargılama kabiliyetlerinde, davranışlarında veya psikofizyolojik işlevlerinde meydana gelen değişimler olarak tanımlanır (WHO, 2017). Söz konusu etkiler, kişilerde akut farmakolojik etkiler ve buna bağlı etkiler sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu kavram genellikle alkol kullanımına bağlı olarak

“sarhoşluk” tanımı ile tutarlılık göstermektedir; fakat alkol entoksikasyonu kişilerde konuşma bozuklukları, yüz kızarması, öfori, aktivitede artış, yavaşlayan tepkiler, yargılama kapasitesinde düşüş, motor koordinasyonunda bozulma gibi belirtiler ile kendisini göstermektedir (WHO, 2017).

Entoksikasyon, kullanılan maddenin türüne ve dozuna göre değişkenlik göstermekte olup, kişilerin toleransına ve diğer faktörlere bağlı farklılıklar barındırmaktadır. Genel olarak, kişiler belli dozlarda maddeyi belli bir oranda entoksikasyon için kullanmayı tercih etmektedir. Hissedilen entoksikasyona bağlı gösterilen davranışsal tepkiler kültürel ve kişisel faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir (WHO, 2017). Akut entoksikasyon ICD-10 kriterlerine göre klinik önem taşımaktadır. Entoksikasyonuna bağlı olarak kişilerde kusma, deliryum, koma, nöbetler görülmekte ve maddenin miktarına ve kullanım yöntemine göre değişiklik göstermektedir (WHO,2017).

Kişinin yakın bir geçmişte madde kullanması sebebiyle kişide gözle görülür düzeyde bedensel ve ruhsal rahatsızlıkların olması olarak ifade edilir. Entoksikasyon belirtileri maddenin kişideki etkilerine bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Köroğlu, 2014).

Alkol kullanım bozukluğu olan vakalarda alkol kullanımı sırasında veya yakın bir zamanda alkol aldıktan sonra kişilerde görülen,

- Ayakta durmakta güçlük
- Konuşma problemi
- Kelimeleri uzatarak ve bozuk bir biçimde telaffuz etme
- Eşgüdüm bozukluğu
- Dikkat ve hafıza problemleri
- Nistagmus
- Bilinç uyuşukluğu veya koma

Kafein entoksikasyonunda, kişilerin yakın zamanda 250 mg üzerinde kafein tüketmiş olması ve sonrasında görülen bedensel ve ruhsal belirtiler olarak tanımlanmaktadır. Kişinin kafein tüketimine bağlı olarak hissettiği,

- Huzursuzluk

- Sinirlilik
- Heyecan
- Uykusuzluk
- Yüz kızarması
- Sık idrara çıkma
- Mide ve bağırsakta rahatsızlık
- Düşünce ve konuşma dağınıklığı
- Kalp çarpıntısı veya ritim bozukluğu
- İçsel gücün bitip tükenmemesi hali
- Psikomotor ajtasyon

Kenevir (Esrar, kanabis) entoksikasyonuna bağlı olarak kişilerde görülen entoksikasyon belirtileri ise,

- Konjunktivaya kan oturması
- İştah artması
- Ağız kuruluğu
- Taşikardi
- Hallüsinojenlere ilişkin entoksikasyon belirtilerini incelediğimizde,
- Düşey veya yatay nistagmus
- Tansiyon yüksekliği veya taşikardi
- Uyuşma
- Ağrı duyarlılığında azalma
- Sözcüklerin yanlış seslendirilmesi veya söylenmesi
- Ataksi
- Sese aşırı duyarlılık
- Kaslarda sertlik
- Nöbet geçirme veya koma

Uçucu maddelerin kullanımına yönelik entoksikasyon belirtilerinde ise,

- Baş dönmesi
- İstemsiz göz hareketleri
- Eşgüdüm bozukluğu
- Düzgün ayakta duramama

- Sözü ağızda geveleme
- Uyuşukluk
- Reflekslerde azalma
- Psikomotor yavaşlama
- Titreme
- Genel bir kas güçsüzlüğü
- Görme bulanıklığı veya çift görme
- Bilinç kaybı veya koma
- Öfori

Afyon (opiyat, morfin, eroin) kullanımına ilişkin entoksikasyon belirtileri ise,

- Uyuşukluk veya koma
- Dikkat ve hafıza bozuklukları
- Sözü ağızda geveleme

Sedatif, hipnotik veya antisyolitikler ile ilgili entoksikasyon belirtilerinde,

- Sözü ağızda geveleme
- Eşgüdüm bozukluğu
- Düzgün ayakta duramama
- İstemsiz göz hareketleri
- Bilişsel bozukluklar
- Bilinç kaybı veya koma

Uyarıcı maddelerin (stimulant) entoksikasyon belirtilerinde,

- Taşikardi veya kalp atımının düşmesi
- Gözbebeklerinde büyüme
- Tansiyon düşüklüğü veya yüksekliği
- Terleme veya ürperme
- Bulantı veya kusma
- Belirgin ölçüde kilo kaybı
- Psikomotor ajitasyon
- Kas güçsüzlüğü, göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, ritim bozukluğu
- Konfüzyon, katılmalar, bilinç kaybı veya koma

1.1.3.2. Madde Yoksunluğu

Kişinin aşırı ölçüde madde tüketimini sonlandırması veya azaltması sonrasında görülen bedensel ve ruhsal belirtiler olarak ifade edilmiştir (Köroğlu, 2014).

Alkol kullanımının azalması veya kullanımının sonlandırılması durumunda, kişilerde görülebilecek çekilme (yoksunluk) belirtileri aşağıdaki gibidir:

- Hiperaktivite (terleme, titreme, kalp atım hızının artması gibi)
- El titremesi
- Uykusuzluk
- Mide bulantısı veya kusma
- Kısa süreli olarak kişilerde görülen duyuşsal varsanılar veya yanılsamalar
- Psikomotor kışkıırma
- Bunaltı
- Ani bilinç kaybı ve titreme nöbetleri

Kafein yoksunluğunda ise uzun süredir her gün kafein tüketmeye bağlı olarak, kafein tüketimin azaltılması veya sonlandırılması sebebiyle kişilerde belirgin düzeyde seyreden beden ve ruhsal belirtiler olarak tanımlanmaktadır. Kafein tüketiminin azaltılması veya bırakılması sonucunda kişilerde,

- Baş ağrısı
- Belirgin ölçüde gözlenen uyuşukluk ve yorgunluk
- Duyguları yönetmede zorlanma, çökkün duygu durum veya çabuk öfkelenme
- Konsantrasyon eksikliği
- Gribal enfeksiyon belirtilerine benzer belirtiler (kas gerginliği, bulantı ve kusma)

Kenevir (kanabis) kullanımının azalması veya kullanımının sonlandırılması durumunda, kişilerde görülebilecek çekilme (yoksunluk) belirtileri aşağıdaki gibidir:

- Saldırganlık
- Sinirlilik ve çabuk öfkelenme
- Bunalma hissi
- Uyku problemleri
- İştah azalması ve kilo verme

- Huzursuzluk
- Depresif duygu durum
- Karın ağrısı
- Ürperme
- Ateş
- Titreme
- Baş ağrısı

Hallüsinojen (psychedelic) kullanımının azalması veya kullanımının sonlandırılması durumunda, kişilerde görülebilecek çekilme (yoksunluk) belirtileri aşağıdaki gibidir:

- Göz bebeklerinde büyüme
- Taşikardi
- Terleme
- Çarpıntı
- Görme bulanıklığı
- Titreme
- Eşgüdüm bozukluğu

Opiyat kullanımının azalması veya kullanımının sonlandırılması durumunda, kişilerde görülebilecek çekilme (yoksunluk) belirtileri aşağıdaki gibidir:

- Duygu durumda küntlik
- Bulantı veya kusma
- Kas ağrıları
- Gözyaşı akması veya burun akıntısı
- Göz bebeklerinde büyüme
- Terleme
- Tüylerin diken diken olması
- İshal
- Esneme
- Ateş
- Uyku problemleri

Sedatif, hipnotik ve anksiyolitik kullanımının azalması veya kullanımının sonlandırılması durumunda, kişilerde görülebilecek çekilme (yoksunluk) belirtileri aşağıdaki gibidir:

- Hiperaktivite
- El titremesi
- İnsomnia
- Bulantı veya kusma
- Kısa süreli duyuşal sanrılar
- Psikomotor kışkıırma
- Depresyon
- Bilinç kaybı

Uyarıcı madde (stimulant) kullanımının azalması veya kullanımının sonlandırılması durumunda, kişilerde görülebilecek çekilme (yoksunluk) belirtileri aşağıdaki gibidir:

- Yorgunluk
- Kötü rüyalar veya kabuslar görme
- Uyku problemleri (az veya çok uyuma)
- İştah artması
- Psikomotor eylemlerde aşırılık veya yavaşlama

Tütün kullanımının azalması veya kullanımının sonlandırılması durumunda, kişilerde görülebilecek çekilme (yoksunluk) belirtileri aşağıdaki gibidir:

- Öfke
- Konsantrasyonda güçlük
- İştah artışı
- Huzursuzluk
- Depresyon
- Uyku problemleri

1.2.Duygusal Zekâ

Duygusal zeka, ilk olarak olarak yönetim alanındaki literatürde Salovey ve Mayer (1990) tarafından ortaya atılmıştır. İlk olarak, duygusal zeka, kişilerin duygu süreçlemesi, duygularını yapılandırması ve yönetmesi gibi unsurları içermektedir

(Salovey ve ark, 1995). Bu doğrultuda, yapılan çalışmalarda, kişilerin başa çıkma becerilerini ve duygu durum düzenleme süreçlerini etkileyen süreçlerin ne olduğu incelenmeye başlanmıştır (Mayer & Salovey, 2002). Ayrıca, Salovey, Stroud ve Woolery (2002), duygusal zeka kavramını, kişilerin hem kendi duygularını hem de diğer insanların duygularının farkında olma, yönetme ve başa çıkma becerisi olarak tanımlamaktadırlar.

Bu alanda yapılan çalışmalarda birden fazla yapının ortaya çıktığı görülmüş ve elde edilen bulgular doğrultusunda Bar-On (1997), Goleman (1996) ve Salovey ve Mayer (1990) tarafından yapılan çalışmaların öncü olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, ilk tanımdan farklı olarak, diğer modellerde duygusal zeka kavramı kişilerin davranışları, özyönetim ve sosyal becerilerini de kapsamaktadır (Bar-On, 1997; Goleman, 1996; Mayer, Salovey & Caruso, 2000a).

Mayer ve Salovey (1997) tarafından oluşturulan modelde, duygusal zeka kavramına ilişkin dört hiyerarşik dal bulunmaktadır. Bunlar,

- Kişilerin kendisinin ve başkalarının duygularını algılayabilme becerisi,
- Kişilerin, düşüncelerini kolaylaştırmak amacıyla duygularını etkin bir biçimde kullanabilme becerisi,
- Kişilerin, duygulara ilişkin kavramları anlayabilme becerisi,
- Kişilerin duygularını yönetebilmesidir (Mayer, Salovey & Caruso, 2004).

Salovey ve Mayer (1993), ilk olarak duygusal zeka kavramını sosyal zeka boyutunda ele almış; fakat daha sonra tanımlarını yeniden yapılandırarak, bu kavramın bilişsel nitelikte olduğunu ifade etmişlerdir. Bu doğrultuda, duygusal zekanın, kişilerin sahip olduğu ayırt edici nitelikte bilişsel yetenekler ile açıklandığını belirtmişlerdir.

Goleman (1998), duygusal zeka kavramına ilişkin alt boyutlarını Salovey ve Mayer'in modeli üzerinden yeniden çerçevelemiştir. Goleman (2000), duygusal zeka kavramını, kişilerin kendisinin ve başkalarının duygularının farkında olabilmesi ve bu farkındalığı kendisini motive etmek, duygularını hem kendi içinde hem de kişilerarası ilişkilerinde yönetebilmek için kullanma kabiliyeti olarak tanımlamaktadır.

Duygusal yeterlilik (Emotional competence), kişilerin özellikle işlev alanlarında duygusal zekaya ilişkin öğrenilmiş yeterlilik düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Goleman, 1998; Neubauer & Freudenthaler, 2005).

Duygusal zeka kavramına ilişkin tartışılan konulardan bir tanesi de, duygusal zekanın doğuştan mı ya da öğrenilen bir nitelik olup olmadığı üzerinedir. Yapılan incelemeler sonucunda ise, duygusal zekanın öğrenilebilen bir unsur olduğu ve yaş ile birlikte gelişebileceği öne sürülmektedir (Goleman, 2007). Ayrıca, duygusal zekanın beynin limbik sisteminin nörotransmitterlerinde ilk tohumlarını verdiği ve daha sonrasında deneyimlerle en iyi düzeye çıktığını ifade edilmiştir (Ortony, Glone & Collins, 1988).

Duygusal zeka kavramına ilişkin bir diğer model ise Bar-On (1997) tarafından oluşturulmuş, 15 faktör içeren çokboyutlu niteliğe sahiptir. Bar-On (1997) duygusal zeka kavramını hem duygusal hem de sosyal zeka olarak ele almış ve kişilerin duygusal ve sosyal yeterliliklerinin, kendilerini ifade etme, başkalarını anlayabilme, günlük sorunlarla başa çıkabilme, problem ve baskılara karşı gelebilme alanlarında ne ölçüde etkili olduğu ile açıklamaktadır. Bar-On (1997) tarafından oluşturulan duygusal zeka ölçümü kapsamında özsaygı, duygusal özfarkındalık, atılganlık, bağımsızlık, kendini gerçekleştirme, empati, sosyal sorumluluk, kişilerarası ilişkiler, stres toleransı, dürtü kontrolü, gerçeklik testi, esneklik, problem çözme, iyimserlik ve mutluluk boyutlarını incelemiştir.

1.1.2. Duygusal Zekâ ve Psikopatoloji

Duygusal zekâ, kişilerin yaşam doyumu, stresle başa çıkma, mesleki ve akademik işlevsellikleri konularında iyi bir yordayıcıdır (Mayer, Salovey & Sitarencis, 2001). Duygusal zekanın, kişilerin düşünce ve eylemlerine yön verebilmesi amacıyla kendisinin ve başkalarının duygularını gözlemleyebilme ve yönetebilme kabiliyetini barındırması bakımından kişilerin ruh sağlığı ve iyilik hali konusunda anlamlı sonuçları bulunmaktadır (Goleman, Boyatzis & Mckee, 2002; Kuzu, 2008). Yapılan çalışmalarda, kişilerin duygusal zekâ düzeylerinin depresyon ile negatif korelasyonu olduğu saptanmıştır. Duygusal zekâsı düşük olan kişilerin depresyon yatkınlıklarının daha fazla olduğu bulunmuştur (Marmorstein & Iacono, 2011). Yapılan diğer bir çalışmada, Marmorstein ve Iacono (2011), çalışan kadın ve erkeklerin duygusal zekâ ve depresyon düzeylerindeki ilişki anlamlı bulunmamış;

stresin özellikle kadınlar üzerinde erkeklere göre daha anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu doğrultuda, duygusal zekanın stresle başa çıkma açısından önemli bir değişken olduğu düşünüldüğünde, stresin depresyon riskini arttırmasının, stresle baş etme yetersizliğini açıklayabilecek duygusal zeka düzeyinin dolaylı etkisi olabileceğini düşündürmektedir (Polanko, 2001).

Duygusal zekâ ile bağlantılı olduğu düşünülen özdenetim kuramı çerçevesinde, kişilerin duygu, düşünce ve davranışlarını kontrol edebilmeleri ve çevreden gelen taleplere etkin bir biçimde karşılık verebilme kabiliyetinin düşük düzeyde olmasının, kişilerde istenmeyen duygu ve deneyimleri etkilerini azaltmak veya bertaraf etmek için uyumsuz başa çıkma yöntemlerine başvurma eğilimi gösterebilmektedir. Özdenetim Kuramı çerçevesinde, kişilerin kendilerini ve çevrelerini etkin bir biçimde düzenleyememesi durumunda özellikle yeme bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi kişilerin uyumsuz başa çıkma becerileri sergileyebildiği öne sürülmüştür. Negatif duyguların etkisini azaltmak veya kaçınmak amacıyla kişinin yöneldiği problemleri davranışlar arasında bozuk yeme davranışının ve madde kullanım bozuklukları olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Shapiro ve ark, 1996; Sternberg, 1997).

1.3.Umutsuzluk

Umutsuzluk kavramı, bireyin geleceğe yönelik negatif duyguları ve beklentileri olarak tanımlanmış ve depresyonu tetikleyebilecek önemli bir değişken olarak ifade edilmiştir (Seber ve ark, 1993). Umutsuzluk aynı zamanda, farklı psikiyatrik bozukluklarda da görülebilen ve görülmesi halinde intihar girişimi, alkol ve madde kullanım bozuklukları, fiziksel yakınmalar, psikosomatik rahatsızlıklar ve şizofreni gibi önemli durumların tetiklenmesine rolü olabilecek niteliktedir (Seber ve ark, 1993).

Depresyon belirtileri ele alındığında, ilk olarak anhedoni olarak ifade edilen ve kişilerin önceden yapmaktan keyif aldıkları etkinlikleri yapmaktan hoşlanmama durumu ve çökkün duygu durumun şiddetini arttıran unsurun umutsuzluk ve umutsuzluğun yol açtığı düşünce ve duyguların olduğu düşünülmektedir (Şahin, 2002). Umutsuzluğa yol açan durumların ise, bireylerin olumsuz koşullardaki yaşantıları ve bunlarla ilgili çıkarsamaları olduğu ifade edilmiştir. Kişiler söz konusu

olumsuz durumlar üzerine düşündükçe, içinde buldukları koşullara ilişkin çaresizlik ve umutsuzluğun arttığı görülmektedir (Polanko, 2001).

Umutsuzluk düzeyi, bireysel değişkenlere bağlı olarak sosyokültürel farklılıklar açısından da farklı temsilleri olabilecek özelliktedir. Kişilerin sosyal desteği, stres algısı, kendilik algısı ve başa çıkma becerilerinin umutsuzluğa kapılmamaları hususunda önemli işlevleri olduğu öne sürülmüştür (Seber ve ark, 1993). Bununla birlikte, umutsuzluk, kişilerin hem fiziksel hem de psikolojik açıdan sağlığını etkileyebilecek düzeyde güçlü bir duygu olarak karşımıza çıkmakta; fakat bu alanda yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu göze çarpmaktadır. Onun yerine, umutsuzluğu temel alan ve kişilerde farklı olumsuz duygu ve düşüncelerle kendisini gösreden depresyon kavramına odaklanılmıştır.

Kişilerin stres toleransı ve olumsuz duygularla baş edebilme durumu bireye özgü olmakla birlikte, olumsuz koşullara maruz kalan ve bunun sonucunda olumsuz duygu ve düşünce geliştiren bireylerin durumu yönetememesi durumunda farklı ve uyumsuz başa çıkma becerileri geliştirmeye yönelik hassasiyetleri artmaktadır (Shapiro, 1997). Bu doğrultuda, kişilerde, olumsuz duyguların bertaraf edilmesi ve duygulara ilişkin deneyimlerden kaçınmak anlamında bozuk yeme davranışı ve maddeyi kötüye kullanma gibi, kısa süreli olarak kaçınmayı sağlayarak gelen olumlu duyguların söz konusu olduğu görülebilmektedir (Salovey, Woolery & Mayer, 2001). Sonrasında ise, kişinin bu duygularla işlevsel bir biçimde başa çıkmadığı ve hayatının diğer işlev alanlarını olumsuz etkileyebilecek uyumsuz yöntemleri hayatlarında sıklıkla kullanmaya başladıkları görülmektedir. O yüzden, kişilerin kısa süreli de olsa yaşadıkları olumsuzluklardan kurtulabilmek ve umutsuzluk hissini daha az hissedebilmek adına daha iyi hissedebilecekleri ve dikkatini söz konusu olumsuz duygu durumdan kurtarabilecekleri farklı bir yöntem bulma ihtiyacı ortaya çıkabilmektedir. Yapılan çalışmalarda, duygularını tanımlama ve olumsuz duygularla baş etme açısından yeterli olmadığını fark eden bireylerin telafi edici ve işlevsel olmayan başa çıkma becerilerine başvurabildiği görülmüştür.

1.4.Depresyon

Depresyon (Majör Depresif bozukluk ya da klinik depresyon olarak ayrıca tanımlanmaktadır) yaygın ve ciddi bir psikiyatrik rahatsızlık olarak bilinmektedir. Depresyon, kişilerin nasıl düşündüğünü, hissettiğini, günlük hayat işlevselliğini nasıl

sürdüdüğünü, uykusunu, iştahını ve çalışma hayatını etkileyebilecek önemli belirtiler barındırmaktadır. Bir kişinin depresyon tanısı alabilmek için depresyon belirtilerinin, özellikle çökkün duygu durum ve anhedoni olarak tanımlanan ve kişinin öncesinde keyifle yaptığı etkinlikleri yapamamama durumunun en az iki hafta sürmesi beklenmektedir (American Psychiatry Association, 1996). Depresyonun bireylerde görülebilen bazı türleri bulunmaktadır. Bunlar,

Sürekli Depresif Bozukluk (Persistent Depressive Disorder) (Distimik Bozukluk): Kişilerde en az iki yıl boyunca süren depresyon olarak tanımlanır. Kişilerde bu süre içerisinde majör depresif dönemler geçirmekle birlikte daha az ciddi belirtileri taşımaya devam ederler; fakat bu belirtilerin iki yıl ve fazla sürmesi distimik bozukluk tanısı için gerekli kriterdir (National Institute of Mental Health, t.b.).

Hamilelik/Doğum Sonrası Depresyonu: doğumdan sonraki iki hafta boyunca annelerde görülen anksiyete ve depresif belirtilerden daha ciddi olmak üzere kadınların hamilelik döneminde ve doğum sonrasında (post partum depresyon) yaşadıkları majör depresyon belirtileri olarak tanımlanır. Yüksek düzeyde mutsuzluk, anksiyete, bitkinlik belirtileri annenin günlük işlevselliği ve bebeği olumsuz etkilemektedir (American Psychiatry Association, 1996).

Psikotik Depresyon, kişilerde bazı psikotik nitelikler taşıyabilen ve hezeyanların söz konusu olabileceği majör depresyon olarak tanımlanmaktadır. Başka kişilerin duymadığı veya görmediği bazı yıkıcı ve rahatsız edici uyarınların olması psikotik depresyon kriterlerini karşılamaktadır. Söz konusu sanrılar veya hezeyanlar kişinin suçluluk, yoksunluk ve hastalığı ile ilişkili olmaktadır (American Psychiatry Association, 1996).

Mevsimsel Depresyon, kişilerin özellikle kış aylarında, güneşin daha az olduğu dönemlerde depresif belirtileri olması şeklinde tanımlanır. İlkbahar ve yaz aylarında görülen yükselme ile birlikte, kişiler her yıl kış aylarında daha fazla uyuyabilir veya yemek yeme ihtiyacı olabilir (American Psychiatry Association, 1996).

Bipolar Depresyon, depresyondan farklı olmak üzere, depresyon türleri arasında yer alır; çünkü kişiler dönemleri içerisinde majör depresif dönemler de geçirebilmektedir. Ayrıca, kişilerde yüksek iyilik düzeyi, coşku, tedirginlik gibi

duyguların görülebileceği mani veya hipomani dönemleri de görülebilmektedir (American Psychiatry Association, 1996).

Premenstrual Disforik Bozukluk: Adet öncesi depresyonu olarak tanımlanmaktadır. DSM-5 tanı kriterlerinde depresyon türleri olarak dahil edilmiştir (American Psychiatry Association, 2013).

İşaretler ve Semptomlar

Kişilerde en az iki hafta olmak üzere,

Süregelen mutsuzluk, kaygı ve boşluk hissi

Umutsuzluk ve karamsarlık

Huzursuzluk

Suçluluk, değersizlik ve çaresizlik duygusu

Enerjide düşüş, yorgunluk

Hareket ve konuşmada yavaşlama

Rahatsızlık hissi veya sakin kalamama

Konsantrasyon güçlüğü

Hatırlamada güçlük

Karar vermede zayıflık

İştah ve kiloda değişiklikler

Ölüm ve intihar düşüncesi

İntihar girişimi

Ağrı ve acılar, kas krampları, sindirim problemleridir (National Institute of Mental Health, t.b.)

Yukarıda belirtilen işaretler herkeste aynı düzeyde bulunmamaktadır. Bazı bireylerde söz konusu belirtilerin birkaçı yer almaktadır; fakat bazılarında belirtilerin çoğu bulunmaktadır. Bazı süregelen belirtiler, kişilerin tedavisi açısından önemlidir; fakat

birkaç belirtiyi barındıran kişilerde subsendromal depresyon için müdahale gerekebilmektedir. Belirtilerin ciddiyeti, kişilerde ne kadar sürdüğüne ve semptomun türüne göre değişiklik gösterebilmektedir (American Psychiatry Association, 1996).

Risk Faktörleri

Depresyon, dünyada yaygınlığı oldukça fazla olan psikiyatrik bir bozukluktur. Depresyonun risk faktörleri incelendiğinde, kişilerde genetik, biyolojik, çevresel ve psikolojik faktörlerin kombinasyonu olarak kendisini gösterebilen önemli bir rahatsızlıktır (Beck ve ark, 1979).

Depresyon her yaşta görülebilir; fakat en yaygın olarak erişkinlik döneminde başlamaktadır. Günümüzde, çocuk ve ergenlerde de depresyon görülmektedir. Erişkinlerde görülen depresyon, farklı rahatsızlıklarla birlikte karşımıza çıkmaktadır. Örneğin, diyabet, kalp rahatsızlıkları, kanser ve Parkinson hastalığı depresyon ile birlikte kişilerin kronik rahatsızlıklarından ötürü aldıkları tedavinin yan etkisi olarak depresyon belirtilerinin de görülebileceği saptanmıştır (Beck ve ark, 1979).

Genel olarak, depresyon üzerinde yapılan çalışmalarda risk faktörleri aşağıdaki gibi özetlenmiştir

- Ailede veya kişide depresyon öyküsü olması
- Büyük hayati değişimler, travma veya yoğun strese maruz kalma
- Bazı fiziksel rahatsızlıklar ve bu sebeple uygulanan ilaç tedavisi (American Psychiatry Association, 1996).

1.5.Kuramsal Çerçeve

Araştırma değişkenlerinin incelenmesinde ele alınan kuramsal çerçeve, kişilerde madde kullanım bozuklukları, duygusal Zekâ ve umutsuzluk düzeyleri değişkenlerinin tanımlanmasında temel alınan kuramları içermektedir. Bu kuramlar, Biyopsikososyal Model, Özdenetim Kuramı, Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar olarak belirtilmiştir.

1.5.1. Biyopsikososyal Model

Biyopsikososyal model, madde kullanım bozuklukları, depresyon ve umutsuzluk gibi psikolojik ve psikiyatrik durumların açıklanmasında önemi olan bir yaklaşımdır. Biyopsikososyal model, Engel ve Romano (1977) tarafımdan

geliştirilmiştir. Bu yaklaşımın ortaya çıkma sebebi olarak, geleneksel tıp anlayışından farklı olarak insan sağlığını etkileyen durumların yalnızca biyolojik kökenli olmadığını savunmaktadır (Bronfenbrenner, 1979).

Biyopsikososyal Model, kişinin sağlığına ilişkin çıkarımlar yapma hususunda, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkili olduğunu ve bu faktörlerin etkileşim içerisinde olduğu karmaşık etkileşimin varlığını öne sürmektedir. Madde kullanım bozuklukları ele alındığında, kişiler için madde kullanımına yönelik risk ve koruyucu faktörlerin söz konusu olabileceği; bu doğrultuda madde kullanım bozukluğu riskinin artabileceği düşünülmektedir (Bronfenbrenner, 1979).

1.5.2. Özdenetim Kuramı

Özdenetim kuramı, kişilerin duygularını, dürtülerini ve odağını etkili bir biçimde yönetmeyi, uyumluluğu ve dışardan gelen taleplerin karşılanmasını kapsamaktadır (Johnson, Pratt & Wardle, 2012). Özyönetim, kişilerde erken gelişim dönemleri itibariyle başlayan bir beceridir. Kişilerin uzun vade ve kısa vadedeki duygularını ve dürtülerini içermekle birlikte, kısa süreli haz almayı önleyecek ve istenmeyen davranışların azaltılması için doğru bir biçimde kullanılabilen bir beceri olarak tanımlanmaktadır (Johnson, Pratt, & Wardle, 2012). Kişilerin duygu ve dürtülerini yönetemediği noktada ve stresli oldukları durumlarda, kendilerini daha iyi hissettiklerini düşündükleri maddelere yönelimi artmakta ve bu şekilde olumsuz duyguların gücünü azaltmayı hedeflemektedir (Telch, 1997). Bu durum madde kullanım bozuklukları ve yeme bozukluklarında sıklıkla görülebilen bir davranış biçimidir (Telch, 1997). Ayrıca, kişiler maddeyi veya yiyecekleri bir pekiştirici veya ödül olarak kullanmaları durumunda dürtülerini kontrol etme konusunda sorunlar yaşamaya başlamaktadırlar.

Fischer ve Munsch (2012), özdenetimin, bebeklik döneminde başlayan önemli bir süreç olduğunu ifade etmiştir. Bir bebek, çevreye daha etkili bir biçimde odaklanmak ve uyum sağlamak için kendisini rahatlatan davranış kalıplarına yönelmektedir. Kendini yatıştırıcı davranışların söz konusu olmadığı durumlarda ise ağlama, uyku ve beslenmeye ilişkin problemler yaşayabilmektedirler. Aynı şekilde, ergenlik ve erişkinlik döneminde uyum sorunları olduğu durumlarda, kişiler işlevsel olmayan; fakat kişilerin kendilerini yatıştırdığını düşündüğü davranışlar

geliştirebilmektedirler. Duyguların ve dürtülerin uyumsuz bir biçimde yönetilmesi halinde psikiyatrik rahatsızlıklar olması ihtimalini güçlendirmektedirler. Uyumsuz davranış kalıpları içerisinde, kısa süreli yatıştırıcı etkisi olan ve aynı zamanda pekiştirici veya ödül olarak algılanabilen yiyecek veya maddeye yönelebilmektedirler (Fischer & Munsch, 2012).

1.5.3. Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar

İlk olarak 1985 yılında G. Alan Marlatt tarafından, madde kullanım bozukluklarında nüksün önlenmesi konusunda ortaya atılan Bilişsel ve Davranışçı Yaklaşımların odak noktası bağımlı davranışlar ve arkasındaki bilişsel süreçler üzerinedir. Ortaya attığı model ile nüksün üç önemli aşaması olduğundan söz edilmektedir: özyeterlilik, sonuç beklentisi ve motivasyon. Nüks önleme konusunda yapılan çalışmalar, kişilerde özellikle riskli olabilecek koşulların belirlenmesi, başa çıkma becerilerinin öğretilmesi ve kognitif yeniden yapılandırma gibi eğitim içeriklerinin kişilere aktarılması üzerinedir (Marlatt & Witkiewitz, 2005). Sonrasında, 1993 yılında, bu alanda yapılan 17 yıllık çalışmaların sonucunda, özellikle duygu durum bozukluklarında uygulanan etkili yöntemler aynı şekilde alkol ve madde kullanım bozukluklarında nüks önleme alanında uygulanmıştır (Beck ve ark, 1993). Bu modelde, mantıklı ve yapılandırılmış bir süreç olmak üzere bilişsel terapi bağımlılık ile ilgili kuramlarla birleştirilecek hem etkili hem de deneysel bir yaklaşım benimsenmiştir. Söz konusu model içerisinde, kişilerin bağımlı davranışlarının arkasında, kişilerin kullanım isteğini arttıran faktörün işlevsel olmayan düşünce kalıpları olduğu sonucu elde edilmiştir (Beck ve ark, 1993). Bağımlılık alanında bilişsel davranışçı yaklaşımla uygulanan müdahale çalışmalarında ilk olarak kişilerin aşermesini tetikleyen inanç ve düşünce kalıplarının üzerinde çalışmak, olumsuz duyguların etkilerinin azaltılması ve gelen yoğun istek ve aşerme ile başa çıkma becerileri üzerinde çalışmaktadır. Depresyon ve anksiyete bozukluklarının bilişsel ve davranışsal yaklaşımı ve müdahale yöntemlerine benzer olarak, kişilerin eğitimi, hedeflerin belirlenmesi ve başa çıkma tekniklerinin aktarılması esas alınmaktadır (Beck ve ark, 1993).

Bu alanda, Magill ve Ray (2009) tarafından yapılan bir metaanaliz sonucunda, alkol ve madde kullanım bozukluklarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkili olan tekniklerin bilişsel davranışçı tekniklerin olduğu saptanmıştır.

1.5.4. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal Öğrenme Kuramı, Albert Bandura (1977) tarafından ortaya atılmış olup, kişilerin karakteristik özellikleri, davranış kalıpları ve çevresel faktörleri bir arada ele alan bir yaklaşımdır. Bu kuram, farklı paradigma geçişleri ile kendisini göstermektedir. Kuramın ilk özelliklerinde, Bandura, kişilerin rol modellerinin davranışsal özellikleri ve kişilerin bunu örnek alma durumuna odaklanmıştır. Daha sonrasında, bilişsel faktörlere odaklanılmış ve kişilerin kendilerine dair çıkarımları ve iç süreçleri önem kazanmıştır. Günümüzde ise, kuramın odak noktasında, kişilerin etkisi altında oldukları sosyal faktörler ve sosyal çevre yer almaktadır. Modelin dahil olduğu süreçte, öğrenmeyi gerçekleştiren kişi, rol modelini merkeze alır ve sosyal durumlara nasıl tepki vereceğine ilişkin çıkarımlarını bu model üzerinden sağlamaya çalışır. Bandura'ya göre öğrenmenin gerçekleşmesi için önemli olan ölçütler başkalarının davranışları ve bu davranışlar sonucunda başkalarına ne olduğudur. Bu doğrultuda, öğrenme sosyal bir süreç niteliği taşır. Başka insanların ne düşündüğü, hissettiği ve davrandığı kişi için büyük önem arz etmektedir. Buna örnek olarak, öğrenmenin ilk gerçekleştiği sosyal ortam olan aile ortamında çocuğun ebeveynlerinden öğrendiği başa çıkma ve problem çözme becerilerini, hem söz konusu dönem içerisinde hem de ilerleyen dönemlerde örnek alarak ilerlemesi gösterilebilir. İşlevsel olmayan ebeveyn davranışları ve tutumlarının kişilerin problemlere bakış açısını ve başa çıkma becerilerini etkileyebileceği düşünülmektedir. Öğrenme süreci içerisinde bireyler uzaktan ve gözlemleyerek öğrenme fırsatı yakalamaktadır. Bu yüzden, uyumlu olmayan davranış kalıplarını benimsemesi ilerleyen dönemlerde uyumsuz problem çözme, yüksek stres algısı, kaçınma ve işlevsellikte bozulma gibi sonuçları beraberinde getirebilmektedir. Yeme bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, kişilerin tanıklık ettiği uyumsuz davranış kalıplarına bağlı olarak görülebilecek uyumsuz başa çıkma becerileri olarak belirtilmiştir. Kişilerin olumsuz duygularla başa çıkma yöntemlerinin yetersiz olması, kendi bütünlüğünü veya değerini teyit edebileceği bir sosyal çevreden yoksun olması, telafi edici uyumsuz davranışlara yönelimi arttırabilmektedir.

Bandura'ya göre, öğrenme süresi dört aşamadan oluşmaktadır. İlk olarak bilgi süreçleme anlamında kişilerin ilgilenme düzeyinin öğrenmeyi gerçekleştiren önemli bir ölçüt olarak öne sürmüştür. İkinci olarak bilginin saklanması aşaması gelmektedir. Kişilerin rol modelleri tarafından doğrulayıcı geri bildirim sağlanması,

davranışının istenen biçimde sergilenmesini kolaylaştırmaktadır. Üçüncü aşamada kişilerin davranışları üretimi gerçekleşir. Kişiler davranışa ilişkin zihinsel provalar yapmaya başlarlar. Dördüncü aşamada ise motivasyon yer almaktadır ve öğrenen kişinin, bu davranışı tüm performansa yansıtma düzeyine ilişkin motivasyonu kapsamaktadır (Bandura, 1977; Gage & Berliner, 1998)..

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubu

Araştırma Merkezi olarak İstanbul NP Beyin Hastanesi bünyesinde Madde kullanım bozukluğu tanısı almış ve ayakta tedavi gören kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alınarak 100 kişiden oluşan bir araştırma grubu oluşturulmuştur.

Dahil olma kriterleri

Madde kullanım bozukluğu tanısı almış olmak

18 yaşından büyük olmak

Okur yazar düzeyinde olmak

Dışlama kriterleri

18 yaşından küçük olmak

Okur yazar olmamak

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında kullanılan veri toplama araçları aşağıda listelenmiştir.

- Sosyodemografik Veri Formu
- Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği
- Beck Umutsuzluk Ölçeği
- Beck Depresyon Ölçeği

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından, daha önce literatürde yer alan ve aynı konuda yürütülmüş çalışmalardan yola çıkılarak geliştirilmiş öz bildirim formudur. Kişisel Bilgi Formu'nda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, anne ve baba eğitim düzeyi, anne ve babanın hayatta olup olmama durumu ve birliktelik durumlarına ilişkin sorular yer almaktadır.

3.2.2. Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği

Schutte ve ark. (1998) tarafından Salovey'in 1990 tarihli modeline dayanılarak geliştirilmiştir. Ölçek Austin ve ark. (1998) tarafından yeniden düzenlenerek 41 maddeye çıkarılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlanması Tatar ve ark. (2011) tarafından 2011 yılında yapılmıştır. İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi (Optimism/Mood Regulation), Duyguların Kullanımı (Utilizations of Emotions) ve Duyguların Değerlendirilmesi (Appraisal of Emotions) olarak tanımlanmış üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek değerlendirilmesi ise, 1= Tamamen Uygun ve 5= Hiç Uygun Değil olmak üzere 5'li Likert tipi skala ile oluşturulmuştur (Kuzu, 2008).

3.2.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında bireylerin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmek amacıyla geliştirilen BUÖ'nün Türkiye geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Seber (1991) ve Durak (1993) tarafından gerçekleştirilmiştir. Kendini değerlendirme ölçeği olan BUÖ, ergen ve yetişkinlere uygulanabilen, zaman sınırlaması olmayan, bireylerin kendi kendilerine cevaplayabileceği kolay bir ölçektir. 20 maddeden oluşan, 0-1 arası puanlanan ölçekte birey, kendisi için uygun olan ifadeye "evet", uygun olmayan ifadeye "hayır" yanıtını işaretlemektedir. Puan aralığı 0-20 olan BUÖ'nin maddelerinin 11 tanesinde "evet" yanıtı, 9 tanesinde ise "hayır" yanıtı 1 puan almaktadır. Alınan puanların yüksek olması bireyin umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .86, madde-toplam puan korelasyon katsayıları .07 ile .72 ve .31 ile .67 arasında bulunmuştur. Ölçeğin, Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .85 olarak belirlenmiştir (Savaşır & Şahin, 1997).

3.2.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği, kişilerde depresyonda görülebilecek olan fiziksel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçmektedir. 21 belirti kategorisini içermekte olup kendini değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiştir (Beck ve ark, 1961). Ölçekten alınacak en yüksek puan 63'tür ve klinik düzeyde depresyon belirtileri olduğunu göstermektedir. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Hisli (1988) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın İşlem Yolu

Araştırma, betimleyici ve ilişkisel analizlerin incelendiği istatistiksel yöntemlerin kullanılacağı nicel bir çalışma olarak yapılandırılmıştır. Katılımcıların duygusal Zekâ ve umutsuzluk düzeyleri demografik değişkenler ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış olma durumu doğrultusunda karşılaştırılmıştır. Katılımcılara verilecek olan anketlerden elde edilen verilerin girişleri yapılarak betimleyici ve karşılaştırma analizlerinin yürütülmesi amacıyla istatistiksel analiz yöntemleri kullanılmıştır. Yapılan normallik testi doğrultusunda çalışmada kullanılacak parametrik ve parametrik olmayan ölçümler belirlenerek, betimleyici ve karşılaştırma analizleri için frekans dağılımı ve varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, araştırma değişkenleri olan duygusal Zekâ ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiye korelasyon analizi ile bakılarak gruplar arasında karşılaştırma yapılmıştır. Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi. Aralarında korelasyon olduğu tespit edilen araştırma değişkenleri arasında açıklayıcı rol olup olmadığını incelemek amacıyla regresyon analizi uygulanmıştır. Verilerin incelenmesi bilgisayar ortamında yapılacak olup veri girişleri ve istatistiksel analiz SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20. Kullanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, araştırma değişkenlerini ölçmek amacıyla katılımcılara verilen anketlerden elde edilen puanların demografik ve klinik değişkenlerle karşılaştırılması ile araştırma değişkenlerinin birbirleri ile ilişkisi incelenmiştir. Araştırmada güvenilirlik düzeyi %95 olarak alınmıştır.

4.1. Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

Araştırmada, katılımcıların “Sosyodemografik Bilgi Formu”na vermiş oldukları yanıtlardan oluşan değişken ve gruplarına ilişkin betimleyici istatistikler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik ve Klinik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri

Demografik Değişkenler (N=100)		N	%
Cinsiyet	Erkek	80	80,0
	Kadın	20	20,0
Eğitim Düzeyi	İlkokul	6	6,0
	Ortaokul	5	5,0
	Lise	51	51,0
	Üniversite	34	34,0
	Lisansüstü	4	4,0
Medeni Durum	Evli	33	33,0
	Bekâr	62	62,0
	Dul	3	3,0
	Boşanmış	2	2,0
Anne Hayatta mı?	Sağ	95	95,0
	Ölü	5	5,0
Baba Hayatta mı?	Sağ	91	91,0
	Ölü	9	9,0
Anne-Baba Durumu	Birlikte yaşıyor	81	81,0
	Ayrı yaşıyor	9	9,0
	Boşanmış	10	10,0
Kardeş Sayısı	0	14	14,0
	1	37	37,0
	2	33	33,0
	3	11	11,0
	5	2	2,0
	6	1	1,0
	8	1	1,0
	10	1	1,0

Tablo 1'in devamı

Anne Eğitim Durumu	Okuryazar	16	16,0
	İlkokul	36	36,0
	Ortaokul	9	9,0
	Lise	22	22,0
	Üniversite	17	17,0
Baba Eğitim Durumu	Okuryazar	8	8,0
	İlkokul	28	28,0
	Ortaokul	7	7,0
	Lise	21	21,0
	Üniversite	30	30,0
	Lisansüstü	6	6,0
Anne Mesleği	Çalışmıyor	67	67,0
	Memur	1	1,0
	Serbest meslek	4	4,0
	Özel sektör	16	16,0
	Emekli	12	12,0
Baba Mesleği	Çalışmıyor	3	3,0
	Memur	6	6,0
	Serbest meslek	28	28,0
	Özel sektör	31	31,0
	Emekli	32	32,0
Gelir Düzeyi	Düşük	2	2,0
	Orta	72	72,0
	Yüksek	26	26,0
Madde Başlama Yaşı	15-18 yaş	56	56,0
	18-25 yaş	39	39,0
	25-30 yaş	2	2,0
	30-45 yaş	3	3,0
Madde Başlama Nedeni	Özenme	43	43,0
	Yaşamsal sorunlarla başa çıkma	4	4,0
	Eğlenme	26	26,0
	Diğer	27	27,0
Kullanılan Madde	Çoklu madde	26	26,0
	Eroin	10	10,0
	Esrar	20	20,0
	Alkol	28	28,0
	Bonzai	5	5,0
	Diğer	11	11,0
Madde Kullanım Süresi	1 ay	14	14,0
	1-3 ay	11	11,0
	3-12 ay	36	36,0
	12 ay üzeri	39	39,0
Madde Temiz Kalma Süresi	0-1 ay	16	16,0
	1-3 ay	25	25,0
	3-12 ay	43	43,0

Tablo 1'in devamı

Tedavi	12 ay üzeri	16	16,0
	Evet	60	60,0
	Hayır	40	40,0
Yatış Sayısı	1-3 kez	77	77,0
	3-6 kez	16	16,0
	6-10 kez	7	7,0
	Toplam	100	100,0
Cinsiyet* Yaş	Ort.	N	SS
Erkek	29,78	80	9,501
Kadın	28,25	20	9,909
Toplam	29,47	100	9,553

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik değişkenleri incelendiğinde,

Katılımcı sayısı 100'dür.

Katılımcıların %80'i erkek ve %20'si kadınlardan oluşmaktadır.

Katılımcıların %6'sı ilkokul, %5'i ortaokul, %51'i lise, %34'ü üniversite ve %4'ü lisansüstü mezundur.

Katılımcıların %33'ü evli, %62'si bekar, %3'ü dul ve %2'si boşanmıştır.

Katılımcıların %95'inin annesi hayatta, %5'inin annesi ise vefat etmiştir.

Katılımcıların %91'inin babası hayatta, %9'unun babası ise vefat etmiştir.

Katılımcıların %81'inin anne ve babası birlikte, %9'u ayrı ve %10'u boşanmıştır.

Katılımcıların %14'ünün kardeşi yok, %37'sinin bir kardeşi, %33'ünün iki kardeşi, %11'inin 3 kardeşi, %2'sinin 5 kardeşi ve %3'ünün 6 kardeş ve üzeri vardır.

Katılımcıların annelerinin %16'sı okuryazar, %36'sı ilkokul, %9'u ortaokul, %22'si lise ve %17'si üniversite mezundur.

Katılımcıların babalarının %8'i okuryazar, %28'i ilkokul, %7'si ortaokul, %21'i lise ve %30'u üniversite ve %6'sı lisansüstü mezundur.

Katılımcıların annelerinin %67'si çalışmamaktadır. %1'i memur, %4'ü serbest meslek, %16'sı özel sektör çalışanı ve %12'si emeklidir.

Katılımcıların babalarının %2'si çalışmamaktadır. %6'sı memur, %28'i serbest meslek, %31'i özel sektör çalışanı ve %32'si emeklidir.

Katılımcıların %2'si düşük, %72'si orta ve %26'sı yüksek gelir düzeyine sahiptir.

Katılımcıların %56'sı 15-18 yaş arasında madde kullanmaya başlamış, %39'u 18-25 yaş arasında, %2'si 25-30 yaş arasında ve %3'ü ise 30-45 yaş arasında madde kullanmaya başlamıştır.

Madde kullanım sebebi olarak katılımcıların %43'ü özenme, %4'ü yaşamsal sorunlarla başa çıkma, %26'sı eğlenme ve %27'si diğer sebepler olarak bildirmişlerdir.

Katılımcıların %26'sı çoklu madde, %10'u eroin, %20'si esrar, %28'i alkol, %5'i bonzai ve %11'i diğer madde türlerini kullandıklarını bildirmişlerdir.

Katılımcıların %14'ü 1 ay, %36'sı 3-12 ay arası ve %39'u 12 ay ve üzeri süredir kesintisiz madde kullandığını bildirmişlerdir.

Katılımcıların %16'sı 0-1 ay arası, %25'i 1-3 ay arası, %43'ü 3-12 ay ve %16'sı 12 ay ve daha uzun süredir madde temiz kalma süresi olduğunu bildirmişlerdir.

Katılımcıların %60'ı daha önce tedavi gördüğünü, %40'ının tedavi almadığı bildirilmiştir.

Katılımcıların %77'si 1-3 kez, %16'sı 3-6 kez ve %7'si 6-10 kez hastaneye yattıklarını bildirmişlerdir.

Katılımcıların cinsiyet bazında yaş ortalaması incelendiğinde kadınların yaş ortalamasının 28,25 ve erkeklerin yaş ortalaması 29,78 olarak bulunmuştur.

4.2. Katılımcıların Depresyon Puanlarının Demografik ve Klinik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Katılımcıların depresyon puanlarını ölçmek için "Beck Depresyon Ölçeği" kullanılmış ve demografik değişkenler ile karşılaştırma yapmak için "Bağımsız Örneklem t Testi" ve "Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)" kullanılmıştır. Analizler %95 güvenirlilik düzeyinde p=,05 anlamlılık düzeyinde incelenmiştir.

Tablo 2. Anne Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Anne Eğitim Düzeyi*BD Ö	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SD	KO	F	p	
Okuryazar	16	19,94	13,926	3,481						
İlkokul	36	14,17	11,160	1,860	Gruplar arası	1580,760	4	395,190	3,988	0,05*
Ortaokul	9	7,89	7,390	2,463	Grup içi	9412,880	95	99,083		
Lise	22	12,09	6,725	1,434	Toplam	10993,640	99			
Üniversite	17	7,53	6,884	1,670						
Toplam	100	12,94	10,538	1,054						

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 2’de katılımcıların anne eğitim düzeyi bakımından depresyon puan ortalamalarının farklılaşma düzeyini incelemek için yapılan ANOVA sonuçlarına göre, anne eğitim düzeyi bakımından katılımcıların depresyon puanlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur ($F(95,4)=3,988$; $p<,05$). Bu doğrultuda, okuryazar düzeyinde olan annelerin çocukları olan katılımcıların depresyon puanları anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 3. Kullanılan Madde Değişkeni Bakımından Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Madde Türü*BDÖ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SD	KO	F	p	
Çoklu madde	26	19,42	14,423	2,829						
Eroin	10	15,00	8,731	2,761						
Esrar	20	9,55	7,571	1,693	Gruplararası	1858,759	5	371,752	3,825	0,03*
Alkol	28	10,57	7,480	1,414	Grupiçi	9134,881	94	97,180		
bonzai	5	14,00	7,906	3,536	Toplam	10993,640	99			
Diğer	11	7,45	6,314	1,904						
Toplam	100	12,94	10,538	1,054						

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 3’te katılımcıların kullanılan madde türü bakımından depresyon puan ortalamalarının farklılaşma düzeyini incelemek için yapılan ANOVA sonuçlarına göre, kullanılan madde türü bakımından katılımcıların depresyon puanlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur ($F(94,5)=3,825$; $p<,05$). Bu doğrultuda, çoklu madde kullananların depresyon puan ortalaması anlamlı düzeyde en yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. Madde Kullanım Süresi Değişkeni Bakımından Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Madde Kullanım Süresi*BDÖ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SDKO	F	p		
1 ay	14	12,79	15,904	4,251	Gruplararası	923,966	3	307,989	2,936	0,04*
1-3 ay	11	4,45	2,841	,857						
3-12 ay	36	13,83	9,485	1,581	Grupiçi	10069,674	96	104,892		
12 ay üzeri	39	14,56	9,668	1,548	Toplam	10993,640	99			
Toplam	100	12,94	10,538	1,054						

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4’te katılımcıların madde kullanım süresi bakımından depresyon puan ortalamalarının farklılaşma düzeyini incelemek için yapılan ANOVA sonuçlarına göre, madde kullanım süresi bakımından katılımcıların depresyon puanlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur ($F(96,3)=2,936$; $p<,05$). Bu doğrultuda, 12 ay ve daha uzun süredir madde kullananların depresyon puan ortalaması anlamlı düzeyde en yüksek bulunmuştur.

Tablo 5. Madde Kullanım Sebebi Değişkeni Bakımından Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Madde Kullanım Sebebi*BDÖ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SD KO	F	p		
Özenme	43	11,60	7,597	1,159	Gruplar	1128,861	3	376,287	3,662	0,01*
Yaşamsal sorunlarla başa çıkma	4	11,00	12,356	6,178						
Eğlenme	26	18,50	15,148	2,971	Grupiçi	9864,779	96	102,758		
Diğer	27	10,00	6,923	1,332	Toplam	10993,640	99			
Toplam	100	12,94	10,538	1,054						

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 5’te katılımcıların madde kullanım sebebi bakımından depresyon puan ortalamalarının farklılaşma düzeyini incelemek için yapılan ANOVA sonuçlarına göre, madde kullanım sebebi bakımından katılımcıların depresyon puanlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur ($F(96,3)=3,662$; $p<,05$). Bu doğrultuda, eğlenme amaçlı madde kullananların depresyon puan ortalaması anlamlı düzeyde en yüksek bulunmuştur.

4.3. Katılımcıların Umutsuzluk Puanlarının Demografik ve Klinik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Katılımcıların umutsuzluk puanlarını ölçmek için “Beck Umutsuzluk Ölçeği” kullanılmış ve demografik değişkenler ile karşılaştırma yapmak için “Bağımsız Örneklem t Testi” ve “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)” kullanılmıştır. Analizler %95 güvenirlik düzeyinde $p=,05$ anlamlılık düzeyinde incelenmiştir.

Tablo 6. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata Ort.	t	p
BUÖ	Erkek	80	9,00	2,158	,241	-,739	0,46
	Kadın	20	9,40	2,186	,489		

Tablo 6’da cinsiyet değişkeni bakımından katılımcıların umutsuzluk puanları incelendiğinde, cinsiyet değişkeni bakımından umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur. ($t=-,739$, $p>,05$).

Tablo 7. Annenin Hayatta Olma Durumu Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Anne	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata Ort.	t	p
BUÖ	Sağ	95	9,04	2,192	,225	-,764	0,48
	Ölü	5	9,80	1,304	,583		

Tablo 7’de anne hayatta olma değişkeni bakımından katılımcıların umutsuzluk puanları incelendiğinde, annenin hayatta olma durumu değişkeni bakımından umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur. ($t=-,764$, $p>,05$).

Tablo 8. Babanın Hayatta Olma Durumu Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Baba	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata Ort.	t	p
BUÖ	Sağ	91	9,05	2,218	,233	-,367	0,71
	Ölü	9	9,33	1,500	,500		

Tablo 8’de baba hayatta olma değişkeni bakımından katılımcıların umutsuzluk puanları incelendiğinde, babanın hayatta olma durumu değişkeni bakımından umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur. ($t=-,367$, $p>,05$).

Tablo 9. Anne ve Baba Birliktelik Durumu Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Anne- Baba* BUÖ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SD	KO	F	p	
Birlikte yaşıyor	81	9,11	2,214	,246	Gruplar arası	3,038	2	1,519	,321	0,73
Ayrı yaşıyor	9	8,56	1,014	,338						
Boşanmış	10	9,30	2,541	,803	Grup içi	458,322	97	4,725		
Toplam	100	9,08	2,159	,216	Toplam	461,360	99			

Tablo 9’da, anne ve baba birliktelik durumu bakımından umutsuzluk puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların ebeveyn birliktelik durumuna göre umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. ($F(97,2)=,321$; $p>,05$).

Tablo 10. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi* BUÖ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata		KT	SD	KO	F	p
İlkokul	6	8,83	1,835	,749						
Ortaokul	5	10,60	2,074	,927	Gruplararası	33,214	4	8,303	1,842	0,13
Lise	51	8,67	2,046	,287	Grupiçi	428,146	95	4,507		
Üniversite	34	9,62	2,202	,378	Toplam	461,360	99			
Lisansüstü	4	8,25	2,872	1,436						
Toplam	100	9,08	2,159	,216						

Tablo 10’da, eğitim düzeyi bakımından umutsuzluk puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların eğitim düzeyine göre umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. ($F(95,4)=1,842$; $p>,05$).

Tablo 11. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Medeni Durum* BUÖ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata		KT	SD	KO	F	p
Evli	33	9,36	1,636	,285						
Bekâr	62	8,85	2,428	,308	Gruplararası	10,863	3	3,621	,772	0,51
Dul	3	10,33	1,528	,882	Grupiçi	450,497	96	4,693		
Boşanmış	2	9,50	,707	,500	Toplam	461,360	99			
Toplam	100	9,08	2,159	,216						

Tablo 11’de, eğitim düzeyi bakımından umutsuzluk puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların eğitim düzeyine göre umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. ($F(95,4)=1,842$; $p>,05$).

Tablo 12. Gelir Düzeyi Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Gelir Düzeyi* BUÖ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata		KT	SD	KO	F	p
Düşük	2	4,50	6,364	4,500	Gruplararası	43,139	2	21,569	5,003	0,09*
Orta	72	9,21	1,736	,205	Grup içi	418,221	97	4,312		
Yüksek	26	9,08	2,560	,502	Toplam	461,360	99			
Toplam	100	9,08	2,159	,216						

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 12’de, gelir düzeyi bakımından umutsuzluk puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların gelir düzeyine göre umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklıdır. ($F(97,2)=5,003$; $p<,05$). Bu doğrultuda, orta gelir seviyesinde olanların umutsuzluk puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 13. Anne Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Anne Eğitim Düzeyi* BUÖ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata		KT	SD	KO	F	p
Okuryazar	16	8,69	2,892	,723	Gruplar	26,444	4	6,611	1,444	0,27
İlkokul	36	8,61	1,440	,240	arası					
Ortaokul	9	10,00	,707	,236	Grup içi	434,916	95	4,578		
Lise	22	9,23	2,759	,588	Toplam	461,360	99			
Üniversite	17	9,76	2,137	,518						
Toplam	100	9,08	2,159	,216						

Tablo 23’te, anne eğitim düzeyi bakımından umutsuzluk puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların anne eğitim düzeyine göre umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. ($F(95,4)=1,444$; $p>,05$).

Tablo 14. Baba Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Baba Eğitim Düzeyi*BUÖ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SD	KO	F	p	
Okuryazar	8	8,50	1,604	,567	Gruplar arası Grup içi Toplam	14,953	5	2,991	,630	0,67
İlkokul	28	9,18	1,442	,272						
Ortaokul	7	9,14	1,464	,553						
Lise	21	8,57	2,461	,537						
Üniversite	30	9,53	2,801	,511						
Lisansüstü	6	8,83	1,472	,601						
Toplam	100	9,08	2,159	,216						

Tablo 24’te, baba eğitim düzeyi bakımından umutsuzluk puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların baba eğitim düzeyine göre umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. ($F(94,5)=,630$; $p>,05$).

Tablo 15. Madde Kullanma Yaşı Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Madde Kullanma Yaşı*BUÖ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SD	KO	F	p	
15-18 yaş	56	8,64	2,519	,337	Gruplar arası	27,336	3	9,112	2,015	0,18
18-25 yaş	39	9,67	1,475	,236						
35-30 yaş	2	8,50	,707	,500						
30-45 yaş	3	10,00	1,000	,577	Toplam	461,360	99			
Toplam	100	9,08	2,159	,216						

Tablo 15’te, madde kullanım yaşı bakımından umutsuzluk puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların madde kullanım yaşına göre umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. ($F(96,3)=2,015$; $p>,05$).

Tablo 16. Madde Kullanım Sebebi Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Madde	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata		KT	SD	KO	F	p
Özenme	43	9,40	1,966	,300						
Yaşamsal sorunlarla başa çıkma	4	9,25	3,096	1,548	Gruplar arası	41,812	3	13,937	3,189	0,03*
Eğlenme	26	8,00	2,638	,517	Grupiçi	419,548	96	4,370		
Diğer	27	9,59	1,448	,279	Toplam	461,360	99			
Toplam	100	9,08	2,159	,216						

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 16’da, madde kullanım sebebi bakımından umutsuzluk puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların madde kullanım sebeplerine umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur. ($F(96,3)=3,189$; $p<,05$). Bu doğrultuda, eğlenme amaçlı madde kullanan kişilerin umutsuzluk puanı anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Tablo 17. Kullanılan Madde Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Kullanılan Madde* BUÖ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata		KT	SD	KO	F	p
Çoklu madde	26	8,35	2,993	,587						
Eroin	10	9,50	,707	,224	Gruplar arası	27,809	5	5,562	1,206	0,31
Esrar	20	9,45	2,038	,456	Grupiçi	433,551	94	4,612		
Alkol	28	9,18	1,887	,357	Toplam	461,360	99			
bonzai	5	10,40	1,673	,748						
Diğer	11	8,91	1,375	,415						
Toplam	100	9,08	2,159	,216						

Tablo 17’de, kullanılan madde bakımından umutsuzluk puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların madde türüne göre umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. ($F(94,5)=1,206$; $p>,05$).

Tablo 18. Madde Kullanım Süresi Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Madde Kullanım Süresi* BUÖ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata		KT	SD	KO	F	p
1 ay	14	8,64	1,393	,372						
1-3 ay	11	10,18	,874	,263	Gruplar arası	17,364	3	5,788	1,251	0,29
3-12 ay	36	8,89	2,723	,454	Grupiçi	443,996	96	4,625		
12 ay üzeri	39	9,10	1,997	,320	Toplam	461,360	99			
Toplam	100	9,08	2,159	,216						

Tablo 18’de, madde kullanım süresi bakımından umutsuzluk puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların madde kullanım süresi umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. ($F(96,3)=1,251$; $p>,05$).

Tablo 19. Madde Temiz Kalma Süresi Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Madde Temiz Kalma Süresi* BUÖ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata		KT	SD	KO	F	p
0-1 ay	16	9,81	1,870	,467						
1-3 ay	25	9,16	1,951	,390	Gruplar arası	12,144	3	4,048	,865	0,46
3-12 ay	43	8,88	2,422	,369	Grupiçi	449,216	96	4,679		
12 ay üzeri	16	8,75	1,983	,496	Toplam	461,360	99			
Toplam	100	9,08	2,159	,216						

Tablo 19’da, madde temiz kalma süresi bakımından umutsuzluk puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların temiz kalma süresine göre umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. ($F(96,3)=,865$; $p>,05$).

Tablo 20. Tedavi Olma Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Tedavi	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata Ort.	t	p
BUÖ	Evet	60	9,17	2,286	,295	,490	0,62
	Hayır	40	8,95	1,974	,312		

Tablo 20’de, daha önce tedavi görme değişkeni bakımından umutsuzluk puanları Bağımsız örneklem t testi ile incelendiğinde, katılımcıların tedavi değişkenine umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. ($t=490$; $p>,05$).

Tablo 21. Hastanede Yatış Değişkeni Bakımından Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Hastanede Yatış* BUÖ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata		KT	SD	KO	F	p
1-3 kez	77	9,22	2,186	,249						
3-6 kez	16	8,81	1,974	,493	Gruplar arası	8,819	2	4,409	,945	0,39
6-10 kez	7	8,14	2,268	,857	Grupiçi	452,541	97	4,665		
Toplam	100	9,08	2,159	,216	Toplam	461,360	99			

Tablo 21’de, kullanılan hastane yatış değişkeni bakımından umutsuzluk puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların hastane yatış değişkenine göre umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. ($F(97,2)=,945$; $p>,05$).

4.4. Katılımcıların Duygusal Zekâ Alt Boyutları Puanlarının Demografik ve Klinik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Katılımcıların duygusal zekâ puanlarını ölçmek için “Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği” kullanılmış ve demografik değişkenler ile karşılaştırma yapmak için “Bağımsız Örneklem t Testi” ve “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)” kullanılmıştır. Analizler %95 güvenirlilik düzeyinde $p=,05$ anlamlılık düzeyinde incelenmiştir. Ölçekten alınan yüksek puanlar söz konusu alt boyutta düşük duygusal zeka düzeyi olduğunu göstermektedir.

Tablo 22. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Schutte Duygusal Zekâ Boyutları	Cinsiyet	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Ort.	Hata t	p
İyimserlik	Erkek	80	44,15	3,007	,336	-,128	0,90
	Kadın	20	44,25	3,611	,807		
Duyguların kullanımı	Erkek	80	17,58	3,173	,355	-,161	0,87
	Kadın	20	17,70	2,849	,637		
Duyguların değerlendirilmesi	Erkek	80	27,14	5,041	,564	,230	0,82
	Kadın	20	26,85	4,793	1,072		

Tablo 22’de, cinsiyet değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları Bağımsız örneklem t testi ile incelendiğinde, katılımcıların cinsiyet değişkenine göre iyimserlik ($t=-,128$; $p>,05$), duyguların kullanımı ($t=-,161$; $p>,05$) ve duyguların değerlendirilmesi ($t=,230$; $p>,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

Tablo 23. Annenin Hayatta Olma Durumu Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Schutte Duygusal Zekâ Boyutları	Anne	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Ort.	Hata t	p
İyimserlik	Sağ	95	44,17	3,048	,313	-,022	0,98
	Ölü	5	44,20	4,712	2,107		
Duyguların kullanımı	Sağ	95	17,56	3,100	,318	-,591	0,57
	Ölü	5	18,40	3,286	1,470		
Duyguların değerlendirilmesi	Sağ	95	26,97	5,012	,514	-,978	0,33
	Ölü	5	29,20	3,899	1,744		

Tablo 23'te, anne hayatta olma değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları Bağımsız örneklem t testi ile incelendiğinde, katılımcıların anne hayatta olma değişkenine göre iyimserlik ($t=-,022$; $p>,05$), duyguların kullanımı ($t=-,591$; $p>,05$) ve duyguların değerlendirilmesi ($t=-,978$; $p>,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

Tablo 24. Babanın Hayatta Olma Durumu Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Schutte Zekâ Boyutları	Duygusal Baba	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Ort.	Hata t	p
İyimserlik	Sağ	91	44,14	3,133	,328	-,276	0,74
	Ölü	9	44,44	3,127	1,042		
Duyguların kullanımı	Sağ	91	17,66	3,052	,320	,607	0,54
	Ölü	9	17,00	3,674	1,225		
Duyguların değerlendirilmesi	Sağ	91	26,97	4,947	,519	-,721	0,47
	Ölü	9	28,22	5,357	1,786		

Tablo 24'te, baba hayatta olma değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları Bağımsız örneklem t testi ile incelendiğinde, katılımcıların baba hayatta olma değişkenine göre iyimserlik ($t=-,276$; $p>,05$), duyguların kullanımı ($t=,607$; $p>,05$) ve duyguların değerlendirilmesi ($t=-,721$; $p>,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

Tablo 25. Anne ve Baba Birliktelik Durumu Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Anne-Baba Schutte Boyutları	Birliktelik* Duygusal Zekâ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SD	KO	F	p	
İyimserlik	Birlikte yaşıyor	81	43,94	2,976	,331	Gruplar arası Grup içi Toplam	32,030 930,080 962,110	2 97 99	16,015 9,588	1,670	0,19
	Ayrı yaşıyor	9	45,89	3,444	1,148						
	Boşanmış	10	44,50	3,749	1,186						
	Toplam	100	44,17	3,117	,312						
Duyguların kullanımı	Birlikte yaşıyor	81	17,73	3,004	,334	Gruplar arası Grup içi Toplam	40,153 909,847 950,000	2 97 99	20,077 9,380	2,140	0,12
	Ayrı yaşıyor	9	18,44	3,005	1,002						
	Boşanmış	10	15,80	3,584	1,133						
	Toplam	100	17,60	3,098	,310						
Duyguların değerlendirilmesi	Birlikte yaşıyor	81	26,86	5,069	,563	Gruplar arası Grup içi Toplam	80,865 2364,495 2445,360	2 97 99	40,432 24,376	1,659	0,19
	Ayrı yaşıyor	9	29,89	4,343	1,448						
	Boşanmış	10	26,30	4,191	1,325						
	Toplam	100	27,08	4,970	,497						

Tablo 25’te, anne ve baba birliktelik durumu değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların ebeveyn birliktelik durumu değişkenine göre iyimserlik ($F(97,2)=1,670$; $p>,05$), duyguların kullanımı ($F(97,2)=2,140$; $p>,05$) ve duyguların değerlendirilmesi ($F(97,2)=1,659$; $p>,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

Tablo 26. Tedavi Olma Durumu Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Schutte Duygusal Zekâ Boyutları	Tedavi	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	t	P
İyimserlik	Evet	60	43,93	3,267	,422	-,929	0,35
	Hayır	40	44,53	2,882	,456		
Duyguların kullanımı	Evet	60	17,53	3,202	,413	-,262	0,79
	Hayır	40	17,70	2,972	,470		
Duyguların değerlendirilmesi	Evet	60	27,47	5,254	,678	,952	0,34
	Hayır	40	26,50	4,512	,713		

Tablo 26’da, daha önce tedavi olma değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları Bağımsız örneklem t testi ile incelendiğinde, katılımcıların daha önce tedavi görme değişkenine göre iyimserlik ($t=-,929$; $p>,05$), duyguların kullanımı ($t=-,262$; $p>,05$) ve duyguların değerlendirilmesi ($t=-,952$; $p>,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

Tablo 27. Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi*Schutte Duygusal Zekâ Boyutları	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SD KO	F	p		
İyimserlik	İlkokul	6	42,83	2,994	1,222	Gruplar arası 39,737	4	9,934	1,023	0,40
	Ortaokul	5	46,00	3,742	1,673					
	Lise	51	43,90	2,663	,373					
	Üniversite	34	44,38	3,593	,616					
	Lisansüstü	4	45,50	3,697	1,848					
	Toplam	100	44,17	3,117	,312					
Duyguların kullanımı	İlkokul	6	19,33	1,633	,667	Gruplar arası 112,019	4	28,005	3,175	0,02*
	Ortaokul	5	16,80	5,404	2,417					
	Lise	51	18,33	2,868	,402					
	Üniversite	34	16,65	2,880	,494					
	Lisansüstü	4	14,75	2,754	1,377					
	Toplam	100	17,60	3,098	,310					
Duyguların değerlendirilmesi	İlkokul	6	29,17	2,041	,833	Gruplar arası 183,346	4	45,837	1,925	0,11
	Ortaokul	5	27,40	6,229	2,786					
	Lise	51	28,04	3,955	,554					
	Üniversite	34	25,29	5,998	1,029					
	Lisansüstü	4	26,50	6,245	3,122					
	Toplam	100	27,08	4,970	,497					

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 27’de, anne ve baba birliktelik durumu değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların ebeveyn birliktelik durumu değişkenine göre iyimserlik ($F(95,4)=1,023$; $p>,05$), ve duyguların değerlendirilmesi ($F(95,4)=1,925$; $p>,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Ayrıca, duyguların kullanımı ($F(95,4)=3,125$; $p<,05$) alt boyutunun eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuş, madde kullanım bozukluğu tedavisi gören lisansüstü mezunu katılımcıların duyguları kullanım puanı anlamlı düzeyde düşük; ilkökul mezunlarının ise anlamlı düzeyde daha yüksek puanı olduğu bulunmuştur.

Tablo 28. Medeni Durum Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Medeni Durum* Zekâ Boyutları	Schutte Duygusal	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SD	KO	F	p
İyimserlik	Evli	33	44,18	3,779	,658	Gruplar 10,362 arası Grupiçi 951,748 Toplam 962,110	3	3,454	,348	0,79
	Bekâr	62	44,27	2,829	,359					
	Dul	3	43,00	1,732	1,000					
	Boşanmış	2	42,50	,707	,500					
	Toplam	100	44,17	3,117	,312					
Duyguların kullanımı	Evli	33	17,88	3,130	,545	Gruplar 4,743 arası Grupiçi 945,257 Toplam 950,000	3	1,581	,161	0,92
	Bekâr	62	17,44	3,124	,397					
	Dul	3	18,00	3,464	2,000					
	Boşanmış	2	17,50	3,536	2,500					
	Toplam	100	17,60	3,098	,310					
Duyguların değerlendirilmesi	Evli	33	26,33	5,348	,931	Gruplar 75,312 arası Grupiçi 2370,048 Toplam 2445,360	3	25,104	1,017	0,39
	Bekâr	62	27,68	4,865	,618					
	Dul	3	25,33	2,309	1,333					
	Boşanmış	2	23,50	,707	,500					
	Toplam	100	27,08	4,970	,497					

Tablo 28’de, medeni durum değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların medeni durum değişkenine göre iyimserlik ($F(96,3) = ,348$; $p>,05$), duyguların kullanımı ($F(96,3) = ,161$; $p>,05$) ve

duyguların değerlendirilmesi ($F(96,3) = 1,017$; $p>,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

Tablo 29. Gelir Seviyesi Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Gelir	Seviyesi*Schutte	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SD	KO	F	p	
İyimserlik	Düşük	2	48,50	3,536	2,500	Gruplar arası	39,509	2	19,754	2,077	0,13
	Orta	72	44,01	3,124	,368						
	Yüksek	26	44,27	2,947	,578						
	Toplam	100	44,17	3,117	,312						
Duyguların kullanımı	Düşük	2	22,50	,707	,500	Gruplar arası	49,209	2	24,605	2,650	0,08
	Orta	72	17,47	2,988	,352						
	Yüksek	26	17,58	3,264	,640						
	Toplam	100	17,60	3,098	,310						
Duyguların değerlendirilmesi	Düşük	2	39,00	9,899	7,000	Gruplar arası	320,745	2	160,372	7,322	0,01*
	Orta	72	26,50	4,367	,515						
	Yüksek	26	27,77	5,187	1,017						
	Toplam	100	27,08	4,970	,497						

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 29’da, gelir düzeyi değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların gelir düzeyi değişkenine göre iyimserlik ($F(97,2) = 2,077$; $p>,05$) ve duyguların kullanımı ($F(97,2) = 2,650$; $p>,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Bununla birlikte, duyguların değerlendirilmesi ($F(97,2) = 7,322$; $p<,05$) alt boyutunun anlamlı düzeyde farklılaştığı, düşük gelir seviyesinde olan katılımcıların puanlarının orta ve yüksek gelir seviyesine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 30. Anne Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Anne Eğitim Düzeyi*	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SD	KO	F	p		
İyimserlik	Okuryazar	16	43,88	2,918	,730						
	İlkokul	36	43,97	2,762	,460						
	Ortaokul	9	42,78	3,232	1,077	Gruplar	36,741	4	9,185	,943	0,44
	Lise	22	44,64	3,566	,760	Grup içi	925,369	95	9,741		
	Üniversite	17	45,00	3,354	,813	Toplam	962,110	99			
	Toplam	100	44,17	3,117	,312						
Duyguların kullanımı	Okuryazar	16	19,31	3,877	,969						
	İlkokul	36	17,92	2,234	,372	Gruplar	84,528	4	21,132	2,320	0,06
	Ortaokul	9	16,89	2,315	,772	Grup içi	865,472	95	9,110		
	Lise	22	16,55	3,306	,705	Toplam	950,000	99			
	Üniversite	17	17,06	3,473	,842						
	Toplam	100	17,60	3,098	,310						
Duyguların değerlendirilmesi	Okuryazar	16	28,75	5,651	1,413						
	İlkokul	36	28,19	3,748	,625						
	Ortaokul	9	22,89	4,137	1,379	Gruplar	272,132	4	68,033	2,974	0,02*
	Lise	22	26,09	5,855	1,248	Grup içi	2173,228	95	22,876		
	Üniversite	17	26,65	4,649	1,128	Toplam	2445,360	99			
	Toplam	100	27,08	4,970	,497						

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 30’da, anne eğitim düzeyi değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların anne eğitim düzeyi değişkenine göre iyimserlik ($F(95,4) = 943$; $p >,05$) ve duyguların kullanımı ($F(95,4) = 2,320$; $p >,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Bununla birlikte, duyguların değerlendirilmesi ($F(95,4) = 2,974$; $p <,05$) alt boyutunun anlamlı düzeyde farklılaştığı, annesi okuryazar seviyesinde olan katılımcıların puanlarının diğer eğitim seviyelerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 31. Baba Eğitim Düzeyi Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Baba Eğitim Düzeyi	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SD	KO	F	p				
İyimserlik	Okuryazar	8	42,25	2,315	,818	Gruplar 106,227 arası	5	21,245	2,333	0,05*			
	İlkokul	28	43,75	2,548	,481								
	Ortaokul	7	44,43	3,952	1,494								
	Lise	21	43,29	2,901	,633						Grup içi 855,883	94	9,105
	Üniversite	30	45,30	3,446	,629						Toplam 962,110	99	
	Lisansüstü	6	45,83	2,714	1,108								
	Toplam	100	44,17	3,117	,312								
Duyguların kullanımı	Okuryazar	8	20,75	2,493	,881	Gruplar 118,931 arası	5	23,786	2,690	0,03*			
	İlkokul	28	17,96	2,317	,438								
	Ortaokul	7	17,29	1,604	,606								
	Lise	21	17,10	3,254	,710						Grup içi 831,069	94	8,841
	Üniversite	30	17,27	3,648	,666						Toplam 950,000	99	
	Lisansüstü	6	15,50	2,429	,992								
	Toplam	100	17,60	3,098	,310								
Duyguların değerlendirilmesi	Okuryazar	8	28,88	2,900	1,025	Gruplar 190,154 arası	5	38,031	1,585	0,17			
	İlkokul	28	27,46	3,727	,704								
	Ortaokul	7	24,00	5,099	1,927								
	Lise	21	25,67	5,228	1,141						Grup içi 2255,206	94	23,992
	Üniversite	30	28,23	5,900	1,077						Toplam 2445,360	99	
	Lisansüstü	6	25,67	4,676	1,909								
	Toplam	100	27,08	4,970	,497								

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 31’de, baba eğitim düzeyi değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların baba eğitim düzeyi değişkenine göre iyimserlik ($F(94,5) = 2,333$; $p < ,05$) ve duyguların kullanımı ($F(94,5) = 2,690$; $p < ,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklı olarak saptanmıştır. Bununla birlikte, duyguların değerlendirilmesi ($F(94,5) = 1,585$; $p > ,05$) alt boyutunun anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur. Sonuçlar doğrultusunda, lisansüstü mezunu babası olan katılımcıların iyimserlik puanı ve babası okuryazar düzeyinde olanların ise duyguların kullanımı alt boyutu puanları anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 32. Madde Kullanım Yaşı Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Madde Kullanım Yaşı Schutte Duygusal Zekâ Boyutları	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata		KT	SD	KO	F	p					
İyimserlik	15-18 yaş	56	44,77	3,286	,439	Gruplar arası	104,602	3	34,867	3,903	0,01				
	18-25 yaş	39	43,13	2,525	,404										
	35-30 yaş	2	42,50	,707	,500							Grupiçi	857,508	96	8,932
	30-45 yaş	3	47,67	3,215	1,856							Toplam	962,110	99	
	Toplam	100	44,17	3,117	,312										
Duyguların kullanımı	15-18 yaş	56	17,79	3,404	,455	Gruplar arası	44,879	3	14,960	1,587	0,20				
	18-25 yaş	39	17,54	2,553	,409										
	35-30 yaş	2	19,00	4,243	3,000							Grupiçi	905,121	96	9,428
	30-45 yaş	3	14,00	1,000	,577							Toplam	950,000	99	
	Toplam	100	17,60	3,098	,310										
Duyguların değerlendirilmesi	15-18 yaş	56	28,39	5,112	,683	Gruplar arası	349,593	3	116,531	5,338	0,02*				
	18-25 yaş	39	25,49	4,064	,651										
	25-30 yaş	2	31,00	1,414	1,000							Grupiçi	2095,767	96	21,831
	30-45 yaş	3	20,67	3,786	2,186							Toplam	2445,360	99	
	Toplam	100	27,08	4,970	,497										

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 32’de, madde kullanım yaşı değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların madde kullanım yaşı değişkenine göre iyimserlik ($F(96,3) = 3,903$; $p < ,05$) ve duyguların değerlendirilmesi ($F(96,3) = 5,338$; $p < ,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklı olarak saptanmıştır. Bununla birlikte, duyguların kullanımı ($F(96,3) = 1,587$; $p > ,05$) alt boyutunun anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur. Sonuçlar doğrultusunda, 30-45 yaş arasında madde kullanmaya başlayan katılımcıların iyimserlik puanı ve 25-30 yaş arasında madde kullanmaya başlayanların ise duyguların kullanımı alt boyutu puanları anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 33. Madde Kullanım Sebebi Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Madde Schutte Boyutları	Kullanım Duygusal	Sebebi Zekâ	N	Ort.	Std. Sapma	KT	SD	KO	F	p	
İyimserlik	Özenme		43	44,09	3,077	Gruplar arası	24,021	3	8,007	,819	0,49
	Yaşamsal sorunlarla başa çıkma		4	46,00	4,082	Grupiçi	938,089	96	9,772		
	Eğlenme		26	44,54	3,252	Toplam	962,110	99			
	Diğer		27	43,67	2,948						
	Toplam		100	44,17	3,117						
Duyguların kullanımı	Özenme		43	17,84	3,338	Gruplar arası	63,937	3	21,312	2,309	0,08
	Yaşamsal sorunlarla başa çıkma		4	16,50	5,508	Grupiçi	886,063	96	9,230		
	Eğlenme		26	18,54	2,284	Toplam	950,000	99			
	Diğer		27	16,48	2,751						
	Toplam		100	17,60	3,098						
Duyguların değerlendirilmesi	Özenme		43	26,95	4,265	Gruplar arası	336,902	3	112,301	5,113	0,03*
	Yaşamsal sorunlarla başa çıkma		4	26,75	7,089	Grupiçi	2108,458	96	21,963		
	Eğlenme		26	29,77	4,861	Toplam	2445,360	99			
	Diğer		27	24,74	4,817						
	Toplam		100	27,08	4,970						

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 33'te madde kullanım sebebi değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların madde kullanım sebebi değişkenine göre iyimserlik ($F(96,3) = 819; p > ,05$) ve duyguların kullanımı ($F(96,3) = 2,309; p > ,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Bununla birlikte, duyguların değerlendirilmesi ($F(96,3) = 5,113; p < ,05$) alt boyutunun anlamlı düzeyde farklılaştığı, eğlenme amaçlı madde kullanan katılımcıların puanlarının diğer eğitim seviyelerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 34. Kullanılan Madde Türü Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Kullanılan Schutte Boyutları	Madde Duygusal	Türü Zekâ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SD	KO	F	p	
İyimserlik	Çoklu madde		26	44,88	3,559	,698						
	Eroin		10	44,80	4,050	1,281	Gruplar arası	49,363	5	9,873	1,017	0,41
	Esrar		20	44,40	2,909	,651	Grupiçi	912,747	94	9,710		
	Alkol		28	43,43	3,011	,569	Toplam	962,110	99			
	bonzai		5	42,40	1,140	,510						
	Diğer		11	44,18	1,940	,585						
	Toplam		100	44,17	3,117	,312						
Duyguların kullanımı	Çoklu madde		26	17,65	3,622	,710						
	Eroin		10	18,90	3,510	1,110	Gruplar arası	34,037	5	6,807	,699	0,63
	Esrar		20	17,15	3,392	,758	Grupiçi	915,963	94	9,744		
	Alkol		28	17,86	2,606	,493	Toplam	950,000	99			
	bonzai		5	16,40	3,647	1,631						
	Diğer		11	17,00	1,483	,447						
	Toplam		100	17,60	3,098	,310						
Duyguların değerlendirilmesi	Çoklu madde		26	28,08	6,782	1,330						
	Eroin		10	27,80	4,264	1,348	Gruplar arası	59,340	5	11,868	,468	0,80
	Esrar		20	26,15	5,060	1,132	Grupiçi	2386,020	94	25,383		
	Alkol		28	26,61	3,938	,744	Toplam	2445,360	99			
	bonzai		5	27,80	2,683	1,200						
	Diğer		11	26,64	3,722	1,122						
	Toplam		100	27,08	4,970	,497						

Tablo 34'te, kullanılan madde türü değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların kullanılan madde türü değişkenine göre iyimserlik ($F(94,5) = 1,017$; $p > ,05$), duyguların kullanımı ($F(94,5)$

= ,699; $p > ,05$) ve duyguların değerlendirilmesi ($F(94,5) = ,468$; $p > ,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

Tablo 35. Madde Kullanım Süresi Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Madde	Kullanım	Süresi		Std.	Std.											
Schutte	Duygusal	Zekâ	N	Ort.	Sapma	Hata	KT	SD	KO	F	p					
Boyutları																
İyimserlik		1 ay	14	43,64	2,649	,708	Gruplar arası	143,195	3	47,732	5,595	0,01*				
		1-3 ay	11	46,27	4,197	1,266										
		3-12 ay	36	45,08	2,882	,480							Grupiçi	818,915	96	8,530
		12 ay üzeri	39	42,92	2,620	,419							Toplam	962,110	99	
		Toplam	100	44,17	3,117	,312										
Duyguların kullanımı		1 ay	14	18,21	2,045	,547	Gruplar arası	25,006	3	8,335	,865	0,46				
		1-3 ay	11	16,82	4,191	1,264										
		3-12 ay	36	17,17	3,057	,509							Grupiçi	924,994	96	9,635
		12 ay üzeri	39	18,00	3,112	,498							Toplam	950,000	99	
		Toplam	100	17,60	3,098	,310										
Duyguların değerlendirilmesi		1 ay	14	25,00	4,076	1,089	Gruplar arası	130,069	3	43,356	1,798	0,15				
		1-3 ay	11	25,73	5,901	1,779										
		3-12 ay	36	28,25	5,659	,943							Grupiçi	2315,291	96	24,118
		12 ay üzeri	39	27,13	4,073	,652							Toplam	2445,360	99	
		Toplam	100	27,08	4,970	,497										

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 35’te, madde kullanım süresi değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların madde kullanım süresi değişkenine göre duyguların kullanımı ($F(96,3) = ,865$; $p > ,05$) ve duyguların değerlendirilmesi ($F(96,3) = 1,798$; $p > ,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Bununla birlikte, iyimserlik ($F(96,3)=5,595$; $p < ,05$) alt boyutu, madde kullanım süresi bakımından anlamlı düzeyde farklılaşmakta ve 12 ay ve üzeri madde kullananlarda iyimserlik puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 36. Madde Temiz Kalma Süresi Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Madde Temiz Kalma Süresi		Zekâ	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SD	KO	F	p
Schutte	Duygusal Boyutları										
İyimserlik	0-1 ay	16	43,56	1,931	,483	Gruplar arası	71,251	3	23,750	2,559	0,06
	1-3 ay	25	45,52	4,204	,841						
	3-12 ay	43	43,51	2,848	,434						
	12 ay üzeri	16	44,44	2,159	,540						
	Toplam	100	44,17	3,117	,312						
Duyguların kullanımı	0-1 ay	16	17,56	3,098	,774	Gruplar arası	75,620	3	25,207	2,767	0,05*
	1-3 ay	25	17,28	3,422	,684						
	3-12 ay	43	18,42	2,442	,372						
	12 ay üzeri	16	15,94	3,642	,910						
	Toplam	100	17,60	3,098	,310						
Duyguların değerlendirilmesi	0-1 ay	16	26,63	3,557	,889	Gruplar arası	61,508	3	20,503	,826	0,48
	1-3 ay	25	25,92	5,590	1,118						
	3-12 ay	43	27,81	4,963	,757						
	12 ay üzeri	16	27,38	5,227	1,307						
	Toplam	100	27,08	4,970	,497						

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 36’da, madde temiz kalma süresi değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların madde temiz kalma süresi değişkenine göre iyimserlik ($F(96,3) = 2,559$; $p >,05$) ve duyguların değerlendirilmesi ($F(96,3) = ,826$; $p >,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Bununla birlikte, duyguların kullanımı ($F(96,3)=2,767$; $p <,05$) alt boyutu, madde temiz kalma süresi bakımından anlamlı düzeyde farklılaşmakta ve 3-12 ay arası maddeden temiz kalanlarda duyguların kullanımı puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 37. Hastanede Yatış Değişkeni Bakımından Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Hastanede Duygusal Zekâ	Yatış Boyutları	Schutte	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	KT	SD	KO	F	p
İyimserlik	1-3 kez	77	44,56	3,185	,363						
	3-6 kez	16	42,75	2,543	,636	Gruplar arası	51,266	2	25,633	2,730	0,07
	6-10 kez	7	43,14	2,673	1,010	Grupiçi	910,844	97	9,390		
	Toplam	100	44,17	3,117	,312	Toplam	962,110	99			
Duyguların kullanımı	1-3 kez	77	17,70	3,095	,353						
	3-6 kez	16	17,31	3,535	,884	Gruplar arası	3,575	2	1,788	,183	0,83
	6-10 kez	7	17,14	2,268	,857	Grupiçi	946,425	97	9,757		
	Toplam	100	17,60	3,098	,310	Toplam	950,000	99			
Duyguların değerlendirilmesi	1-3 kez	77	27,04	5,033	,574						
	3-6 kez	16	27,63	5,045	1,261	Gruplar arası	9,298	2	4,649	,185	0,83
	6-10 kez	7	26,29	4,645	1,755	Grupiçi	2436,062	97	25,114		
	Toplam	100	27,08	4,970	,497	Toplam	2445,360	99			

Tablo 37’de, hastane yatış değişkeni bakımından duygusal zekâ alt boyut puanları ANOVA ile incelendiğinde, katılımcıların hastane yatış değişkenine göre iyimserlik ($F(97,2) = 2,730$; $p > ,05$), duyguların kullanımı ($F(97,2) = ,183$; $p > ,05$) ve duyguların değerlendirilmesi ($F(97,2) = ,185$; $p > ,05$) alt boyutları puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

4.5. Katılımcıların Duygusal Zekâ, Depresyon ve Umutsuzluk Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Katılımcıların duygusal zekâ, depresyon ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek için “Pearson Korelasyonu” kullanılmış, anlamlı ilişki bulunan değişkenlerin etkileyebilme düzeyini saptamak için ise “Doğrusal Regresyon Analizi” yapılmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 düzeyinde alınmıştır.

Tablo 38. Duygusal Zekâ Boyutları, Depresyon ve Umutsuzluk Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

Araştırma Değişkenleri (N=100)	BDÖ	BUÖ	İyimserlik	Duyguların kullanımı	Duyguların değerlendirilmesi
BDÖ	1				
BUÖ	-,428**	1			
İyimserlik	,025	-,223*	1		
Duyguların kullanımı	,311**	-,309**	,021	1	*
Duyguların değerlendirilmesi	,372**	-,518**	,312**	,583**	1

Tablo 38’te verilen Pearson Korelasyonu analizi sonuçlarına göre, Beck Depresyon Ölçeği puanları yüksek puanların umutlu olma düzeyini bildiren Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları ile ($r=-0,428$; $p<,005$) orta düzey, negatif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur. Depresyon puanları ile iyimserlik alt boyutu ($r=0,025$; $p<,005$), duyguların kullanımı ($r=0,311$, $p<,005$) ve duyguların değerlendirilmesi ($r=0,372$; $p<,005$) zayıf, pozitif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur.

Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları ile iyimserlik arasında ($r=-0,223$; $p<,005$), duyguların kullanımı ($r=-0,309$; $p<,005$) ve duyguların değerlendirilmesi ($r=-0,518$; $p<,005$) orta düzey, negatif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur.

İyimserlik boyutu ile duyguların değerlendirilmesi ($r=0,312$; $p<,005$) zayıf, pozitif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur.

Duyguların kullanımı ile duyguların değerlendirilmesi ($r=0,583$; $p<,005$) orta düzey, pozitif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur.

Tablo 39. Duygusal Zekâ Boyutları ile Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki Regresyon Analizi

R=,523		R ² =,273		Düzeltilmiş R=,251			
Model		Standardize		Olmayan	Standardize	T	p
		Katsayılar					
		B	Std. Hata	Beta			
	(Sabit)	17,287	2,900			5,962	0,00
	İyimserlik	-,050	,065	-,073		-,775	0,44
1	Duyguların kullanımı	-,020	,076	-,029		-,262	0,79
	Duyguların değerlendirilmesi	-,208	,050	-,479		-4,159	0,00*

a. Bağımlı Değişken: BUÖ

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Umutsuzluğun, duygusal zekâ boyutları ile ilişkisi incelendiğinde, duygusal zekâ düzeylerinin umutsuzluğu etkileme düzeyi için yapılan doğrusal regresyon analizi sonuçları doğrultusunda, Tablo 39’da, duyguların değerlendirilmesi konusundaki sıkıntıların umutsuzluğu anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır. (t=-4,159; p<,05).

Tablo 40. Duygusal Zekâ Boyutları ile Depresyon Düzeyi Arasındaki Regresyon Analizi

R=,396		R ² =,157		Düzeltilmiş R=,131			
Model		Standardize		Olmayan	Standardize	T	p
		Katsayılar					
		B	Std. Hata	Beta			
	(Sabit)	-1,276	15,247			-,084	0,93
	İyimserlik	-,267	,341	-,079		-,783	0,44
1	Duyguların kullanımı	,418	,401	,123		1,043	0,30
	Duyguların değerlendirilmesi	,689	,263	,325		2,617	0,01*

a. Bağımlı Değişken: BDÖ

*: İstatistiksel olarak anlamlıdır.

Umutsuzluğun, duygusal zekâ boyutları ile ilişkisi incelendiğinde, duygusal zekâ düzeylerinin umutsuzluğu etkileme düzeyi için yapılan doğrusal regresyon analizi sonuçları doğrultusunda, Tablo 40’da, duyguların değerlendirilmesi konusundaki sıkıntıların depresyonu anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır. (t=2,617; p<,05).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmada elde edilen bulguların, literatürde yer alan diğer çalışmalardaki bulgularla karşılaştırılması ve bu çalışmanın bulgularının özetlenmesine ilişkin başlıklar yer almaktadır.

5.1. Demografik ve Klinik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamında, katılımcılara verilen soru formları içerisinde demografik ve klinik değişkenlere ilişkin sorular yer almaktadır. Bu doğrultuda, katılımcıların demografik ve tedavi gördükleri psikiyatrik duruma ilişkin değişkenleri betimlenmiştir. Sonuçlar doğrultusunda, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Madde kullanım bozukluğunun yaygınlığının erkeklerde olduğunu saptayan çalışmaların literatürde de yer aldığı görülmektedir (Gonzales-Guarda ve ark, 2016; Mohagheghi ve ark, 2015). Bu yüzden, elde edilen sonucun diğer çalışmalarla tutarlılık gösterdiği düşünülmektedir. Katılımcılar arasında, kadınların yaş ortalaması 28,2 ve erkeklerin 29,7 olarak bulunmuştur. Katılımcıların büyük bir yüzdesi, bekâr, lise ve üniversite mezunu, orta gelir seviyesinde olarak bulunmuştur. Katılımcıların çoğunun annesi çalışmamakta; babaların ise özel sektör çalışanı veya serbest meslek erbabı olduğu bulunmuştur. Katılımcıların kardeş sayısı çoğunlukla 0-3 arasındadır.

Madde kullanım bozukluğuna ilişkin değişkenler incelendiğinde, katılımcıların madde kullanımına başlama yaşı 15-25 yaş aralığındadır. Madde kullanım sebebi olarak ise katılımcıların çoğu özenme sebebiyle olduğunu bildirmiştir. Kullanılan maddelerin ise çoğunlukla alkol, esrar ve çoklu madde olduğu bulunmuştur. Madde kullanım süresi olarak, katılımcıların büyük bir yüzdesi 3-12 ay arası ve 12 ay ve üzeri süredir madde kullandığını bildirmişlerdir. Ayakta tedavi gören katılımcıların madde temiz kalma süresi ise çoğunlukla 3-12 ay arasında olduğu bildirilmiştir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu daha önce tedavi gördüğünü bildirmiştir ve hastaneye yatış sayısının ise çoğunlukla 1-3 kez olduğu bulunmuştur.

5.2. Duygusal Zekâ Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

Madde kullanım bozukluğu olan ve tedavi gören katılımcıların duygusal zeka boyutları incelendiğinde, duygusal zeka alt boyutu puanları yükseldiğinde söz

konusu alanlarla ilgili işlev sorunu olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda, duygusal zeka boyutlarının katılımcıların demografik ve klinik değişkenler ile birlikte incelenmesi sonucunda, ilkokul seviyesinde olan katılımcıların duygularını kullanmada, diğer eğitim düzeylerine göre daha fazla sorun yaşadığı bulunmuştur. Gelir seviyesi düşük olan katılımcılarda ise duyguları değerlendirme konusunda problemin orta ve yüksek gelir seviyesine göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Annesi okuryazar düzeyinde olanların duyguları değerlendirme konusunda daha fazla problem yaşadığı; babası üniversite veya lisansüstü mezunu olanların ise iyimserlik konusunda daha fazla problem yaşadığı ve babası okuryazar düzeyinde olanların duyguların kullanımı konusunda daha fazla problem yaşadığı bulunmuştur.

Klinik değişkenlerle karşılaştırmalar yapıldığında, madde kullanım yaşının 30-45 yaş olduğu kişilerde iyimserlik konusunda daha fazla problemi olduğu bulunmuştur. Ayrıca madde kullanım yaşı 25-30 arasında olanların duyguları değerlendirme konusunda daha fazla sorun yaşadığı bulunmuştur. Eğlenme amaçlı madde kullanan katılımcıların duyguların değerlendirilmesi konusunda sorun yaşadıkları saptanmıştır. Elde edilen sonucun, kişilerin istenmeyen duyguları ile baş etmek istememesi ve bu sebeple kendilerini daha iyi hissetmek adına alkol veya madde kullanımına yönelmesi şeklinde açıklanabilir (Resurreccion ve ark, 2014). Ayrıca, madde kullanım süresi 1-3 ay arasında olanların iyimserlik düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Madde temiz kalma süresi 3-12 ay arasında olanların duyguların kullanımı konusunda daha fazla sorun yaşadığı bulunmuştur.

Araştırma değişkenleri ile yapılan karşılaştırma analizleri sonucunda depresyon düzeyi yüksek bulunan bireylerin duyguların kullanımı ve duyguların kullanımı alanlarında daha fazla sorun yaşadığı bulunmuş; duyguların değerlendirmesi konusunda sorun yaşamamanın depresyon ve umutsuzluğu etkilediği saptanmıştır. Araştırmanın bulguları, literatürdeki diğer çalışmaları desteklemektedir (Riley & Schutte, 2003). İyimserlik ve duyguların kullanımı konusunda sorun yaşayanlarda da umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

5.3. Depresyon ve Umutsuzluk Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların depresyon ve umutsuzluk puanlarının demografik ve klinik değişkenlerle incelenmesi sonucunda, duygusal zekâ boyutlarına ek olarak, annesi okuryazar düzeyinde olanların, çoklu madde kullananların, 12 ay ve üzeri madde

kullananların ve eğlenme amaçlı madde kullananların depresyon skorlarının yüksek olduğu ve kesme puanları çerçevesinde tıbbi destek sağlanması gereken aralıkta olduğu görülmektedir.

Umutsuzluk puanları incelendiğinde ise, gelir düzeyi düşük olanlarda ve eğlenme amaçlı alkol veya madde kullanım bozukluğu kişilerde umutsuzluğun daha fazla olduğu bulunmuştur. Duygusal zekâ boyutları ile depresyon ve umutsuzluk incelendiğinde ise, duyguların değerlendirmesinin depresyon ve umutsuzluk düzeylerini etkilediği bulunmuştur. Bu doğrultuda, kişilerin duygularını uyumsuz ve işlev bozucu bir biçimde tanımlamasının depresyon ve umutsuzluk gibi olumsuz duygu durum ve psikiyatrik sorunlara yol açabileceği düşünülmektedir (Kopera ve ark, 2015; Kun & Demetrovics, 2010).

5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada elde edilen bulguların, alkol ve madde kullanım bozuklukları tedavisinde önemli katkıları olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, araştırmanın, yöntem ve örneklem bakımından birtakım kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, araştırmanın örneklemini oluşturan grubun yalnızca tek bir merkezden seçilmiş olması, sonuçların genellenebilirliği açısından sınırlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, araştırma değişkenlerini ölçmek için belirlenen ölçüm araçlarının, araştırma değişkenlerini ölçmesi bakımından içerdikleri maddelerle sınırlı olduğu düşünülmektedir. Veri analizleri bakımından, araştırma soruları ve hipotezlerin doğrulanmasının uygulanan veri analizleri doğrultusunda sınırlılığı olduğu düşünülmektedir. Söz konusu sınırlılıkların bertaraf edilmesinin ilerleyen dönemlerde yapılacak benzer çalışmalarla mümkün olabileceği öngörülmektedir.

5.5. Yeni Çalışmalar İçin Öneriler

Araştırmanın bulgularına ek olarak, ilerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalarda, örneklemin birden fazla merkezde seçilmesinin sonuçların genellenebilirliği bakımından daha etkin olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, bu çalışmada belirlenen araştırma değişkenlerine ek olarak duygusal zeka değişkeni yerine veya ek olarak duygu durum düzenleme becerilerinin incelemeye dâhil edilmesinin önemli sonuçlar sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalarda, alkol ve madde kullanım bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi psikiyatrik durumlarda duygu durum düzenleme becerilerinin önemli bir role sahip

olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda, çalışmaya dâhil edilebilecek değişkenler arasında görülmektedir. Araştırmanın bulguları doğrultusunda, aile ile ilgili değişkenlerin araştırma değişkenleri ile anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuş ve bu doğrultuda aile içi iletişim, ebeveyn kabul-reddi ve ebeveyn tutumları değişkenlerinin araştırmaya dahil edilebileceği düşünülmektedir.



ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

6.1. Sonuçlar

Araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Katılımcıların büyük bir yüzdeki erkeklerden oluşmaktadır (N=80)
- Katılımcılar büyük bir yüzdede lise ve üniversite mezunudur.
- Katılımcıların medeni durumu çoğunlukla bekârdır.
- Katılımcıların ağırlıklı olarak kardeş sayısı 0-3 aralığındadır.
- Katılımcıların çoğunun annesi çalışmamaktadır.
- Katılımcıların çoğunun babası serbest meslek ve özel sektör çalışanıdır.
- Gelir düzeyi çoğunluk tarafından orta düzey olarak bildirilmiştir.
- Madde başlama yaşı 15-25 yaş arasında olarak bildirilmiştir.
- Madde kullanım sebebi olarak katılımcıların çoğu özenme sebebiyle olduğunu bildirmiştir.
- Katılımcıların çoğu alkol, esrar ve çoklu madde kullanımını olduğunu bildirmiştir.
- Madde kullanım süresi, katılımcıların çoğunda 3-12 ay ve 12 ay üzeri olarak bildirilmiştir.
- Madde temiz kalma süresi, katılımcıların çoğunda 3-12 ay arasındadır.
- Hastaneye yatış sayısı, katılımcıların çoğunda 1-3 kez olarak bildirilmiştir.
- Katılımcıların yaş ortalaması kadınlarda 28,25 ve erkeklerde 29,78 olarak bulunmuştur.
- Annesi okuryazar düzeyinde olanların depresyon puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Çoklu madde kullanan katılımcıların depresyon puanları anlamlı düzeyde yüksektir.
- 12 ay ve üzeri madde kullananların depresyon puanları anlamlı düzeyde yüksektir.

- Eğlenme amaçlı madde kullanmayı tercih edenlerin depresyon puanları anlamlı düzeyde yüksektir.
- Gelir düzeyi düşük olanlarda umutsuzluk daha fazladır.
- Eğlenme amaçlı madde kullananlarda umutsuzluk daha fazladır.
- İlkokul seviyesinde olan katılımcıların duygusal zekâ boyutlarından duyguların kullanımı alt boyutunda işlevselliği daha düşüktür.
- Gelir seviyesi düşük olanlarda duygusal zekâ boyutlarından duyguların değerlendirilmesi alt boyutunda işlevselliği daha düşüktür.
- Annesi okuryazar seviyesinde olanların duygusal zekâ boyutlarından duyguların değerlendirilmesi alt boyutunda işlevselliği daha düşüktür.
- Babası üniversite ve lisansüstü mezunu olanların duygusal zekâ boyutlarından iyimserlik alt boyutunda işlevselliği daha düşüktür.
- Babası okuryazar düzeyinde olanların duygusal zekâ boyutlarından duyguların kullanımı alt boyutunda işlevselliği daha düşüktür.
- Madde kullanım yaşı 30-45 yaş arasında olanların duygusal zekâ boyutlarından iyimserlik alt boyutunda işlevselliği daha düşüktür.
- Madde kullanım yaşı 25-30 yaş arasında olanların duygusal zekâ boyutlarından duyguların değerlendirilmesi alt boyutunda işlevselliği daha düşüktür.
- Eğlenme amacıyla madde kullanımını tercih eden katılımcıların duygusal zekâ boyutlarından duyguların değerlendirilmesi alt boyutunda işlevselliği daha düşüktür.
- Madde kullanım süresi 1-3 ay olanların duygusal zekâ boyutlarından iyimserlik alt boyutunda işlevselliği daha düşüktür.
- Madde temiz kalma süresi 3-12 ay olanların duygusal zekâ boyutlarından duyguların kullanımı alt boyutunda işlevselliği daha düşüktür.
- Depresyon skorlarında artış ile umutsuzluk skorunda artış doğrusal ilişkili bulunmuştur. Umutsuzluk düzeyi ve depresyon düzeyi birlikte artmaktadır.
- Duyguların kullanımı ve değerlendirilmesi alt boyutlarıyla depresyon puanları ilişkilidir. Söz konusu duygusal zekâ boyutlarında problemi belirten yüksek puanlar ile depresyon skorları doğrusal ilişkilidir.

- Umutsuzluk, iyimserlik, duyguların kullanımı ve duyguların değerlendirilmesi arasında anlamlı ilişki vardır. Umutsuzluk düzeyi yüksek olanların duygusal zekâ boyutları ile problem ifade eder düzeydeki skorlar arasında doğrusal ilişki söz konusudur.
- Duyguların kullanımı, kişilerin depresyon ve umutsuzluk puanlarını anlamlı düzeyde etkilemektedir.



KAYNAKÇA

American Psychiatric Association (1996). Let's Talk Facts About Depression, 101(12),351-4.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed. Text Revision). Washington, DC: Author.

Bandura, A. (1989). Self-regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. In L. A. Pervin (Ed.), Goal concepts in personality and social psychology. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Bar-On, R. (1997). Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.

Beck, A.T., & Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1365-1367.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1993). The Beck Depression Inventory, (2nd ed). San Antonio: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.

Beck, A. & Steer, R. (1993). *Beck Hopelessness Scale Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *J. Consult Clin Psychol*, 42, 861-868.

Berg, M. K., et al. (2017). The role of substance use coping in the relation between childhood sexual abuse and depression among methamphetamine users in South Africa. *US, Educational Publishing Foundation*. 9: 493-499.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Coelho, K. R. (2012). "Emotional Intelligence: An Untapped Resource for Alcohol and Other Drug Related Prevention among Adolescents and Adults." *Depression Research and Treatment*, 6.

Dennhardt, A. A., et al. (2016). "Drinking motives mediate the relationship between alcohol reward value and alcohol problems in military veterans." *Psychology of Addictive Behaviors* 30(8): 819-826.

Goleman, D. (1998). *What Makes a Leader?* *Harvard Business Review*, 76(6), 93-102.

Goleman, D. (2000). *İşbaşında Duygusal Zekâ* (1. basım). İstanbul: Varlık Yayınları A.Ş.

Goleman, D. (2007). *Duygusal Zeka Neden IQ'dan Önemlidir?*. İstanbul, Varlık Yayınları.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. New York: Bantam Books.

Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books.

Gomez, R. (1997). Locus of control and type A behavior pattern as predictors of coping styles among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 23, 591-598.

Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2002). *Primal leadership: Realizing the power of emotional intelligence*. Boston: Harvard Business School Press.

González-Guarda, R. M., et al. (2016). The contribution of stress, cultural factors, and sexual identity on the substance abuse, violence, HIV, and depression syndemic among Hispanic men. *US, Educational Publishing Foundation*. 22, 563-571.

Hosseini, H.F., Mehdizadeh, A. & Anari, Z. (2011). "The Correlation between Emotional Intelligence and Instable Personality in Substance Abusers." *Addiction & Health* 3(3-4), 130-136.

Khoddam, R. & Leventhal A.M. (2016). "Alternative and complementary reinforcers as mechanisms linking adolescent conduct problems and substance use." *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 24(5): 376-389.

Kopera, M., et al. (2015). "Relationship Between Emotional Processing, Drinking Severity and Relapse in Adults Treated for Alcohol Dependence in Poland." *Alcohol and Alcoholism* (Oxford, Oxfordshire) 50(2): 173-179.

Kun, B. & Demetrovics Z. (2010). The role of emotional intelligence in addiction disorders, *Psychiatry Hung*, 25(6): 503-524.

Kuzu, A. (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Duygusal Zekâ Ve İletişim Becerilerinin Eşdeğer Öğrenim Gören Öğrencilerle Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Düzce: Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Marmorstein, N. R. & Iacono, W. G. (2011). Explaining associations between cannabis use disorders in adolescence and later major depression: a test of the psychosocial failure model. *Addictive Behaviors*, 36, 773-776.

Mayer, J. D., & Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17, 433-442.

Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey, & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Book, Inc.

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2000a). Models of emotional intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *The handbook of intelligence* (pp. 396-420). New York: Cambridge University Press.

Mayer, J. D., & Salovey, P. (2002). Personal intelligence, social intelligence, emotional intelligence: Measures of "not" intelligence. In C. Peterson & M. E. P. Seligman (Eds.), *The classification of strengths and virtues: Values in action manual*. Philadelphia: Mayerson Foundation.

Mayer, J.D., Salovey, P., & Caruso, D. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215.

Molianen, D.L., (1995). Validity of Beck's Cognitive Theory of Depression with Nonreferred Adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 31, 438- 442.

Mohagheghi, A., et al. (2015). "Emotional Intelligence Components in Alcohol Dependent and Mentally Healthy Individuals." *The Scientific World Journal* 2015: 6.

National Institute of Mental Health: Depression/Awareness, Recognition, and Treatment. (No date). Facts about depression. Rockville, MD: Author.

Neubauer, A.C., & Freudenthaler, H.H. (2005). Models of emotional intelligence. In R. Schulze & R.D. Roberts (Eds.), *Emotional Intelligence: An International Handbook* (pp. 31-50). Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.

Ortony, A., Clore, G., & Collins, A. (1988). *The cognitive structure of emotion*. New York: Cambridge University Press.

Polanko, C.P., (2001). Alcohol and Hopelessness in Young Adults. Unpublished master's thesis, University of Wisconsin – Stout. Menomonie, WI

Resurreccion, D. M., et al. (2014). "Emotional intelligence and psychological maladjustment in adolescence: a systematic review." *J Adolesc* 37(4): 461-472.

Riley, H. & Schutte N.S. (2003). Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *Journal of Drug Education*, 33(4): 391-398.

Salovey, P., Stroud, L. R., & Woolery, A. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptoms reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and Health*, 17(5) 611-627.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9(3), 185-211

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, DC: American Psychological Association.

Salovey, P., Woolery, A., & Mayer, J. D. (2001). Emotional intelligence: Conceptualization and measurement. In G. J. O. Fletcher., & M. S. Clark, (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes* (pp. 279–302). Malden, MA: Blackwell Publishers.

Savaşır, I., & Sahin, N. H. (1997). Bilissel terapilerde degerlendirme: Sık kullanılan Ölçekler, "Beck Depresyon Envanteri." *Türk Psikologlar Dernegi Yayınlar*.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.

Seber, G., (1991). Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Geçerliği ve Güvenirliği Üzerine Bir Çalışma. *Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Doçentlik Tezi*, Eskişehir.

Shapiro, D. H, Schwartz, C. E., & Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world: Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, 51, 1213-1230.

Shapiro, L. (1997). How to raise a child with a high EQ: A parent's guide to emotional intelligence, New York: Harper Collins Publisher.

Sternberg, R. J. (1997). The concept of intelligence and its role in lifelong learning and success. *American Psychologist*, 52(19), 1030-1037.

Tegin, B. (1987). Depresyonda bilişsel süreçler: Beck modeline göre bir inceleme. *Psikoloji Dergisi*, 6, 116-123.



EKLER

EK-1. Demografik Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu

Lütfen boşlukları doldurunuz, size uygun şıkkı işaretleyiniz.

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: Erkek () Kadın ()

3) Eğitim durumunuz: Okur yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
Lisansüstü ()

4) Medeni Haliniz: Evli () Bekar () Dul () Boşanmış ()

5) Anneniz: Sağ () Ölü ()

6) Babanız: Sağ () Ölü ()

7) Anne-Baba: () Birlikte yaşıyor () Ayrı yaşıyor () Boşanmış ()

8) Kardeş sayınız (Kendinizi saymayın):.....

9) Annenizin eğitim durumu: Okur yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Üniversite () Lisansüstü ()

10) Babanızın eğitim durumu: Okur yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Üniversite () Lisansüstü ()

11) Annenizin mesleği: Çalışmıyor () Memur () Serbest Meslek () Özel Sektör ()
Emekli ()

12) Babanızın mesleği: Çalışmıyor () Memur () Serbest Meslek () Özel Sektör ()
Emekli ()

13) Ailenizin aylık gelir seviyesi: Düşük () Orta () Yüksek ()

14) Alkol/madde başlama yaşı:

15-18 y () 18-25 y () 25-30 y () 30-45 y () 45 y ve üstü ()

15) Alkol ve maddeye başlama nedeni:

Arkadaş ortamı () Özenme () Yaşamsal sorunlarla başa çıkma () Eğlenme ()

16) Kullanılan madde: Çoklu madde () Eroin () Esrar () Alkol () Bonzai () Diğer ()

17) En uzun kullandığımız süre: 1 ay () 1-3 ay () 3-12 ay () Diğer (.....)

18) Madde kullanmadığınız, en uzun temiz kalma süreniz: 0-1 ay () 1-3 ay () 3-12 ay () Diğer (.....)

19) Tedavi oldunuz mu? Evet () Hayır ()

20) (Yatarak tedavi olduysanız) yatış sayınız: yok () 1-3 () 3-6 () 6-10 () 10 ve üstü ()



EK-2. Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği

Maddeleri anlamanız ve size hitap eden kutucuğu doğru işaretlemeniz anket sonucunun güvenilirliği ve geçerliliği açısından önem arz etmektedir. Aşağıdaki ifadeler kutuların içerisindeki sayılara eşdeğerdir. Yazılı metnin yanındaki 1' den 5'e kadar numaralandırılmış cevap kutucuklarından birini seçerek (X) işareti koyunuz.

- 1-Kesinlikle katılmıyorum
- 2-Katılmıyorum
- 3-Fikrim yok
- 4-Katılıyorum
- 5-Kesinlikle katılıyorum

Soruların tek bir doğrusu veya yanlışı yoktur. Bu nedenle ifadeyi okuduğunuzda aklınıza ilk gelen cevap sizin tutumunuzu en iyi yansıtan olacaktır.

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Kişisel sorunlarımı başkaları ile ne zaman paylaşacağımı bilirim.					
2.Bir sorunla karşılaştığım zaman benzer durumları hatırlar ve üstesinden gelebilirim.					
3.Genellikle yeni bir şey denerken başarısız olacağımı düşünürüm.					
4.Bir sorunu çözmeye çalışırken ruh halimden etkilenmem.					
5.Diğer insanlar bana kolaylıkla güvenirler.					
6.Diğer insanların beden dili, yüz ifadesi gibi					

sözel olmayan mesajlarını almakta zorlanırım.					
7.Yaşamımdaki bazı önemli olaylar neyin önemli neyin önemsiz olduğunu yeniden değerlendirmeme yol açtı.					
8.Bazen konuştuğum kimsenin ciddi mi olduğunu yoksa şaka mı yaptığını anlayamam.					
9.Ruh halim değiştiğinde yeni olasılıkları görürüm.					
10.Duygularımın yaşam kalitem üzerinde etkisi yoktur.					
11.Hissettiğim duyguların farkında olurum.					
12.Genellikle iyi şeyler olmasını beklemem.					
13.Bir sorunu çözmeye çalışırken mümkün olduğunca duygusallıktan kaçınırım					

14.Duygularımı gizli tutmayı tercih ederim.					
15.Güzel duygular hissettiğimde bunu nasıl sonlandıracağımı bilirim.					
16.Başkalarının hoşlanabileceği etkinlikler düzenleyebilirim.					
17.Sosyal yaşamda neler olup bittiğini sıklıkla yanlış anlarım.					
18.Beni mutlu edecek uğraşlar bulmaya çalışırım.					
19.Başkalarına gönderdiğim beden dili, yüz ifadesi gibi sözsüz mesajların farkındayım.					
20.Başkaları üzerinde bıraktığım etkiyle pek ilgilenmem.					
21.Ruh halim iyiye sorunların üstesinden gelmek benim için daha kolaydır.					
22.İnsanların yüz ifadelerini bazen doğru					

anlayamam.					
23.Yeni fikirler üretmem gerektiğinde duygularım işimi kolaylaştırmaz.					
24.Genellikle duygularımın niçin değiştiğini bilmem.					
25.Ruh halimin iyi olması yeni fikirler üretmeme yardımcı olmaz					
26.Genellikle duygularımı kontrol etmekte zorlanırım.					
27.Hissettiğim duyguların farkındayım.					
28.İnsanlar bana, benimle konuşmanın zor olduğunu söylerler.					
29.Üstlendiğim görevlerden iyi sonuçlar alacağımı hayal ederek kendimi güdülerim.					
30.İyi bir şeyler yaptıklarında insanlara iltifat ederim.					
31.Diğer insanların gönderdiği sözel					

olmayan mesajların farkına varırım.					
32.Bir kişi hayatındaki önemli olaydan bahsettiğinde ben de aynısını yaşamış gibi olurum.					
33.Duygularımda ne zaman değişiklik olsa aklıma yeni fikir gelir.					
34.Sorunları çözme biçimim üzerinde duygularımın etkisi yoktur.					
35.Bir zorlukla karşılaştığım zaman umutsuzluğa kapılırım.					
36.Diğer insanların kendilerini nasıl hissettiklerini sadece onlara bakarak anlayabilirim.					
37.İnsanlarüzgünken onlara yardım ederek daha iyi hissetmelerini sağlarım.					
38.İyimser olmak sorunlar ile baş etmeye devam edebilmem için					

bana yardımcı oluyor.					
39.Kişinin ses tonundan kendini nasıl hissettiğini anlamakta zorlanırım.					
40.İnsanların kendilerini neden iyi ya da kötü hissettiklerini anlamak benim için zordur.					
41.Yakın arkadaşlıklar kurmakta zorlanırım					

EK-3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu () işaretleyiniz.

Evet Hayır

1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.....

2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.....

3. İşler kötüye giderken bile herşeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.....

4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.....

5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.....

6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.....

7. Geleceğimi karanlık görüyorum.....

8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.....

9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.....

10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.....

11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.....

12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum....

13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.

.....

14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.....
15. Geleceğe büyük inancım var.....
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.....
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.....
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.....
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.....
20. İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.....

EK-4. Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

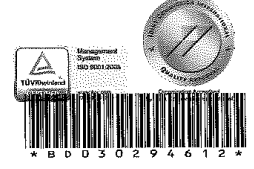
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-5. Araştırma İzni



ÖZEL NPİSTANBUL
Beyin Hastanesi

Saray Mah. Ahmet Tevfik İleri Cad.
No:18 34768 Ümraniye / İstanbul
T: 0216 633 06 33 | bilgi@npistanbul.com
F: 0216 634 12 50 | www.npistanbul.com



Sayı : -307.99/ 316
Konu : Araştırma İzni Hk.

14/09/2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI'NA

"Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerin duygusal zeka, depresyon ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi" isimli çalışmanın, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunuzca verilecek etik onay sonrasında Özel NPİSTANBUL Beyin Hastanesi'nde yapılmasına izin veriyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

Uzm. Dr.Boray ERDİNÇ

Mesul Müdür

ÖZEL NPİSTANBUL
BEYİN HASTANESİ
Uzm.Dr. Boray ERDİNÇ
Dip. Tes. No:46549
Başhekim & Dahiliye Uzmanı

Evrakı Doğrulamak için : <http://ebys.uskudaf.edu.tr/en/Vision/Dogrula/LMLB60>



Bilim Ortağı

NP.FR.145 Revizyon No:5 (10.05.2017)

Nöropsikiyatri | Bağımlılık | Beyin Cerrahisi

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Büşra DAĞ

Doğum Yeri ve Tarihi: Alanya 11.01.1992

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi: İstanbul Bilim Üniversitesi

Yüksek Lisans Öğrenimi: Üsküdar Üniversitesi

İletişim

busradag3@gmail.com

