



**T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**DEPRESYON TANISI ALMIŞ YATAN HASTALARIN VE MADDE  
BAĞIMLILIĞI TANISI ALMIŞ YATAN HASTALARIN SOSYAL  
DAMGALANMA AÇISINDAN İNCELENMESİ**

**CEREN KAYA**

**DANIŞMAN  
YRD. DOÇ. DR. ALPTEKİN ÇETİN**

**İSTANBUL - 2017**

**T.C.**

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**DEPRESYON TANISI ALMIŞ YATAN HASTALARIN VE MADDE  
BAĞIMLILIĞI TANISI ALMIŞ YATAN HASTALARIN SOSYAL  
DAMGALANMA AÇISINDAN İNCELENMESİ**

**CEREN KAYA  
154102134**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. ALPTEKİN ÇETİN**

**İSTANBUL - 2017**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102134
Öğrenci Adı Soyadı	: Ceren KAYA
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd.Doç.Dr. Alptekin ÇETİN
Tezin Başlığı	: DEPRESYON TANISI ALMIŞ YATAN HASTALARIN VE MADDE BAĞIMLILIĞI TANISI ALMIŞ YATAN HASTALARIN SOSYAL DAMGANMA AÇISINDAN İNCELENMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 22.09.2017	Saati	: 09.45
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
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. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BIRLIGI <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDEDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDİ		
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,			
<input type="checkbox"/> OY BIRLIGI ile <b>REDEDEDİLMİŞTİR.</b>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd.Doç.Dr. Alptekin ÇETİN	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Cemal Onur NOYAN	
Üye	Doç.Dr. Korkut ULUCAN	

# BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

## Yemin Metni

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum "Depresyon tanısı almış yatan hastaların ve madde bağımlılığı tanısı almış yatan hastaların sosyal damgalanma açısından incelenmesi" 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.

22/09/2017

Ceren KAYA

## TEŞEKKÜRLER

Öncelikle eğitim hayatım boyunca, bu sürece kadar gelmeme yardımcı olan aileme teşekkürlerimi bir borç bilirim. Desteğini ve sevgisini hiç eksik etmeyen anneme, enerjisiyle beni yükselten ablama, özellikle bugünlere kadar emek harcıyıp, benden umudunu hiç kesmeyen, artık melek olmuş babamadır en büyük teşekkürüm.

Bir diğer teşekkürüm ise; tez yazım sürecinde motivasyonu, desteğiyle, cesaretlendirmesiyle, bana olan inancıyla bu çalışmayı ortaya çıkarmamda yardımcı olan tez danışmanım, değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Alptekin ÇETİN'e teşekkür ve sonsuz saygılarımı sunarım.

Üniversite hayatım boyunca aynı süreçlerden geçtiğim, her zorlukta yanımda olan, her konuda beni güçlendiren meslektaşım Uzm. Klinik Psikolog Hülya AYDOĞAN'a çok teşekkür ederim.

Son olarak bu zorlu süreci birlikte geçirdiğim arkadaşım Hazal AKŞAHİN'e, desteğini hiç esirgemeyen, sevgisiyle beni güçlendiren Kerem KÖKEN'e ve her daim yanımda olan bütün dostlarıma sonsuz teşekkürler.

**Ceren KAYA**  
**İstanbul/2017**

# DEPRESYON TANISI ALMIŞ YATAN HASTALARIN VE MADDE BAĞIMLILIĞI TANISI ALMIŞ YATAN HASTALARIN SOSYAL DAMGALANMA AÇISINDAN İNCELENMESİ

## ÖZET

Psikoloji literatürüne bakıldığında, son 20 yıllık dönemde hem klinik hem de sosyal psikoloji alanlarının sosyal damgalamanın bireyler üzerindeki etkilerini ve kişilerin psikolojik gidişatlarında yol açtığı sonuçları incelediğini görmekteyiz. Sosyal damgalanma, bireyin herhangi bir toplumsal norm, değer ya da yargı üzerinden, sosyal çevresi tarafından etiketlenmesi ve toplumsal düzlemde belli bir kategorizasyona koyulması olarak tanımlanmaktadır. Bunun psikolojik etkileri söz konusu olduğunda ise, bireylerin yetersiz hissetmesi, sosyal çevreleri tarafından dışlanmaları, sosyal ilişkilerde çekinme – içe kapanma yaşamaları ve sosyalleşememeleri varyasyonları karşımıza çıkmaktadır. Bu değerlendirme üzerinden bakıldığında, sosyal damgalanmanın bireylerin hem sosyal hem de iç dünya yaşamlarına yıkıcı ve zarar verici bir etkisinin olduğu görülmektedir.

Klinik psikoloji alanı üzerinden sosyal damgalanma kavramına bakıldığında ise, bu etiketlenme şeklinin, belli başlı patolojik durumlara ortam ve zemin hazırladığı düşünülmektedir. Sosyal çevreden dışlanan ya da sosyal olmaktan çekinen bir bireyde, kaygı, duygudurum ya da madde kullanımı tabanlı patolojik bir rahatsızlığın ortaya çıkması durumunun son derece doğal olduğu düşünülmektedir. Bu varsayımın ölçülmesi ve değerlendirilmesi için ise, bu çalışma çerçevesinde depresyon tanısı almış ve madde bağımlılığı tanısı almış yatan hastaların, sosyal damgalanma açısından değerlendirilmesi gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırmanın temel amacı, depresyon tanısı almış olan yatan hastaların ve madde bağımlılığı tanısı almış olan yatan hastaların sosyal damgalanma açısından değerlendirilmesi ve sosyal damgalanmanın bu örneklem üzerindeki etkilerini analiz etmektir. Araştırma 85 kişiden oluşan bir örneklem grubu ile yürütülmüş ve katılımcılara Beck Depresyon Envanteri, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Madde Bağımlılığı Tarama Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmanın genel bulgularına göre, depresyon ve madde bağımlılığı tanısı almış bireylerin, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği sonuçlarına göre, anlamlı bir şekilde, damgalanma içselleştirdikleri gözlemlenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre; depresyon tanısı almış olan hastalar ile madde bağımlılığı tanısı almış olan hastaların damgalanma şiddetleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak; madde kullanımı olan bireylerde bağımlılık şiddeti ne kadar artarsa, bireylerin damgalanma düzeyleri o şekilde artmakta; bağımlılık şiddeti ne kadar azalırse damgalanma düzeyleri o şekilde azalmaktadır. Depresyon tanısı olan bireylerde ise, depresyon şiddeti ne kadar artarsa, damgalanma düzeyleri o şekilde artmakta; depresyon şiddeti ne kadar azalırse, damgalanma düzeyleri o şekilde azalmaktadır. Bağımlılık ve depresyon şiddetleri ile damgalanma düzeyleri arasında doğru orantılı bir anlamlılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu araştırma sayesinde, depresyon ve madde bağımlılığı tanısı almış yatan hastaların sosyal damgalanma açısından bakıldığında, ne derece yoğun bir psikolojik sürece maruz kaldıkları derin ve yoğun bir şekilde okuyucuya sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler: Depresyon, Madde Bağımlılığı, Sosyal Damgalanma.**

# EVALUATION OF SOCIAL STIGMATIZATION LEVELS OF THE PATIENTS DIAGNOSED WITH DEPRESSION AND SUBSTANCE

## ABSTRACT

In psychology literature, it is seen that both the clinical and social psychological areas of the last 20 years have examined the effects of social stigmatization on individuals and the results on their psychological processes. Social stigmatization is defined as, the labeling of the individual through social norms, values or judgments, by the social environment, and by a certain categorization at the social level. When it comes to the psychological effects, the individual is inadequate, excluded by the social circles, and the social relationships are disturbed by the feelings of withdrawal and socialization. From this assessment, it is seen that social stigmatization is a destructive and destructive effect of individuals on both social and internal world life.

When we look at the concept of social stigmatization through the field of clinical psychology, it is thought that this labeling method prepares the environment and ground for major pathological situations. In an individual who is excluded from social life or who is afraid of being social, it is thought that the situation of anxiety, emotion or substance use based pathological disorder is extremely natural. For the measurement and evaluation of this assumption, the evaluation of the patients who have been diagnosed with depression and substance dependence within the scope of this study has been carried out in terms of social stigmatization.

The main purpose of this study is to evaluate the social stigma of patients who have been diagnosed with depression and substance dependence through analyzing the effects of social stigmatization. The study was conducted with a sample group of 85 people and the subjects were asked to respond the Beck Depression Inventory, Internalized Stigma in Mental Illness Scale and Substance Addiction Screening Scales. According to the general findings of the study, individuals who had been diagnosed with depression and substance dependence were observed to significantly internalize the stigmatization according to the results of the Internalized Stigmatization Scale for Mental Illness. According to the results of the study, patients who have been diagnosed with depression and substance dependence, there was no significant differences between the stigma. Nevertheless; individuals with substance use disorders get more stigmatized as their levels of addiction increase; similarly, as their levels of addiction decrease, they get less stigmatized. Individuals diagnosed with depression get more stigmatized if they are more depressed and the stigmatization of these individuals occur less as their levels of depression decreases as they get less depressed. This study revealed that the levels/the intensity of addiction and depression are positively correlated with the amount of stigmatization of the individual. Through this research, it has been shown that patients who have been diagnosed with depression and substance abuse have a deep and intense exposure to the intense psychological process when they are examined from the standpoint of social stigmatization.

**Key Words: Depression, Substance Use, Social Stigmatization.**

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

BİLİMSEL ETİK SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜRLER .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	v
KISALTMALAR .....	ix
TABLOLAR DİZİNİ.....	x
GRAFİK LİSTESİ .....	xii
<b>BÖLÜM I: GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Araştırmanın Konusu .....	3
1.2. Araştırmanın Önemi .....	3
1.3. Araştırmanın Amacı .....	3
1.4. Araştırmanın Hipotezleri .....	3
1.5. Araştırmanın Sayıltıları .....	4
1.6. Araştırmaya İlişkin Tanımlar .....	4
<b>BÖLÜM II: GENEL BİLGİLER</b> .....	5
2.1. Depresyon.....	5
2.1.1. Depresyon Teriminin Tarihçesi .....	6
2.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi .....	7
2.2. Depresyonun Klinik Özellikleri .....	9
2.2.1. Duygulanım .....	9
2.2.2. Konuşma ve İlişki Kurma .....	10
2.2.3. Bilişsel İşlevler .....	10
2.2.4. Fizyolojik Belirtiler .....	11
2.2.5. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranışlar .....	11
2.2.6. Düşünce İçeriği .....	12
2.3. Depresyonun Nedenleri .....	12
2.3.1. Biyolojik Nedenler .....	13



2.3.2. Psikolojik Nedenler.....	13
2.4. Depresyonun Tedavisi .....	14
2.5. Bağımlılık .....	15
2.5.1. Psikolojik Bağımlılık .....	16
2.5.2. Fiziksel Bağımlılık .....	16
2.6. Madde Bağımlılığı .....	17
2.6.1. Madde Bağımlılığının Tarihçesi.....	18
2.6.2. Madde Bağımlılığının Epidemiyolojisi.....	19
2.6.3. Madde Bağımlılığının Nedenleri .....	21
2.6.3.1. Psikolojik Nedenler .....	23
2.6.3.2. Kalıtsal Nedenler .....	25
2.6.3.3. Çevresel Nedenler .....	26
2.7. Madde Bağımlılığının Tedavisi .....	28
2.8. Damgalanma .....	31
2.9. Sosyal Damgalanma .....	36
2.10. Ruhsal Hastalıklarda Damgalanma .....	38
2.11. Depresyon ve Damgalanma .....	40
2.12. Madde Bağımlılığı ve Damgalanma .....	42
<b>BÖLÜM III: YÖNTEM .....</b>	<b>45</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	45
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	45
3.2.1. Örneklemenin Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri .....	45
3.2.2. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	46
3.3. Veri Toplama Araçları .....	46
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	47
3.3.2. Beck Depresyon Envanteri (BDÖ) .....	47
3.3.3. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) .....	47
3.3.4. Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi (DAST-10) .....	48
3.4. Araştırmanın İstatistiksel Analizi .....	48
3.5. Araştırmanın İşlem Yolu .....	49

<b>BÖLÜM IV: BULGULAR</b> .....	50
<b>BÖLÜM V: TARTIŞMA</b> .....	75
5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	82
<b>BÖLÜM VI: SONUÇ ve ÖNERİLER</b> .....	83
6.1. Sonuç .....	83
6.2. Öneriler .....	84
<b>KAYNAKÇA</b> .....	85
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	99
<b>EKLER</b> .....	101
EK. 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	101
EK. 2. Kişisel Bilgi Formu .....	104
EK. 3. Beck Depresyon Envanteri (BDÖ) .....	106
EK. 4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)...	107
EK. 5. Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi (DAST-10) .....	110

## KISALTMALAR

**DSM:** Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı).

**ECA:** Epidemiologic Catchment Area

**EGM:** Emniyet Genel Müdürlüğü

**ESEMED:** The European Study on the Epidemiology of Mental Disorders

**FMR:** Fonksiyonel Manyetik Rezonans

**KOSMDB:** Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı

**PET:** Positron Emission Tomography

**RHİDÖ:** Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

**SPECT:** Single Photon Emission Computed Tomography

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

**UNODC:** Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi

**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Demografik Değişkenlerin Sayı ve Yüzde Dağılımı .....	50
<b>Tablo 2.</b> Araştırma Ölçekleri İçin Güvenirlik ve Geçerlik Katsayıları .....	52
<b>Tablo 3.</b> Araştırma Bağımlı Değişkenleri için Betimleyici İstatistiksel Tablo .....	52
<b>Tablo 4.</b> Ölçekler ve Alt Boyutları Arası Korelasyon Analizi .....	53
<b>Tablo 5.</b> Araştırma Gruplarının Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi .....	56
<b>Tablo 6.</b> Katılımcıların Depresyon Düzeyine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi .....	58
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların Bağımlılık Düzeyine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi .....	61
<b>Tablo 8.</b> Cinsiyete Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi .....	63
<b>Tablo 9.</b> Medeni Duruma Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi .....	64
<b>Tablo 10.</b> Gelir Durumuna Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi .....	65
<b>Tablo 11.</b> Hastaneye Yatış Sayısına Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi .....	66
<b>Tablo 12.</b> Hastanede İlk Kez Tedavi Görme Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi .....	67
<b>Tablo 13.</b> Yaşa Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi .....	68
<b>Tablo 14.</b> Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi .....	70
<b>Tablo 15.</b> Kiminle Yaşanıldığına Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi .....	72

<b>Tablo 16.</b> Madde Bağımlısı ve Depresif Grup için Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Betimleyici İstatistiksel Tablosu .....	74
<b>Tablo.17</b> Araştırma Grupları için Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi .....	74



## GRAFİK LİSTESİ

- Grafik 1.** Araştırma Grupları İçin Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması ..... 57
- Grafik 2.** Depresyon Düzeylerine Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması ..... 60
- Grafik 3.** Bağımlılık Düzeylerine Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması ..... 62



# BÖLÜM I

## GİRİŞ

Damgalama terimi psikiyatri alanında yüzyıllardan beri varlığını sürdürmektedir. Günümüzde de hala devam eden en önemli ve en güncel sorunlar arasındadır. Günümüz dünyasına bakıldığında zaman damga kelimesi “delik, delmek, yara, iz” anlamlarında kullanılsa da, “kara leke” anlamına gelmektedir (Özmen vd, 2007). Eski Yunan zamanlarında ise damga terimi, normal tanımının dışında kalan, ahlak bakımından kötü olarak nitelendirilen, fizyolojik işaretler anlamında kullanılmaktadır. Damgalanmış kişilerin vücutlarında bulunan işaretler kesilerek veya yakılarak yapılmakta ve bu işaretler o kişilerin “suçlu, köle” olduğuna işaret etmektedir. Bu işaretlerin vücutlarında olmasındansa, damgalanmanın utanç ve ayıbı o kişiler için daha önemlidir (Link and Phelan, 2001). Damgalanan kişiler farklı oldukları vurgulandığı için olumsuz özelliklerle eşleştirilir ve sonrasında toplumdansa ya da bir grup içindelerse o gruptan uzaklaştırılır, soyutlanır, yok sayılması için çaba harcanır veya kendi haline terkedilir (Özmen vd, 2007).

Dünya genelinde psikiyatrik temelli toplum oluşmaya başladığı zaman damgalama konusuna dikkat çekilmiştir. Çalışmalarda halkın ruhsal hastalıkları ne şekilde tanımladığı, damgala(n)ma kavramının ne şekilde olduğu araştırılmıştır. Link ve Phelan’a (2001) göre; damgalama aşamaları dört maddeden oluşmaktadır.

- Halk, hastalığı tanımlar ve kişisel farklılıkları gruplaştırır.
- Farklılıklar, kabul edilmeyen özelliklerle eşleştirilir.
- Eşleştirilen kişiler “bizlerden” değil “onlardan” dışlamasını görür.
- Bunun sonucunda dışlanan kişiler statüde düşüş hatta kayıp ve diğer insanlardan ayırım yaşarlar.

Depresyon terimi ise; Antik Çağdan beri bilinilirliği olan bir psikiyatrik bozukluktur. Depresyonu ilk olarak tıp alanında tanımlayan Hipokrat olmuştur ve depresyon tablosunu “kara safra fazlalığı” ile tanımlamış ve depresyon terimini

“melankoli” olarak adlandırmıştır . Depresyon, kişinin işlevselliğini etkileyen, tekrarlamalarla devam eden, hayatının herhangi bir döneminde belirtiler gösteren önemli bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Gerekli tedavi yapılmadıkça sürekli devam edebilir ve kişiyi sosyal ortamlardan, iş hayatından geri düşürerek maddi ve manevi kayıplara sebep olabilir (Griffiths vd, 2004; Corrigan and Watson 2002). Birçok ruhsal rahatsızlıkla birlikte depresyonda da damgalanma türleri görülmüştür. Damgalanma durumu üzerinde yaş, cinsiyet, eğitim, yaşadığı yerle ilgili kültürel farklılıkların etkisiyle ilgili çalışmalar yürütülmüştür. Depresyon üzerinde damgalanmanın etkisi, depresyonun şiddetiyle, sayısı, depresyonu geçirdiği süreyle ilişkili olduğu ve damgalanma durumunu etkilediği bulunmuştur (Livingston and Boyd, 2010).

Bağımlılık kavramı ise; bir ya da birden fazla maddenin kullanımı ile başlayan, vücuda madde alınmadığı takdirde yoksunluk belirtilerine sebep olan, tedavisi yapılsa bile tekrardan ortaya çıkabilen bir hastalıktır (Sezgin vd, 2010). İnsanın başlangıcından beri acıyı azaltma ve bilinci değiştirme düşüncesiyle farklı maddeler kullanılmıştır. Çoğu toplumlar, fiziksel ve zihinsel acıları dindiren veya fazlaca mutluluğa sebep olan maddeler bulmuşlardır. Bulunan bu maddelerin zararlı olduğu bilirse de, vücuda girdiğindeki etkisinin ilk evresi haz duygusunu hissettirdiği için madde bağımlılığı tablosunu arttırmıştır (Davison etc., 2004). Günümüzde de madde kullanımı ve madde bağımlılığı, kültürel farklılıkları da içine alarak dünya genelindeki her toplumu bu halk sağlığı sorunuyla karşı karşıya getirmiştir (Karatay ve Kubilay, 2004). Madde kullanımı ve damgalanmaya bakıldığında halkın madde kullanımına dair bakış açısının olumsuz olduğu bilinen bir durumdur. Madde bağımlılığı, psikiyatrik bir rahatsızlık olmasına rağmen diğer psikiyatrik rahatsızlıklardan ayrı tutulmakta ve çok daha yoğun bir şekilde damgalanma yapılmaktadır ve bu düşüncelerin değiştirilmesi kolay değildir (Becker etc., 1997).

Literatür taraması yapıldığında halkın ruhsal hastalıklara karşı damgalanma tutumu çalışmaları araştırılmış olmasına rağmen (Sağduyu vd, 2003; Özmen vd, 2003), depresyon ve madde bağımlılığı hastalarında damgalanma üzerine bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın amacını, depresyon ve madde bağımlılığı tanısı almış olan yatan hastaların stigmatizasyonu açısından incelenmesi oluşturmaktadır.



### **1.1. Araştırmanın Konusu**

Depresyon tanısı almış olan yatan hastaların ve madde bağımlılığı tanısı almış olan yatan hastaların sosyal damgalanmaları açısından incelenmesi ve damgalanma duzeylerinin depresyon ve madde bağımlılığı tanısı almış olan yatan hastalar üzerindeki etkisi araştırılmak amaçlanmıştır.

### **1.2. Araştırmanın nemi**

Damgalanma, her ne konuda olursa olsun insanların karşılaşmak istemediği bir durumdur ve bu durum karşısında insanların kendi iç yaşantılarına döndüğü bilinmektedir. Özellikle de ruhsal hastalık kavramıyla ilişkili olan çoğu kişi damgalanma korkusunu iten içe yaşamaktadır. Damgalanma terimi birçok konuda ve makalede detaylı incelenmesine karşın, yatan depresyon hastalarıyla yatan madde bağımlılığı hastalarının stigmatizasyonu açısından karşılaştırılması ve aralarında bir fark olup olmaması açısından incelenmesi hakkında yeterli araştırma bulunmamaktadır. Madde bağımlılığının gün geçtikçe artması, depresyonun son dönemlerde en önemli hastalıklar arasında gösterilmesi ve damgalanmanın sosyal işlevselliğe olan dikkat çekici etkisi açısından detaylı araştırılması bu araştırmanın önemini vurgulamaktadır.

### **1.3. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, NP İstanbul Beyin Hastanesi'ne tedavi için başvuran, özellikle yatarak tedavi gören, depresyon tanısı ve madde bağımlılığı tanısı almış olan bireyleri içermekte olup, rastgele seçilmiş olan bu bireylerden elde edilen sonuçlarla birlikte sosyal damgalanmaları açısından incelenip karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

### **1.4. Araştırmanın Hipotezleri**

- ✓ Madde bağımlılığı tanısı almış olan ve yatarak tedavi gören bireylerde damgalanma, depresyon tanısı almış olan ve yatarak tedavi gören bireylere göre daha yüksektir.
- ✓ Depresyon hastalarında depresyon şiddetinin stigmatizasyonla önemli bir ilişkisi vardır.
- ✓ Bağımlılık tanısı almış olan hastalarda bağımlılık şiddeti damgalanma açısından

daha etkilidir.

### ✓ **1.5. Araştırmanın Sayıtları**

- ✓ Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilir ve geçerli olduğu varsayılmaktadır.
- ✓ Araştırmaya katılan katılımcıların sorulara gönüllü bir şekilde, doğru ve içtenlikle cevap verdikleri varsayılmaktadır.
- ✓ Araştırmanın evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

### **1.6. Araştırmaya İlişkin Tanımlar**

**Depresyon:** En az iki hafta boyunca özellikle zevk ve ilgi duygusunun kaybıyla birlikte, günlük aktiviteleri yapma isteğinde azalma olan, dikkat eksikliği, uyku azlığı veya çokluğunun görüldüğü, iştah dengesizliklerinin eşlik ettiği, bunların yanı sıra kişinin kendisine, hayata bakış açısına karşı aşırı olumsuzluk algılarının olduğu, intihar düşüncelerinin ortaya çıkabileceği bir ruhsal bozukluktur (DSM 5, 2013).

**Madde Bağımlılığı:** Madde kullanımı ile birlikte kullanan kişinin kontrol mekanizmasında kayıp olması, maddeyi yaşamının merkezine koyması ve madde kullanımına bağlı olarak fiziksel ve ruhsal sorunların ortaya çıktığı bir durumdur (Uzbay ve Yüksel, 2003).

**Damgalanma:** Kişilerin veya grupların, ilaç kullanımının kötü yönde kullanılması, ruhsal bozukluk olması ya da bedensel eksiklik gibi özellikler üzerinden bir eksiği veya bulunduğu kategoriden aşağı düşmüş olarak dayandırılmasının sonucunda olumsuz değerlendirilmesidir (Çam ve Çuhadar, 2011).

## BÖLÜM II

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Depresyon

Depresyon, tıp alanında Hipokrat tarafından tanımlanan ilk ruhsal bozukluklardan biridir ve Hipokrat tarafından kara safra olarak adlandırılmış olup melankoli adı altında kullanılmıştır. Hipokrat'a göre kara safra diye adlandırılan durumun görüldüğü insanlarda “karasevdalı mizaç” etkili olmuştur ve buna göre bu mizaca sahip olan bireyler girişken, duygusallığın ön planda olduğu mizacı gösterirler (Köknel, 2005). Depresyon terimi, mizaç bozuklukları arasında gruplanmış olup, mizaç denildiği zamanda ilk akla gelen anlam olarak kendine özgü olan şekilde kullanılmaktadır. Depresyon kelimesinin var olmadığı zamanlarda çoğu kişi depresyonu “ruhi buhran” olarak adlanmıştır (Tan, 2008). Eski yıllardan başlayarak günümüze kadar olan süreçte ise depresyon tanımını açıklamaya çalışan birçok araştırmacı olmuştur. Genel bir bakış açısıyla depresyon; kişilerin sosyal hayatını ve günlük yaşantılarını olumsuz etkilemesine ek olarak mutsuzluk, hüznün hali ve hayattan umudu kesme durumunun görülmesi anlamına gelmektedir.

Bu tanımlamalara doğru orantılı olarak Türkçapar (2009) depresyonu üç tanıma ayırmıştır.

- Depresyonun genel kullanım tanımına göre; bireylerin kendi hayatlarında karşılaştıkları olumsuz hislerin özellikle mutsuzluk, hüznün gibi durumları içermesidir.
- Ruhsal belirti olarak depresyon tanımına göre; bireylerde ortaya çıkan depresyonun sebepleri fiziksel ve ruhsal belirtileri içermesidir.
- Depresyonun psikiyatrik bozukluk olarak tanımına göre ise; belli semptomlarla devam eden ve sürekliliği olması gereken bir ruhsal bozukluktur.

Depresyonun belirtileri göz önünde bulundurulduğunda en temel belirti cümlesi “hiçbir şeyden zevk almıyorum” cümlesidir. Kişi önceden severek yaptığı şeylere karşı

artık o ilgiyi duyamaz hale gelir. Bunun akabinde gelen belirti cümlesi “içimden hiçbir şey gelmiyor” cümlesidir. Kişinin hayatında sorumlu olduğu şeyleri artık yapmama veya yapamama hali görülmeye başlar. Özellikle iş yaşamı olan birey, işe gitme isteğini kaybeder, işe gitse bile verimi düşüktür (Tan, 2008). Bu durum iş hayatındaki verimi önemli ölçüde etkilediği için depresyonla mücadele etmek göz önünde bulundurulmalıdır (Tarhan, 2011). Depresyonda temel belirtilerin yanı sıra sık rastlanılan belirtiler ise uykusuzluk veya çok uyku hali, cinsel isteksizlik, yeme bozuklukları gibi belirtilerle ortaya çıkan çökkünlük diye adlandırılan bir haldir. Normal şartlarda geçirilen depresyon, geçici olmakla beraber sık rastlanan bir ruh hali olarak da açıklanabilir. Ama depresyon her bireyde farklı etkiyi yarattığı için günlük işlevi bozacak dereceye geldiğinde ruhsal hastalık olarak adlandırılır .

Depresyon; fiziksel, ruhsal, sosyal, çevresel semptom ve sıkıntıların acıyla doğru orantılı olarak yükselişe geçtiği bir duygu durumudur . Buna göre kişilerin fiziksel ve ruhsal durumları, sosyal ortamlarından gelen tepkilere göre değişiklik gösterirken, karşılıklarına gelen olaylara ve kişilere karşı verecekleri tepkiler farklılaşmaktadır . Bu sebeplere ve tedavi durumuna bakıldığı zaman depresyonun fazlasıyla karmaşık bir yapıya sahip olduğu görülür .

Depresyon ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığı zaman, genel olarak depresyon sıklığı %9-20 arasında değişiklik gösterirken, erkekler ve kadınlar arasında görülme sıklığına bakıldığında ise bu oran erkeklerde %8-12, kadınlarda %20-26 arasında değişiklik göstermektedir (Öztürk, 2004).

### **2.1.1. Depresyon Teriminin Tarihçesi**

En eski ruhsal bozukluklardan biri olarak depresyon eski zamanlardan beri bilinmektedir. İlk olarak Hipokrat tarafından tanımlanan depresyonun insan vücudunda olan dört sıvıyla alakalı olduğundan bahsedilmiştir. Bu dört sıvının depresyona belli başlı etkilerini ortaya çıkardığı söylenmiştir. Hipokrat'ın melankoli tanımını kullanmasından sonra Galen tıbbında da melankoli tanımı kullanılmaya başlanmıştır (Tuğrul, 2015). Platon ise ilk çağda ruhsal bozukluklara doğa ve doğaüstü güçlerin

etkisi olduğunu savunmuş olup, melankolinin sebebine ise doğüstü güçleri ve tanrıları ileri sürmüştür. Galen ise melankoli sebebinin beyindeki işlevsel problemlere bağlamıştır.

1750'lerden itibaren melankoli teriminin yerine "depression" kelimesi kullanılmaya başlanmıştır. 1856 yılında İngiltere'de Timothy Bright ise "Melankoli" isimli bir kitap çıkararak melankoli terimini doğal ve doğal olmayan olarak ikiye bölmüştür ve melankolinin sebepleri olarak durağanlık, her şeyi kötü yönde düşünme gibi duygulanımlardan bahsetmiştir (Köknel, 2000).

Hindistan'da ise depresyonu ortaya çıkaran tek şeyin şeytan olduğu düşünülüp, yedi farklı şeytanın olduğuna inanmışlardır. Yedi farklı şeytandan bir tanesinin kişinin ruhunu elde ettiği düşünülerek depresyonun ortaya çıktığını düşünmüşlerdir .

Son olarak "depression" sözcüğü Fransızcadan İngilizceye geçerek Latince "de primere" kelimesinden türemiştir. "Çökkünlük" kelimesi olarak Türkçe'ye çevrilebilir .

### **2.1.2. Depresyon Teriminin Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi**

Dünya genelinde insanların ruhsal sağlığını en çok etkileyen ve tehdit unsuru olarak görülen sorunların başında depresyon gelmektedir. Depresyon araştırmalarının artırılmasının sebebi özellikle intihar gibi durumlarla karşılaşılması, süregenleşme riskinin artmasıyla önem kazanmıştır (Küey, 1998; Goodwin etc., 2007). Depresyonun evrensel bir ruhsal bozukluk olup olmadığına dair tartışmalar depresyonun her kültürde farklılık gösterip, farklı klinik belirtiler sergilemesinden dolayı hala geçerliliğini sürdürmektedir (Kara vd, 1997).

1970'li yıllara bakıldığı zaman epidemiyolojik araştırmalar ne kadar gelişmiş olsa da depresyonun epidemiyolojisine dair araştırmaların az olmasından yakınılmıştır. ABD'de yapılan araştırmada üç farklı alanda 9000 kişiyi içeren örneklem üzerinde DSM-III-DIS kullanılarak yapılan ECA çalışmasında depresyonun altı ayı içeren yaygınlığı erkeklerde %1.7- 2.2, kadınlarda ise %4.1-4.6 olarak saptanmıştır

(Myers etc., 1984).

Asya ve Afrika da yapılan başka bir araştırmada major depresyon görölme yaygınlığının %0.9-12.6 arasında farklılık gösterdiği söylenmiştir. Depresyon yaygınlık oranının en düşük Taiwan'da olduğu, en yüksek Yeni Zelanda'da olduğu bilgisi verilmiştir .

Avrupa'nın altı farklı ülkesinden 21425 kişinin katıldığı ESEMED adlı araştırmada ise yaşam boyu görölün herhangi bir duygudurum bozukluğunun sıklığı %14 olarak bulunmuş olup, en fazla görölün ruhsal hastalık olarak major depresyon bulunmuştur. Düşük gelirli Doğu Avrupa ülkelerinde ise ekonomide yaşanan düzensiz değişimlerin ruhsal bozuklukların görölme sıklığı olarak dikkate alınır derecede ciddi etkilerde bulunduğu ve bu ülkeleri kapsayacak çalışmalarda ise daha dikkatli olunması gerektiği vurgulanmıştır .

Türkiye'de yapılan araştırmalara bakılacak olursa; Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeği kullanılarak Güleç (1981) tarafından yapılan bir çalışmada depresyon yaygınlığı %9.2, yaşam boyu yaygınlığı ise %23.6 olarak tespit edilmiştir. Aynı ölçeğin kullanılarak İzmir ilinde yapılan başka bir araştırmada ise depresyon yaygınlığı &13 iken, yaşam boyu yaygınlığı %19 olarak bulunmuştur (Küey, 1985). Ayrıca Türkiye'de 3,5 milyona yakın kişinin depresyon tanısı olduğu belirtilmiş olup, sağlıkla ilgili yerlere başvuran kişilerin yaklaşık dörtte birinin bu tanıyı aldığı tespit edilmiştir (Tarhan, 2013). Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ve depresyonun sıklığı hakkında önemli bilgiler veren bir diğer araştırma ise, Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesinin kullanılmış olduğu ve 7479 kişiyi kapsayan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasıdır. Bu araştırma sonucunda depresif nöbet sıklığı %4 oranında bulunmuştur ve kadınlarda yaygınlık oranı %5.4, erkeklerde ise %2.3 oranındadır (Erol vd, 1998).

Günümüz koşullarında depresyonun etiyojisine tam olarak aydınlatılma sağlanmamasına rağmen, sebepleri üç etkene dayandırılmıştır. Bunlar psikososyal etken, genetik etken ve biyolojik olarak ayrılmıştır. Biyolojik ve genlerle alakalı olan nedenleri daha aydınlatılmadan önce etiyojisi sadece psikolojik yaklaşımlarla

açıklanmıştır (Yemez ve Alptekin, 1998). Yapılan epidemiyolojik araştırmalarda depresyon hastalığına genetik etmenlerin etkisinin %33 olduğu bulunmuştur (Fava and Kendler, 2000). Genetiğin etkili olduğuyla ilgili yapılan araştırmaların sonucu aile, evlatlık ve ikiz olma durumuyla ilgili çalışmalardan elde edilmektedir. Major depresyon gelişiminde farklı kalıtsal faktörlerin etkili olduğu ve hafif geçirilen depresyon durumunun çevresel etkisinin olması etkiliyken, daha ağır geçen depresyon durumunda genetik risk faktörlerinin öneminin daha büyük olduğu söylenmiştir (Lyons etc., 1998). Bu araştırmalardan çıkan sonuçta genetiğin daha etkili olduğu söylenmektedir.

Sosyal nedenlere bakılacak olursa; yapılmış olan çalışmalarda toplumsal etkide iki etkenin önemli olduğu söylenmiştir. Bu iki etmen ise; sosyal ortamın tehdit içeren tehlikeli bir boyutta olması ve o ortamla birlikte kişinin ruhsal durumunun çatışıyor olmasıdır. Depresyonun ortaya çıkmasındaki bir diğer neden ise merkezi sinir sistemindeki fonksiyonlarda oluşan bozulmadır. Ortaya çıkan ruhsal hastalıklar beynin farklı bölümlerinde kendini gösterebilir, bu yüzden canlı organizmaların yapısı ve işlevini bilmek hastalık sürecini tanımak için önemli bir yere sahiptir .

Sonuç olarak, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan araştırmalarda da üzerinde durulan konu depresyon hem sıklığı hem de ortaya çıkardığı zorluklar yüzünden ciddi bir düzeye ulaşılacağı öngörülmüştür (Ustun vd, 2004).

## **2.2. Depresyonun Klinik Özellikleri**

### **2.2.1. Duygulanım**

Depresyonda belirtilen çökkünlük hali duygulanımın en baş belirtisidir. Çökkünlüğün belirtilerinde üzüntü, acı hissi ve hiçbir şeyden keyif almama durumuyla beraber ağlama atakları, tedirginlik hali, öfke patlamaları görülen belirtiler arasındadır. Severe yapılan etkinliklerin artık yapılmak istenmemesi, ani sinirlilik durumları ve çevresinde olan bitenlerden hoşnut olmama hali de oluşabilmektedir (Güleç, 2009). Çoğu hastada anksiyete durumu sabahın erken saatlerinde ortaya çıkarken, gün içerisinde özellikle akşama doğru sabahki anksiyete azalıp kendilerini daha rahat

hissettikleri söylenmektedir (Tan, 2008). Olumsuz duyguların varlığını sürdürdüğü kederlilik hissi bireylerin yaşamdan zevk almasına engel olmaktadır (Doğan ve Çetin, 2008). Hastaların yaşadığı karamsarlık duygusu geleceklere için olumsuz çıkarımlara sebep olur (Montgomery and Asberg, 1979). Bu olumsuz çıkarımları takiben, hasta içinde bulunduğu durum ve olayların değişmeyeceğine, hayatı boyunca bu olumsuz durumların onu bulacağına inanmaya devam eder ve bu sebeplerden dolayı intiharı düşünme durumları ve intihar girişimleri görülür .

### **2.2.2. Konuşma ve İlişki Kurma**

Depresyon tanısı olan hastalar genellikle ses seviyeleri düşük ve yavaş konuşmaktadırlar. Ağır depresyon geçiren hastaların ise hiç konuşmadıkları görülmektedir ve onlarla iletişim kurmak çok zorlu bir süreçtir. Konuşma ile ilgili ortaya çıkan problemler psikomotor işlevlerinde yavaşlama semptomu olarak görülebilir . Psikomotor işlevlerde görülen belirtiler ise; verilen cevabın öncesine göre daha uzun vakitte cevaplanması, ifade edilecek kelimelerde azalmaların görülmesi olarak belirtilebilir ve sözlü iletişim sırasında olumsuz duyguları ifade eden kelimeler kullanılır, olumsuz hisler ise mimiklerle belli edilir (Aktay, 2014).

### **2.2.3. Bilişsel İşlevler**

Depresyon yaşayan bireylerin genellikle bilinçleri açıktır ancak ağır depresyon vakalarında bilinç bulanıklığı görülebilir. Çok karşılaşılmasa da bazı hastalarda işitsel varsanların olduğu gözlenmektedir. Yer, zaman, kişi yönetiminde bir bozulma olmamasına rağmen zamanın hiç geçmediğini veya çok zor geçtiğini belirtirler (Güleç, 2009). Ayrıca depresyonun en çok şikayet edilen durumu kararsızlıktır. Hastaların karar verme süreçlerinde zorluk yaşadıkları belirtilmiştir (Köknel, 2005). Son olarak, depresif vakalarında unutkanlık durumuyla sıklıkla karşılaşılmaktadır ve bu durum o kadar ileri boyutlara ulaşır ki, depresyon yaşayan hastalara ek olarak bunama tanısı da konulabilir (Tan, 2008).



#### **2.2.4. Fizyolojik Belirtiler**

Depresyon tanısı almış olan hastalarda dış görünüm olarak bir değişme olmaksızın hastalar kendilerini dış görünüşünün bozulduğuna, güzelliklerini kaybettiklerini inandırırılar. Bu sebeple kendilerini çirkinleşmiş, kilo almış, vücut hatlarının kötü bir hal aldığı belirtilir ve bu durum erkeklere göre kadınlarda daha fazla görülür. Yeme isteklerinde azalma ve kilo kayıpları depresif duruma bağlı olarak görülmekte, azda olsa aşırı yeme isteğiyle, kilo artışı da görülmektedir. Enerjide azalma ve normalden fazla bir şekilde yorulma durumuyla birlikte cinsel yaklaşımlarda da haz almama durumu mevcuttur. Dünya çapında depresyon durumunun hem kadınlarda hem erkeklerde cinsel işlev bozukluklarına yol açtığı söylenmektedir. Genelde bu durumdan kadınlara göre erkekler daha çok etkilenmektedir. Çünkü erkeklerde libido seviyesi azalır ya da tamamen kaybolur ancak kadınlarda bu durum pek gözlenmediği gibi cinsel faaliyetin devam ettiği söylenmektedir .

Depresyon yaşayan hastalarda uyku problemlerine çok fazla rastlanılmaktadır. Uykuya geçiş süresinde zorluk, uykunun sürekli bölünmesiyle birlikte tekrar uykuya geçişi sağlayamama, sabah güne erken başlama ve gün içerisinde devam eden uyku hali gibi belirtilerle ortaya çıkmaktadır (Hamarta, 2004).

Görülen diğer fiziksel belirtiler ise nefes almada güçlük, yutkunamama hissi, kalpte hissedilen çarpıntı durumu, vücut ısısının yükselmesi belirtileri de depresif belirtilerin sonuçları içerisinde yer almaktadır .

#### **2.2.5. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranışlar**

Depresif bireylerde genellikle yüz çizgilerinde görülebilir derecede oluşan belirginlikler, yüzde üzgün bir ifadenin var olması ve omuzların çökük bir şekilde durması görülmektedir. Hareketlerdeki yavaşlamayla birlikte durgunluk hali vardır ve birileriyle sözlü iletişim kurmak, iş yapmak, yürüyüş yapmak gibi etkinlikler onlar için zorlayıcıdır. Sıkıntılı ve tedirgin görünüşleriyle birlikte kıyafetlerini, ellerini, ciltlerini ovalama hali sıklıkla rastlanılan belirtiler arasındadır .

### **2.2.6. Düşünce İçeriği**

Depresyon yaşayan bireylerde düşünce akımının yavaşladığı ve bu düşüncelerin içeriğinde korku hali, pişmanlıklar, umudunu yitirme ve çaresiz hissetme halinin mevcut olduğu belirtilmiştir . Eskiye nazaran kendine suç yükleme, geleceği hakkında olumlu düşüncelerin azalması durumu ciddi seviyelerde artış göstermiştir ve depresyon hastalarının kendilerine olan saygılarının azaldığı görülmüştür. Bunun sebebi kendilerinin hiçbir işe yaramaz olduğu düşüncesi, kendilerine olan saygıyı kaybetmeleri ve yaşadıkları hayatın anlamını kaybettiklerini söylemeleridir (Öztürk, 2004). Değersizlik hallerini kanıtlamak için önemli olmayan hatalarını bile abartırlar, önceden yaşanmış olan veya şu anda olan olumsuz olaylarla ilgili suçluluk duyguları ortaya çıkar ve bu durumlardan kendilerini sorumlu tutarlar. İntihar girişimleriyle karşılaşılmasının sebepleri de kendilerini sürekli suçlayıp, kendilerini değersiz gördükleri içindir . Depresyon hastalarında hezeyanlar görülebilir. Bunun sebebi ise; depresyonun belirtilerine ve şiddetine bağlı olarak oluşur (Öztürk, 2004).

### **2.3. Depresyonun Nedenleri**

Depresyon hastalığı biyolojik kökenli bir hastalıktır ve beynin işleyişinin bozulmasından kaynaklandığı bilinmektedir. İnsan hayatında kalp hastalığı, mide hastalığı gibi hastalıkların varlığının bilindiği gibi beyni içeren hastalıklarda mevcuttur ve depresyon hastalığı beyin hastalıklarının içerisinde en önemlileri arasındadır. Beyin; insan vücudunda duyguları ve düşünceleri yöneten bir organ olmasından dolayı ve bunun hasarının ortaya çıkmasıyla birlikte duygusal değişimler ve düşünce bozuklukları sıklıkla görülmektedir. Depresyonun biyolojik kökenli olmasının yanında psikolojik kökeni de bulunmaktadır (Tan, 2015).

### 2.3.1. Biyolojik Nedenler

**Kalıtım:** Yapılan araştırmalarda depresyon tanısı almış olan bireylerin genetiğine bakıldığında hastalığa yatkınlığın fazla olduğu ve kalıtımın sebep olduğu görülmektedir. Ancak aile de depresyon tanısı olan veya bu tanıyı alıp geçirmiş olan biri var diye ailede bulunan her bireyin depresyon geçireceği düşünülemez. Sadece depresyonun ortaya çıkma potansiyeli ailede var ise artar .

**Beyin Kimyasındaki Bozulmalar:** Beyinde bulunan nöronların salgıladığı u madde vardır. Depresyon hastalığı da beynin ürettiği u maddenin azalmasıyla ortaya çıkan bir beyin hastalığıdır. Serotonin; halk tarafından da bilindiği üzere mutluluk hormonu salgılayan bir maddedir ve eksikliğinde depresyon hastalığı görülür. Dopamin ve adrenalin salgıları da tıpkı serotonin gibi mutluluk hissini ortaya çıkarır. Bu maddelerin azlığı kişiye depresyona sürüklediği gibi kaygı problemlerine, madde kullanımına ya da yeme bozukluklarının görülmesine de sebep olabilir. Dopaminin fazlalığıyla birlikte de şizofreni hastalığı görülebilir. PET, SPECT, FMR gibi beyin görüntüleme araçları kullanılarak depresyona bakıldığında, beynin n bölgesinin normal düzeyin altında çalıştığı görülmektedir (Tan, 2015).

### 2.3.2. Psikolojik Nedenler

**ğrenilmiş aresizlik:** Depresyon tanısı almış olan hastaların çoğu geçmiş yaşantılarında çaresizliği öğrenmişlerdir. Yaşamları boyunca yaşadıkları olumsuz olaylardan kurtulamayacaklarını düşünmüşlerdir. Bu sebeple depresyon hastaları yaşadıkları küçük bir sorunu bile aşılamayacak bir dağ gibi görmektedirler. Bu düşünceler onları daha çok depresyona itmektedir. Ancak depresyona daha az giren insanların düşüncesi şu yöndedir. Her derdin bir çözümü olduğunu söylemektedirler. Bunların sonucuna bakılacak olursa depresyondaki çoğu kişi öğrenilmiş çaresizliği kendi hayatlarında devam ettirirler (Tan, 2015).

**Üzücü Olaylar:** Araştırmalarda depresyonun beyinsel bir hastalık olmasından bahsedildiği için, bireylerin hayatlarında yaşadıkları stresli ve üzüntülü olaylar beyin

işlevlerini olumsuz etkileyerek depresyon tanısının ortaya çıkmasına yol açar. Tahammül edebilmenin zor olduğu bir acı yaşamak özellikle sevilen birinin kaybı, o duyguyu yaşayan insanları depresyona itmektir (Tan, 2015). Özellikle ebeveynlerin on bir yaşından önce kaybı depresyonun geliştiğini gösteren en önemli yaşam olayıdır. En önemli çevresel olay ise kişinin eşini ve çocuklarını kaybetmesidir. Yaşam olayı veya çevresel olayı yaşamış olan herkes illa depresyon yaşayacak değildir. Bu etkenler depresyon hastalığının başlamasında önemli rol oynayan etkenlerin biyolojik ve ruhsal olduğundan bahsederler (Güleç, 2009).

#### 2.4. Depresyonun Tedavisi

Depresyon; günümüzde iyi bir şekilde tedavisi yapılan bir ruhsal hastalıktır. Depresyon hastalarına uygulanan ilk tedavi ilaç tedavisidir. Sanılanın aksine ilaçların zararları bulunmamaktadır ve ilaç kullanan depresyon hastalarının %70'inde düzelmenin birkaç hafta sonra olduğu gözlenmiştir. Ama her depresyon hastasına ilk olarak ilaç verilmemekte ve psikoterapiye yönlendirilmektedir. Psikoterapilerde, ilaç kadar etkili olmasıyla birlikte, terapi görenlerin %70'i ilaç tedavisi olmadan depresyon hastalığını yenmişlerdir. İlaç ve psikoterapiyle de düzelmeyen depresyon daha agresif yöntemler olan elektroşok gibi terapilerle tedavisi sağlanır ve sonuca bakıldığı zaman depresyon hastalarının %90'ının tedavisinin başarılı olduğu söylenir. Depresyon tedavisi psikoterapiler ve biyolojik tedaviler olarak iki gruba ayrılır (Tan, 2015).

**Psikoterapi:** Tedavi uygulaması olarak psikoterapi uygulandığında çoğu depresyon hastasının ilaçsız bir şekilde bu durumdan kurtulduğu görülmektedir. Olumsuz düşünceler yüzünden etkilenen beyin, psikoterapiyle bu düşüncelerden kurtulur. Genellikle terapi gören hastaların depresyon durumlarının tekrarlanma durumu daha düşüktür (Tan, 2015). Son zamanlarda kullanılan terapi yöntemi ise bilişsel tedavi yöntemidir. Bilişsel tedavi kısa süreli olmasıyla birlikte etkili bir yöntemdir (Köknel, 2005).

**Biyolojik Tedaviler:** Antidepresan ilaçların kullanımıyla, depresyonun tedavisi yapılmaktadır. Depresyon tanılı her 100 hastadan 70-80'i sadece ilaç tedavisi ile

düzeltilmektedir. Bir diğler tedavi yöntemi ise, elektroşok tedavisidir. Bu tedavi depresyonda kullanılan en etkili tedavi yöntemidir. Başka tedaviler ise, manyetik uyandırma tedavisi, ışık tedavisi ve pille beyin uyandırma tedavisidir (Tan, 2015).

## 2.5. Bağımlılık

Günümüzde en önemli sorun haline gelmiş olan bağımlılık; kişinin psikolojik, fiziksel ve çevresel yaşamını olumsuz etkiler ve patolojik bir davranış olarak kabul edilir. Eski zamanlarda bağımlılık kavramı sadece televizyonlarda izlenen, çevreden duyulan bir durumdur, ancak şu zamanda her alanda bağımlılık kavramını ve bağımlı olan kişiler görülmektedir . Bağımlılık kelimesinin anlamı geniş bir kavram olarak bilinmektedir. Ancak genel olarak ruhsal ve fiziksel zararın olmasına rağmen, engellenemez bir isteğin olmasıyla birlikte bir nesneye, bireye ya da bir varlığa istek duyulmasıdır. Bağımlılık terimi kullanıldığında akılda uyanan ilk anlam sentetik ya da bitkisel maddelerin kullanımı olarak akla gelse de, birçok bağımlılık çeşidi vardır. Bunlar; kumar bağımlılığı, yemek yeme bağımlılığı, internet bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı olarak çeşitli gruplara ayrılmaktadır (Uzbyay, 2009).

İlişki türü ve süreci olan bağımlılık, bireyin seçtiği ve kabul ettikleriyle bağlantılı olan ve doğrudan ilişki kurduğu bir karardır. İlişkiyi iki uçlu düşünürsek olursak, bir ucunda kişi varsa karşısında bir nesne, durum veya farklı bir kişi bulunmaktadır. Bu karşılıklı kurulan ilişkilerde sonrada ortaya çıkmaktadır. Bağımlılık, kişilerin hayatında dört farklı gruba ayrılan kayıpları ortaya çıkarır. Kişi kendi kendisini denetleyemez hale gelir, kendi özerkliğini kaybeder, özgüllüğünü ve özgürlüğünü kaybeder. Bu kayıplar kişinin hayatında ortaya çıkmaya başlamışsa, kişi bağımlılık ilişkisini kurmuş olmaktadır .

Ögel'e göre (2001) bağımlılık; bireyin kullandığı maddeyi bırakmak istemesi ancak bırakamaması, madde alımını bıraktığı zaman yoksunluk belirtileriyle karşılaşması ve gittikçe madde alımının dozunu arttırması, zararlarını bilmesine rağmen madde kullanımına devam etmesi ve hayatında geçireceği zamanların çoğunu madde arayarak kaybetmesi diye tanımlamıştır. Vücuda alınan madde merkezi sinir sistemine

etki ederek kişinin ruhsal hayatını, hareketlerini, duygularını, düşüncelerini etkiler ve değişikliğe uğratar. Bu nedenle madde alındığı zaman kısa zamanda ve kolay bir şekilde alışkanlık haline getirir. Alışkanlıkla birlikte kolayca bağımlılık ortaya çıkar (Köknel, 1998). Bağımlılık durumu da psikolojik ve fiziksel bağımlılık olarak iki farklı grupta incelenir.

### **2.5.1. Psikolojik Bağımlılık**

Maddenin alınmasına karşılık tolerans durumu ortaya çıkmaz. Kişi sadece istekli bir şekilde maddeyi arar ve maddeyi aldığı zaman hissettiği etkiyi tekrardan yaşamak ister (Tarhan ve Nurmedov, 2014). Bireyin duygusal hali ve kişiliği ile ilgili olarak ihtiyaçlarını tatmin etme durumu veya o ihtiyacı gidermek amacıyla maddeye düşkünlüğü tanımlanır. Madde alınmadığı zaman psikolojik olarak bazı şikayetler görülmektedir. Bağımlılığın gelişim durumu, maddenin kullanıldığı süreye, bireyin özelliklerine, alınan maddenin saflığına ve cinsine göre değişim göstermektedir. Bu yüzden alınan her maddenin bağımlılık yaratan potansiyeli farklıdır .

Psikolojik bağımlılıkta; madde alındığı zaman yoksunluk belirtilerinin görülmemesi sebebi, madde alımının fiziksel bağımlılık yapmamış olmasından kaynaklanmaktadır. Psikolojik bağımlılıkta görülen özellikler ise; maddenin tekrardan alınması için normalin üzerinde bir istek olması, alınan madde miktarının arttırılmasına ihtiyaç duyulmaması ve maddenin zararlarının genellikle kişinin sınırları içinde yer alması bulunmaktadır (Köknel, 1978).

### **2.5.2. Fiziksel Bağımlılık**

Fiziksel bağımlılığı psikolojik bağımlılıktan ayıran en büyük belirti yoksunluk belirtisinin ciddi düzeyde görülmesidir. Fiziksel bağımlılıkta vücuda alınan maddenin yoksunluk belirtileri kendini gösterir, ilk zamanlarda alınan maddenin dozu artık yetmemeye başlar ve madde dozunun artışı görülür. Beyinde bu sürelerin sonrasında o maddeye uyum gösterir ve beyin görevini normal şeklinde devam ettiremez (Tarhan ve Nurmedov, 2014). Madde alınmadığında ya da alınan doz yeterli olmadığında bazı

yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Mide bulantısı veya kusma, terleme, yeme isteğinin kaybı, uyku isteğinin olmaması ve şiddetli baş ağrısı görülen yoksunluk belirtileridir. Bu belirtiler görülüyorsa fiziksel bağımlılıktan bahsedilemez (Köknel, 1998).

**Yoksunluk:** Madde kullanımının azaltılmasıyla ya da sonlandırılmasıyla ilişkili olarak psikolojik ve bedensel belirtilerin görülmesidir. Görülen yoksunluk belirtilerinin süresi ve şiddeti alınan maddenin cinsine bağlı olarak değişiklik gösterir .

**Tolerans:** Madde kullanımının başlaması ilk zamanlarda düşük dozlarda olur ve sürekli aynı dozda vücuda alınan madde artık kişide rahatlama hissini yaşatmıyorsa, kişi aldığı maddenin dozunu arttırmaya başlar ve bu durum tolerans diye adlandırılır (Ögel, 1997).

**Entoksikasyon:** Madde kullanan bireyde, kullanılan maddeyle birlikte fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasıdır (Güleç vd, 2015).

## 2.6. Madde Bağımlılığı

Madde bağımlılığına ait çok fazla araştırma olması sebebiyle farklı tanımlamalar mevcuttur. Madde bağımlılığı; farklı yollardan elde edilen, duygusal, bilişsel, algılamayı içeren ve diğer beyin işlevlerinde değişikliğe sebep olan her türlü kimyasal madde olarak açıklanmaktadır . Ayrıca madde bağımlılığı patolojik bir beyin hastalığı olarak tanımlanmakta ve alınan maddenin beyin faaliyetlerini etkilemesiyle belirginlik gösteren, özellikle haz alma duygusunu ortaya çıkaran, mutluluğu hissetmek için kullanılan, madde alınmadığı zaman yoksunluk belirtilerinden kaçınmak için madde alma isteğinin daha çok artması ve davranış bozukluklarının görülmesi madde bağımlılığı olarak açıklanmaktadır . Yaşar'a (2012) göre; doğal ve yapay olan maddelerin belli aralıklarla ya da sürekli alınması sonucunda ruhsal ve bedensel olarak ortaya çıkan alışkanlıklara da madde bağımlılığı tanımlaması yapılmaktadır (aktaran Çetin, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü'nün madde bağımlılığı için bahsettiği özellikler ise; madde kullanma isteğine karşı iradenin kaybı ve mantığın devrede olmaması, doz artımının engellenemez derecede olması, madde kullanan kişinin maddeye tam olarak bağımlı

olması ve madde kullanan bireyin kişiliğinin tamamen çökmesi, fiziksel, psikolojik olarak oluşan ve ölüme sebep olan sonuçların bulunmasıdır (Geramian etc., 2012).

Ögel'e (2010) göre; bağımlılık yapan maddeler vücuda giriş yaptığı zaman psikolojik, fiziksel ve davranışları değiştiren etkide olduğu tanımlanmıştır. Kullanılan maddenin bağımlılık yapıcı etkisinin olup olmadığını anlamak için belli semptomların görülmesi gerekmektedir. Bu semptomlar kişiye haz veren, hayaller gösteren, uyarıcı etkiye sahip olmalı ve kullanan kişinin istek ve muhakemesinin ne düzeyde olduğuna bakılmalıdır (EGM ve KOSMDB, 2005).

Yapılan çoğu tanımlamadan çıkarılan sonuçlara göre; kişinin madde bağımlısı olarak adlandırılabilmesi için, madde alınmadığı zamanlarda kişide bedensel ve ruhsal semptomların gözlenmesi gerekmektedir. Ayrıca maddenin yoksunluğunda, kullanan kişinin normal devam eden yaşamına artık o şekilde devam edememesi görülmektedir. Bir süre sonra kullanılan madde bireyde fiziksel ve psikolojik bağımlılık yaratmaktadır. Bu sebeple, günümüzde madde bağımlılığı tüm dünyayı etkisi altına almış ve giderek artan popülasyon sahip tıbbi ve çevresel sorun haline gelmiştir .

### **2.6.1. Madde Bağımlılığının Tarihçesi**

Maddeye olan bağlılık ve sevgi eski zamanlara dayanmaktadır. Bireyler Antikçağdan beri bilinçlerini değiştirmek için çeşitli bitkileri kullanmışlardır (Tarhan ve Nurmedov, 2014).

Bu bitkiler çeşitli dini ayinlerde, hastalıkların geçirilmesinde, işçilerden doktorlara kadar herkesin hayatında bulunmuştur. Tarihte ortaya çıkan ilk madde alkoldür ve insanlar alkolün etkilerinde sinir ve endişeleri ortadan kaldırdığını bulmuş ve alkole önemli bir anlam yüklemişlerdir (Uzbay, 2009). Doğada bulunan esrar ve afyon gibi maddelerde, bilimsel araştırmalar sonucunda tıpta ilaç niteliğinde kullanılırken sentetik hale getirilip kullanılmıştır (Dundee and McIlroy, 1982).



Madde bağımlılığı durumu 1960'lara kadar bir sorun olarak görülmemiştir. Tıp akımına 1960'lı yıllarda afyon, esrar, barbitürat ve alkolün bağımlılık yaptığı girmiştir. 1980 yılından itibaren de maddenin sebeplerine, tedavisine ve önlenmesine yönelik çalışmaların arttığı görülmektedir. Bu çalışmaların artmasının en önemli sebebi ise Amerika Birleşik Devletleri'nin Vietnam Savaşı'ndan sonra dönen 200 binden fazla kişinin opioid bağımlısı olduğu ortaya çıkmış ve bu bağımlılıkla uğraşmış olmalarıdır (Uzday, 2009).

Türkiye ise coğrafi durumu göz önüne alındığında Avrupa ve Asya kıtalarını birleştiren bir coğrafi yeredir. Doğudan batıya doğru madde iletilmesi ve batıdan doğuya doğru madde kaçakçılığında etkilenen bir durumdadır. Bu yüzden Türkiye madde kullanılması sorunuyla karşı karşıya kalan bir ülkedir .

### **2.6.2. Madde Bağımlılığının Epidemiyolojisi**

Madde kullanımının epidemiyolojisi hakkında yapılmış olan çalışmalar, yaygınlığına bakılabilmesi açısından önemli bir gelişmedir. Ancak madde kullanım yaygınlığının araştırılmasında bazı zorluklarla karşılaşmaktadır. Bunun sebepleri, madde kullanılması özgür bir durum olmadığı ve suç olduğu için madde kullanan kişiler gizli kalmak istemektedirler. Gizli kalmak istedikleri için anketlere katılan kişiler sorulan sorulara doğru ve güvenilir cevap vermemektedir. Böyle sebepler göz önünde bulundurularak çalışmalar yapılmaktadır (Ögel, 2005).

2002 yılında, 72 ili içeren ve yüz yüze yapılmış olan tek çalışmada bulunan sonuçlar; hayatı boyunca en az bir kere madde kullandığını belirten kişiler %1.3'ünü içermektedir. Cinsiyet dikkate alındığında, kadınların erkeklere göre madde kullanım oranları daha düşük bulunmuş olup, 15-24 yaş grubunda ise diğer yaşlara göre daha yüksek bir oran bulunmuştur (Işıklı ve Irak, 2002).

UNODC (Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi) 'nin 2014 yılındaki raporuna bakılacak olursa; 2012 yılında dünyada 15-64 yaş aralığı içerisinde en az bir kere yasal olmayan madde kullanan kişi sayısının 243 milyon olduğu belirtilmiştir. Ülkeden

ülkeye değişiklik göstermesi göz önünde bulundurularak erkeklerin madde kullanımı kadınların madde kullanım oranına göre dört kat daha yüksek bulunmuştur .

Madde kullanım yaygınlığı, riskleri ve bağımlılık ile mücadele etmek için Türkiye’de TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) kurulmuştur. Yapılan çalışmalara bakıldığı zaman 2011 yılında en çok kullanılan maddeler esrar, uçucular, uyarıcılar ve eroin olmuştur ve 2011 yılında hayatı boyunca madde kullanım oranı %2,7 olarak sonuçlanmıştır. 2012 yılında madde kullanımından dolayı ölen kişilerin sayısı 162’dir ve 1 yıl içerisinde bu sayı 232’ye yükselmiştir. 2013 yılında madde kullanımından hayatını kaybedenlerin %97’si erkektir. Türkiye’de en çok kullanılan madde türü dünyada da olduğu gibi esrar maddesidir. Sentetik madde kullanımı ise 2011 yılından itibaren hızlı bir artış göstermiştir .

1995 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından 7 farklı ili kapsayan çalışmada hayat boyu alkol dahil olmadan madde kullanım oranı %3,5 olarak bulunmuş olup, Türkiye’nin dünyadaki konumundan dolayı bağımlılık yaratan maddelerin trafiğinde bulunması Türkiye’de madde kullanım riskini arttırmaktadır.

Dünya geneline bakıldığı zamanda da madde kullanım oranı ve riski büyüyerek giden ve gün geçtikçe artan bir sorundur. Birleşik Devletler ‘de yaşayan 18 yaş üstü bireylerini kapsayan bir çalışmada madde kullanım oranı veya tanısı almış olan kişilerin yaygınlıkları %16,7 olarak bulunmuştur. Harvard Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu’nda yapılan araştırmada madde kullanımı %23 iken %30’a doğru bir artış gösterdiği bulunmuş ve hayatı boyunca bir kez deneme oranı %41 iken %47’ye yükseldiği belirlenmiştir. Madde kullanan bireylerin de tek bir maddeye bağlı kalmayıp farklı maddeleri kullandıkları belirtilmiştir . ABD, Rusya, Çin, Britanya ve Fransa’daki damar yoluyla alınan maddeyi kullanan kişiler %45’i kapsamaktadır. DSÖ’nün belirlemiş olduğu 5 coğrafik bölgede madde kullanımının olduğu söylenmektedir ve Türkiye’de Avrupa bölgeleri içerisinde yer almaktadır. Çoğunlukla gelişmiş ülkelerde madde kullanımı ve bağımlılık daha yüksektir (Evren vd, 2012). Ayrıca dünya nüfusuna bakıldığı zaman esrar kullanımının %4, ecstasy kullanımının 6 milyon, eroin kullanımının 16 milyon ve kokain kullanımının 14 milyon olduğu söylenmektedir .

Madde bağımlılığı hakkında yapılan çalışmalara bakıldığı zaman birbirine eş değer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Son yıllarda madde kullanım epidemiyolojisinin arttığı gözlenmiş olup, özellikle ecstasy gibi maddelerin daha yaygın kullanıldığı bulunmuştur. ABD ve Avrupa ülkelerine bakıldığı zaman Türkiye’de madde kullanım oranının daha düşük olduğu gözlenmiş olup, mahkumların ve yaşamını sokakta devam ettiren bireylerin madde kullanımlarının diğer bireylere göre daha yaygın olduğu belirlenmiştir (Ögel, 2005).

### **2.6.3. Madde Bağımlılığının Nedenleri**

Madde kullanımının etiyojisini sadece bir sebebe bağlamak mümkün olmamakla birlikte, birden fazla nedenden söz edilmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalar sonucunda bağımlılık hastalığının oluşmasında birçok nedenden bahsedilebilir. Alkol ve madde kullanım bozukluklarının tıbbi bir durum olarak algılanması için birçok çalışma yapılmıştır. Nedenlerini genel olarak psikolojik, fiziksel ve çevresel olarak ayırmak mümkündür. Madde kullanımı beyinde ödül sistemine etki ettiği için kişiler haz veren duyguları hissetmek istedikleri için madde alımına devam ederler. Sosyal çevrenin madde kullanımına etkisinin büyük rol oynadığı bilinmektedir ve bu özellikle erken yaşlarda başlamanın sebepleri olarak gösterilir. Ayrıca ailede madde kullanımı gibi bir model varsa bu diğer aile bireylerini etkilemektedir ve kullanmaya başlayan kişi ailesinde gördüğünü model alır ve uygular. Aileden model almanın etkisi göz önünde bulundurulurken kalıtımsal durumlarda göz önünde bulundurulur. Birinci derece akrabalarda veya ikiz çocuklarda madde kullanımına yatkınlıktan özellikle bahsedilir (Evren vd, 2012).

1996 yılında Bakırköy Akıl Vakfı tarafından yapılan araştırmada madde kullanan kişilerin madde kullanımına sebep olan etkileri belirlemek amaçlanmıştır. En etkili olan sebep %74,2 oranla arkadaş ortamıdır. Arkasından onu takip eden çevresel etki, ailesel sorunlar, sorunlarla karşılaşıldığında maddeye sığınma durumu, maddenin nasıl olduğunu merak etme, iradenin güçsüz olması olarak bulunmuştur .

Psikolojik, kalımsal ve çevresel nedenler olmakla birlikte madde bağımlılığında koruyucu olan faktörler ve riskli durumları içeren faktörler bulunmaktadır. Koruyucu faktörlerin belirlenmesi için birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalar sonucunda bulunan koruyucu faktörler ise;

- ✓ Aile ilişkilerinin güçlü ve kuvvetli olması
- ✓ Gelir düzeyinin orta veya üst seviyelerde olması
- ✓ Anne-babanın çocuklarıyla ilgili olup, arkadaşları dahil her konuda bilgi sahibi olması
- ✓ Okul hayatında başarının olması
- ✓ Stres ortamının az olması ve sosyal desteğin güçlü olması
- ✓ Olumlu kişilik özellikleri
- ✓ Madde bağımlılığıyla ilgili doğru bilgilendirilmiş olma
- ✓ Sağlıklı sosyal çevrenin bulunması (Zengin ve Altay, 2014; Ögel, 2010; Dilbaz, 2013).

Risk faktörleri ise, kişiyi mental, bedensel, psikolojik ve sosyal olarak tehlike arz

edecek durumların oluşması şeklinde olabilir. Riske sebep olan faktörlere bakılacak olursa;

- ✓ Anne-babanın olumlu olmayan tutumları
- ✓ Aile üyelerinde bağımlı olan ya da psikolojik sorunu olan kişilerin bulunması
- ✓ Anne-baba ve çocuklar arasında bağlanma sorunu ve ilgisizlik olması
- ✓ Okul hayatında saldırgan tavırlar sergileme ya da aşırı utangaç olma durumu
- ✓ Okul başarısının düşüşü
- ✓ Arkadaş çevresinde olumsuz davranışlar sergileyen kişilerin var olması
- ✓ Aile, sosyal çevre gibi alanlarda madde kullanımına olumlu bakılması (Özhan vd, 2010).

Hayatında madde kullanmamış olan kişilerin aklına gelen ilk düşünce bir kere denesem ne olabilir ki düşüncesidir ama hiç kullanmadıkları için maddenin yaratacağı

etki kişileri korkutmaktadır. Fakat merak duygusu ağır bastığı anda bir kullanımdan bir şey olmaz diyerek maddeyi denerler ve maddeyi her kullandıklarında bu sefer son diyerek kendilerini bağımlı olmadıkları durumundan uzaklaştırırlar. Bu sebeple özellikle risk etmenleri madde bağımlılığına yönelmede büyük rol oynar (Ergenç ve Yıldırım, 2007).

### **2.6.3.1. Psikolojik Nedenler**

Madde kullanımına yatkınlığın sebeplerinden olan psikolojik durum, madde kullanmaya yatkınlıkta kişilerin duygudurumlarını değiştirmek için olduğunu belirtmiştir. Madde kullanımını gerçekleştiren bireylerden bazıları duygu olarak yaşadıkları gerginlik halini atmak istedikleri için maddeyi vücutlarına alırlar. Bazıları ise hissettikleri sıkıntı durumundan kurtulmak, uyarılmak ve olumlu hisleri arttırmak için madde kullanımına yeltenirler (Davison etc., 2004). Hissettikleri sıkıntı durumundan kurtulmak istemeleri duygusu madde kullanan bireylerde ön plandadır ve madde kullanma durumuyla sıkıntı hissinden kurtulma duygusu arasında pozitif bir ilişkiden söz edilir. Madde kullanımını yaşamış olup bundan kurtulan bireyler olumsuz bir duygu ya da durumla karşılaştıklarında kendilerini yine madde kullanırken bulurlar. Madde kullanımına sığınma sebepleri o kişilerin acı duygusunu hissetmek istememesi olup en azından yaşadıkları acıya kısa bir süre katlanabilmektedirler. Bu acı duygusundan hemen kurtulmak istedikleri için de vücuda madde alımını gerçekleştirirler. Madde alımı gerçekleştirildiği zaman haz duygusunun ihtiyacı onlar için en önemli duygudur ve bunun sebebi hemen olumsuz duyguya sebep olan şeylerden kurtulup huzura ulaşmak istemeleridir. Madde alımını bırakan bireylerde yoksunluk durumu madde kullanan çok zorlu bir durumdur ve sonrasında yaşanacak acıdan kaçmak için tekrardan madde alımı gerçekleştirirler. Fakat maddeden kurtulmak isteyen birey o acılara dayanabilirse maddeden kurtulması için büyük bir adım olmaktadır. Bu kadar acı duygusundan kaçan bireylerin, karşılaştıkları sorunlarla baş edememe durumu sıklıkla görülmektedir. Ayrıca güven duygusu az olan, engellenmeye tahammül edemeyen, otoritelere karşı gelen, bağımlı bir kişiliğe sahip olan ve parçalanmış bir aile ortamı geçirmiş olan bireylerde madde bağımlılığı durumu diğer bireylere göre daha

fazla görülmektedir (Balcıoğlu ve Abanoz, 1984).

Psikolojik sebepler içerisinde kişilik kavramı önemli bir rol oynamaktadır. Madde kullanan bireylerin ya da maddeye yatkınlığı olabilecek bireylerin kişilik özelliklerine değinilecek olursa; tepkilerinde aşırıya kaçan, sinirli, saldırmaya eğilimli olan kişiler olarak belirtilir. Çünkü bu özelliklere sahip kişiler aynı noktaya dönülecek olduğunda sıkıntı duygusunu yaşamak istemedikleri için maddeye sığınan kişilerdir . Ayrıca benlik saygısında düşüklük, ilişkilerinde ve sosyal yeteneklerinde yetersizlik, aile ve çevresel ortamındaki bozukluklar madde kullanımında yüksek risk faktörleri arasındadır (Ögel vd, 1997). Kişilik bozuklukları kategorisinde olan antisosyal kişilik bozukluğunun alkol ve madde bağımlılığıyla ilişkili olduğuna bulunmuştur (Güleç ve Köroğlu, 1997). Erken yaşta antisosyal davranışlar gösteren, otoriteye karşı gelen ve okul hayatına isteği olmayan kişilerde madde kullanımında yüksek risk faktörleri içerisinde yer almaktadır (Alpay vd, 1998). Sevgiyi ve ödüllendirilmeyi anında isteyen kişiler, her zaman iyi olmak ve sevilmek isterler ve bu onların tek istekleridir. İyi olma halini sürekli istedikleri için maddeye yönelimleri çok çabuk olmaktadır. Bu durumun sebebi genellikle kişiliği tam olarak oturmamış bireylerde ortaya çıkar. Sosyal hayatları konusunda özellikle sorun yaşayan bireyler, var oldukları çevreye ayak uyduramazlar. Ayak uyduramadıkları her süreçte de hüsrana ya da yıkım yaşarlar. Bu duygulardan kaçmak için de yine maddeye sığındıkları görülmüştür. Maddeyi tekrardan kullanma isteğinin en büyük sebebi iyi hissettirdiği halidir. Maddelerin verdiği iyilik hali bağımlılık grubunun içerisinde bulunan psikolojik bağımlılığa zemin hazırlar (Mutlu, 2000). Belirtilen bu kişilik özelliklerinin ve iyi hissetme haline ulaşabilmek için maddeye olan bağımlılık daha da artmaktadır.

Bireyin madde kullanımına başlamasında aile üyelerinin ve aile hayatının büyük bir önemi ve rolü bulunmaktadır. Her kişi sevmek ve sevilmek ister, değeri olduğunu değer verdiği kişilerden görmek ister. Bu sebeple sağlıklı bir bireyin gelişim sağlaması için, bireyin çocukluk döneminde, aile tarafından sevgi ve değer gereksinimlerinin doğurulmuş olması gerekmektedir. Çünkü o çocuk büyüdüğü zaman sevgi ve değer gereksinimlerini kendi başına giderebilmesi gerekmektedir. Aile içerisinde çocuğun ruhsal durumunu olumsuz bir şekilde etkileyecek durumlarla karşılaşılmaktadır. Çocuğa

karşı olması gerekenden fazla bir şekilde koruyucu, verici, disiplinsiz tutumların olması, özellikle ilgisizliğin yüksek boyutlarda olması, aşırı olabilen disiplin ve denetim hali, cezalandırıcı durumların olması, anne-baba tavır ve tutumlarının birbiri arasında farklılık göstermesi, birkaç çocuk varsa her birine farklı tutumlarda davranılması gibi durumlardır. Bu durumlarla yaşayan ve büyüyen çocuklar sağlıklı bir psikolojik gelişim sağlayamazlar ve psikolojik gelişimi sağlıklı olan çocukların madde kullanmaya başlaması çokta imkânsız diye bakılmamalıdır (Öztürk, 1992).

### **2.6.3.2. Kalıtımsal Nedenler**

Ailede madde bağımlılığı olan özellikle alkol bağımlılığı olan kişilerde, ailesinde bağımlı olmayanlara göre alkol ve madde kullanımına yatkınlıkları daha yüksektir. Bağımlı aile ortamında doğmuş olan başka bir aile tarafından evlat olarak edinilse bile o çocukların bağımlı olma durumları ve riskleri bulunmaktadır. Maddelerin genetik yatkınlığının olduğu yapılan laboratuvar çalışmalarıyla ortaya çıkarılmıştır. Alkol ve madde bağımlılığında ikiz olma, evlat edinme ve aile durumları genetik faktörler içerisindedir (Le vd, 2006). Yapılan madde bağımlılığı araştırmalarından çıkan sonuçlarda, tek yumurta ikizi olan kardeşlerin birinde madde kullanımı durumu varsa diğer kardeşte de görülme oranı %78-80'e kadar artış gösterdiği bulunmuştur (Beyazyürek ve Şatır, 2000).

Madde kullanan kişilerin ebeveynlerine bakıldığı zaman, genellikle ebeveynlerinde madde kullandığı ortaya çıkmaktadır. Bu açıklamaya rağmen, madde kullanan anne-babanın çocuğunda da madde kullanımı durumu varsa direk kalıtım sebep olarak gösterilemez. Bunun sebebi çocuğun aile bireylerini model olarak aldığı mı yoksa kalıtımsal sebeplerin etkili olduğu mu durumlarının bilinmemesinden kaynaklıdır. Açıklanan bu sebeplerle birlikte, kalıtımsal bir durumun bulunmaması halinde madde kullanımının kalıtımsal olduğu görüşü ortadan kalkmaktadır (Mutlu, 2000). Kalıtımsal faktörlerin etkili olduğu anlaşılması için, aile ile ilgili araştırmalar, ikiz durumuyla ilgili araştırmalar gibi bazı araştırmaların yapılması gerekmektedir (Ögel, 2013).

Kalıtımsal sebepler içerisinde cinsiyet durumuna bakıldığı zaman; bir yıllık süreç göz önünde bulundurulduğunda maddeye bağımlılığın gelişme riski erkeklerde %1.7 oranında bulunmuşken, kadınlarda bu değer erkeklere göre daha düşüktür ve %0.7 oranındadır. Maddeye olan bağımlılıkta hayat boyu yaygınlık oranı kadınlara göre erkeklerde daha anlamlı bulunmuştur. Yaşa bakıldığı zaman ise 18-29 yaş grubu yaygınlıkta en yüksekte olup, 30'dan 45 yaşa doğru bir düşüş yaşanmaktadır. Erkeklerde madde bağımlılığı oranların fazla bulunmasının sebebi biyolojik etkiler olarak değil, çevresel faktörlerle bağlantılı olduğu düşünülmektedir (Güleç ve Köroğlu, 1997). Sonuç olarak bu araştırmalara bakıldığında kalıtımsal sebepler üzerine araştırmaların artırılması gerektiği gözlenmiştir.

### **2.6.3.3. Çevresel Nedenler**

Madde bağımlılığında çevresel etkilerin büyük bir önem taşıdığı yapılan araştırmalarda bahsedilmiştir. Çevresel etkiler grubunda bulunan özellikle arkadaş çevresi, kendi yaş grubu gibi durumlara bakıldığı zaman maddeyi elde etmek açısından etkili durumlardır . Madde kullanımı durumuna bakıldığında özellikle erken yaşlarda başladığı bilinmektedir, bu duruma çevresel etkilerin neden olduğu düşünülür. Ancak yaşın ilerlemesiyle birlikte bağımlılığın gelişmesini kalıtımsal şartların etkili olduğu vurgulanmaktadır (Evren vd, 2012).

Erişkin gençler ilk zamanlarda maddenin yarattığı etkileri merak ettikleri için madde alımına başvurabilirler. Aynı yaş grubu olan arkadaş çevresinin madde kullanımında bu şekilde etkili olduğu görülmüştür. Gençler ailelerinde gördüğü değerle, kendilerinde oluşan kişilikle birlikte, kendilerine uygun arkadaş grubunu seçerler ve o arkadaş grubunda alkol veya madde kullanımı var ise, kendini bilen bir genç o gruptan kendisi kopabilir. Aile içerisinde yeteri kadar değer görmemiş, ruhsal olarak güçlü olmayan gençler ise alkol ya da madde kullanan arkadaşlarının bir kere dene bir şey olmaz cümlesine inanıp madde kullanımına başlayabilirler (Kasatura, 1998). Genç yaşta bireyleri madde kullanımına yönlendiren başka bir sebep ise, kendilerini kanıtlamak ve kendilerini o şekilde göstermek için madde kullanmalarıdır. Madde



kullanan kişilerin farklı olduğunu ve farklı görüldüğünü düşünerek beğeni ve takdir topladıklarını düşünürler (Mutlu, 2007).

Sosyokültürel sebeplere bakıldığı zaman ise madde kullanımının artmasında toplum tarafından madde kullanımının kabul edilmesi yer almaktadır. Maddeye yeni başlayacak olan bireylere, madde kullanan kişiler tarafından nasıl kullanılacağı gösterilmektedir. Madde kullanmaya başlayacak olan bireyler, madde kullanan kişilere dahil olabilmek ve kabul görebilmek için maddeyi almaya başlarlar. Kabul görebilmenin yanı sıra sosyal ortamda madde bulunuyorsa bunun etkisiyle madde kullanımına başlandığı görülmektedir. Fakat çevrede madde yoksa ve ulaşılması zor ise maddeyi tanımanın madde kullanmaya başlamasına rastlanmamaktadır. Ortamda madde yoksa bağımlılıktan da bahsedilemez. Küçük yerlerden büyük şehirlere göç eden aileler özellikle çocukları kent hayatından kolayca etkilenmektedir. Şehir hayatının görkemi, farklı hayat tarzları onları heyecana sürüklemektedir. Bu hayata dahil olabilmek için uğraşırlar ve aileleriyle bağları kopmaya başlar ve bu süreçteki çocuklar çevredeki bütün yeni ve farklı şeylere meraklı hale gelirler .

Madde kullanan kişiler, maddeyi bulabilmek için madde satıcılarının kuklası haline gelirler ve bağımlı olan kişinin hayatı maddeyi satan örgütlerin altında bulunur. Bu süreçlerin devamında ise madde kullanan kişi hayatını riske atar ve bu risklerle yaşamayı kabullenir. Maddenin tüm olumsuz etkileri bilinmesine rağmen madde kullanma durumu onları maddeden uzaklaştırmamaktadır (Ögel, 2013).

Son olarak gençlerin maddeye yönelmeleri hakkında yapılan çalışmalarda, toplum değerlerini hiçe sayan, saldırgan davranışları olan gençlerin bu davranışlarının altındaki sebebi kaygı olarak açıklamaktadırlar. Madde kullanan erişkin gençler hissettikleri sıkıntı duygusundan ve güvensizliklerinden kaçmak için kendilerine sahte güven hissini sağlayan maddeyi kullanmaya devam ederler . Ortaya çıkmış olan bütün çevresel nedenlerde sosyal çevrenin madde kullanımında büyük ve etkili rolü olduğu saptanmıştır.

## 2.7. Madde Bağımlılığının Tedavisi

Madde bağımlılığı çevresel, kalıtsal, ruhsal, bilişsel ve sosyal olguları içinde barındıran bir durumdur ve bağımlılık kronik bir beyin hastalığı olmakla birlikte kendi içinde iki döneme ayrılır. Bunlar remisyon (düzelme) ve nüks (relaps) dönemleridir. Madde kullanan kişiler yoksunluk zamanlarındaki belirtiler, dozun aşırı kullanılmasıyla ortaya çıkan toksik etkilerin sonucunda nörolojik, ruhsal ya da tıbbın diğer alanlarını içeren tedavilere ihtiyaç duyabilir. Madde bağımlılığının tedavisi ilaçla kesindir demek yeni madde bağımlılarının oluşmasına yol açmaktır. Çünkü sadece ilaçla tedavi durumu gerçekten çok uzaklaşılabilir bir noktadır. Madde bağımlılığında ek tedavi olarak kullanılan ilaçların hiç birisi tedavinin tamamen bitebilmesi için etkili değildir. Madde bağımlılığı tedavisi üç aşamadan oluşmaktadır. Bağımlı olan hasta toplumdan izole edilmesi için bağımlılık tedavisi göreceği bir merkeze yatırılır. Tedavilerde detoksifikasyon dönemi uygulanır ve sonrasında rehabilitasyon dönemine geçiş sağlanır (Uzay, 2009). Ancak bağımlılık tedavisi kişiden kişiye göre değişiklik göstermektedir. Çünkü madde kullanan kişinin kullandığı maddenin ne olduğu, maddeyi ne kadar süredir kullandığı, kişilik özellikleri tedavide büyük önem taşır ve tedavide farklılık bu noktada başlar. Bağımlılık tedavisinin etkili olabilmesi için tedavi için olan süreyi tamamlaması gerekmektedir. Özellikle yapılan araştırmalarda madde bırakıldıktan sonraki ilk 3 ayın çok önemli olduğu vurgulanmış ve madde kullanımına tekrarın en büyük sebebinin tedavinin yeterli süresinin tamamlanmamış olması sonucuna ulaşılmıştır (Tarhan ve Nurmedov, 2014).

Madde bağımlılığının ilaç tedavisi kısa ve uzun süreli olarak iki aşamada incelenmektedir. Entoksikasyon tedavisi kısa süreli tedavi içerisindedir. Entoksikasyon (zehirlenme) tedavisinde ilk amaç bireyin maddeden aldığı ölümcül ve bütün olumsuz etkilerinden kurtulmasına yardımcı olmak ve yoksunluk belirtilerinin tedavisinin sağlanmasıdır. Bu tedavi amacına uygun olarak bireylerin kullandıkları maddelere eşdeğer ilaçların üretilmesiyle birlikte tedavide bu ilaçlar kullanılır. Vücutta madde yüzünden zarar gören organların tedavisi yapılmaya çalışılır. Yoksunluk sorunu tedavide karşılaşılan en önemli sorundur ve bu durum madde alımı kesildiğinde ortaya çıkar ve bağımlı olan kişinin bu durumu en az sıkıntıyla atlattırması için uğraşılır.

Detoksifikasyon dönemi bu noktada uygulanmaya başlar ve bu dönem vücuttaki toksik maddelerin temizlenmesine yardımcı olmak ve yoksunluk durumu ya da belirtilerini azaltmak için uygulanan bir dönemdir . Entoksikasyon veya detoksifikasyon dönemlerinde uygulanan tedavilerde, bağımlı hastanın tedavisinin dışında çeşitli psikolojik belirtilerin oluşumu ve bazı yakınlarla göre bireyi yatıştırıcı ilaçlar eklenir. Bireyin uyku düzeni planlanıp, düzenli bir şekilde devamı sağlanır. Sıvı ve elektrolit dengesi kontrol altına alınır. Yapılan bu kısa tedavilerin sonrasında uzun tedavi dönemine geçilir (Çavuşoğlu, 2009).

Uzun süreli ilaç tedavileri antagonist, yerine koyma ya da kişinin değişen durumuna göre verilen psikotrop ilaçları içermektedir. Bağımlı olan kişilerin bu ilaçlarla tedavi disiplinini bırakmadan devam etmeleri çok zordur ve tedavide kopmalar sık sık görülür. Tedavi gören bağımlı hasta madde kullanımından uzak tutan ilaç tedavisine devamlılık sorunu ve o içinde bulunduğu madde kültüründen kopma sürecinde zorluk yaşayarak nüks ihtimalini artırır. Bağımlılık tedavisi erken yaşta başlatılmalı ki, madde kullanan kişi o disipline bir an önce adapte edilmeli ki, yeni yaşamına adapte edilmesi ne kadar kolay yolla yapılırsa, o kişinin iyileşme süreci olumlu yönde ilerler (Çavuşoğlu, 2009).

İlaç tedavisi yapılırken, bağımlı hastanın tedavisinde rehabilitasyon dönemi de eş değer gitmelidir. Rehabilitasyon döneminde ilk olarak madde kullanan kişinin bunu bırakmak için tedavi olmayı istemesi ya da kabul etmesi gerekmektedir. Maddeyi bırakmak istemeyen kişi zorlanarak madde kullanımını bırakamamaktadır (Çavuşoğlu, 2009). Ancak Tarhan ve Nurmedov'a (2014) göre tedavinin isteğe bağlı olması zorunlu tutulmadığı belirtilmiştir. Çünkü günümüzde madde bağımlısı olup tedaviye gelen kişi sayıları çok azdır. O kişileri tedaviye getiren sebepler genelde eşlerin baskısı, iş hayatının düşüşe gibi hayatlarını olumsuz derecede etkileyen sebeplerdir. Yapılan araştırmalarda hastaneye tedavi olmak için kendi isteğiyle yatan kişilerle, zorla getirilerek tedavisi yapılan kişilerin tedaviye olan motivasyonları arasında fark bulunmadığı söylenmektedir. Rehabilitasyon döneminde ikinci madde ise bireyin maddeyi bırakmak için kendini hazır hissediyor olmasıdır. Bu kararı veren bağımlı bireyler, bütün alışkanlıklarından, sosyal ortamlarından hatta yaşamını sürdürdüğü

ortamdan da vazgeçmek zorundadır ve kişi bu kökten değişimlere hazır değilse tedavi için yapılabilecek pek bir şey bulunmamaktadır. Ayrıca değişime karar verirken ailenin madde kullanan bireye olan olumlu desteği tedavi ilkeleri arasında önemli bir rol oynamaktadır (Çavuşoğlu, 2009). Psikoterapi süreci de tedavinin eş değer gitmesi gereken bölümüdür ve bu süreçte bağımlı bireylere maddenin tüm zararları ve olumsuz etkileri anlatılmalı, bunun eğitimi verilmeli, bireysel ve grup terapileriyle desteklenmesi gerekmektedir. Psikoterapi süreciyle madde kullanan bireyin madde bırakmayla baş edebilmesi desteklenir ve bağımlılığa karşı iç görüşü sağlanır. Psikoterapide kullanılan bilişsel ve davranışçı tedavide amaç; madde kullanan kişinin maddeyi haz duygusuyla bütünleştirdiği düşüncesinden kurtarmak ve zevk, haz duygularını başka alanlardan alabileceği için kişiye o değişimi sağlamaya yardımcı olmaktadır. Ayrıca bağımlı olan kişilerin en büyük sorunu toplum tarafından dışlanmaktır çünkü bağımlı kişilerin madde kullanımları yüzünden hayat tarzları, duygu, düşünce ve davranışlarında değişimler olmuştur. Aileleriyle ayrıca sosyal ilişkilerinde bozulmalar, iş hayatında kayıplar, iş kaybına bağlı olarak ekonomik sorunlar, madde yüzünden suçlu bulunabilecek davranışlar yüzünden topluma tekrarda adapte olmaları zordur. Bu sebeple rehabilitasyon döneminde en önemli hedef madde kullanan bireyleri maddeden uzaklaştırmak ve tekrardan sosyal çevreye adapte etmektir. Bu sebeplere bağlı olarak bağımlı olan bireye iş bulmada yardımcı olmak, sosyal hayatının eski haline dönmesi için destek vermek, aile ve çevresel desteği sağlamak madde kullanımını önlemek için önemli desteklerdir .

Madde bağımlılığı tedavisinin sürekliliği, iyileşme için motivasyona, dürüst olmaya, dışa dönük olmaya ve tedavinin ayaktan devam etmesine dayanmaktadır. Dikkat ve özenle hazırlanmış olan ayaktan tedavi planı en önemli durumdur ve maddesiz bir hayat için bu tedaviye devam şarttır. Çünkü hastanede yatarak tedavi görme süresinin kısa olması maddeye tekrar başlama riskini artırır ve hastanede tedavi sadece madde alımından kurtulmak için bir basamaktır. Hastane tedavisinde bağımlı hasta başarılı olursa tekrar sağlıklı ve düzenli hayatına dönme durumu daha kolay olur .

## 2.8. Damgalanma

Damga sözcüğü yunanca kökenli bir kelimedir ve 'stigma' sözcüğünden Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Eski zamanlarda damga yapılacak olan kişilerin vücutlarına kesik ya da yakıcı izler yapılırdı ve bu izlerin diğer kişiler tarafından görülebilir olması önemliydi. Bu damga işaretlerini taşıyan kişiler diğer kişiler tarafından ahlaksız, kirli, köle, suçlu veya yakınlık kurulmaması gereken kişiler olarak bilinirdi . Damga, davranışların etiketlenmesiyle alakalıdır ve Goffman'a (1963) göre damga iki teoriye dayandırılmıştır. Sosyal kimlik teorisinde toplum kendi üyelerine, bireyleri özelliklerine göre sınıflandırmayı öğretir. Etiketleme teorisinde ise toplumda standart dışında olan davranışların etiketlenip sosyal olarak kabul edilmediklerinden bahsedilmiştir. Link (1987) ise damgalanmayı 'modifiye etiketleme teorisi' olarak açıklamış olup bireylerin davranışlarıyla ilgili olumsuz sosyal inançlardan ortaya çıkan damgalama, aşağılama ve ayrımcılık hissine ve bu hislerde olumsuz sosyal sonuçların ortaya çıkmasına sebep olur. Ortaya çıkan önyargılar yüzünden damgalanan bireyin tehlikeli olduğundan bahsedilir ve bu düşüncelerin ardından o kişileri kabul görmeme, dışlama ve ayrımcılık yapma davranışları ortaya çıkar. Günümüzde ise damga kelimesi, bireyin veya bir grubun utanılacak bir durumun olması veya standart dışı olanların belirtisi olarak açıklanmıştır (Taşkın, 2007).

Akademik literatüre bakıldığı zaman damga teriminin farklı tanımları mevcuttur. Goffman'ın (1963) yayımlanmış olduğu "*Damga: Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar*" kitabında damga kelimesini bireyi belirli bir kültür ya da bağlam içinde değersiz hale getiren olumsuz bir durum olarak tanımlamıştır. Yani damgası olan kişinin günlük ilişkilerinde dışlandığına işaret edildiği olarak bahsedilmiştir. Başka araştırmacılar ise damga terimini ilişkiler üzerine ve bağlamsal nitelikte ele almış olup damgalamanın dinamik doğası üzerinde durmuşlardır (Dovidio vd, 2000). Crocker ve arkadaşları (1998) ise damgalanmış olan bireyin sahip olduğu veya sahip olduğuna inanıldığı özelliklerinin, belli olan sosyal bir bağlam çerçevesinde damgalanmış kişiyi değersiz hale getiren ve bu şekilde sosyal kimlik kazanmasına sebep olan olarak açıklamışlardır. Bütün bu tanımlamalardan yola çıkarak damganın ortak olduğu düşünülen iki nokta ise, bireyi diğer insanlardan farklı tutan ve değersiz hale getiren bir

nitelik olması ve damga durumunun ilişkisel ve bağlamsal duruma bağlı olarak sosyal bir yapı olmasıdır (Major and O'Brien, 2005). Fakat bu tanımlamalardan farklı bir şekilde açıklanan bir tanım daha vardır ve damga durumuna sosyolojik bir açıdan bakarak damga durumunda güç durumunun önemli olduğu ve bu bahsedilmezse damgalamanın yetersiz kalacağından bahsedilmiştir. Bu görüşe göre damga; etiketleme, negatif kalıp yargılar, dışlama, ayırım yapma, yüksek statüye sahip olmama ve özellikle üstün ve baskın olunan bir durumda ortaya çıkmaktadır (Link and Phelan, 2001).

Tarhan'ın (2010) yayımlanmış olduğu "*Toplum Psikolojisi*" kitabında ise sosyal damgalama kavramı, bireyin sosyalliğinin bilinmesi, belli olmuş olan bir kültür yapısına uydurulması ve o kültür normlarına göre belirlenmesi gerektiği olarak bahsedilmiştir. Kişinin biyolojik özellikleri sebebiyle başkaları tarafından ortaya çıkarılan sosyal damgalanmalar veya bireyin fiziksel yapısıyla ilgili önyargıların oluşturmuş olduğu kültürel normlar kümesidir. Örneğin; zenci olan birinin sadece zenci olduğu için etiketlenmesi veya şişman bir kişiyi şişko diye damgalamaktır. Kültürel alt grupları yönetmek, değersiz hale getirmek için de akıl hastası, deli gibi damgalamaların olduğu görülmektedir.

Goffman'a (1963) göre birçok davranış veya özellik sosyal açıdan damgalanabilmektedir ve bu durum üç gruba ayrılmaktadır.

- ✓ Fiziksel bozukluklar
- ✓ Niteliksel kusurlar
- ✓ Toplumsal köken

Bu üç gruba ayrılmış olan damgalanma türleri birbiri üstüne gelebilir ve birbirlerini güçlendirebilirler (Kurzban and Leary, 2001). Kuş Salliard (2010) bu damga türlerinin sınıflandırılmasını tartışmış ve fiziksel bozuklukları, "*bedensel ve fiziksel engeller ve şekil bozuklukları*" olarak, niteliksel kusurları, "*bireysel karakterde kusur olarak algılanan durumlar*" olarak ve toplumsal kökeni ise, "*kabileye ait etnik ve sınıfsal damgalar*" olarak tartışmıştır. Bedensel ve fiziksel engeller ve şekil bozuklukları grubu, fiziksel görünümle alakalı olumlu olmayan anlamlara ve öğrenmeye odaklanırlar ve bu grubun içerisindeki itibarı sarsılmış olan damgalanmış kişilerdir ve bu kişiler değişik

olduklarını bilip bu durumla sosyal açıdan baş etmeye çalışırlar. Bireysel karakterde kusur olarak algılanan durumlar ise kişilik özelliklerine karşı olumsuz anlamları barındırır. Bunlara örneklendirildiği zaman kişinin cinsel yönelimi mesela eşcinsellik durumu, intihara meyilli olması, hapisshanede yatmış olması, psikiyatrik hastalığa sahip olması, iş hayatının olmaması ve bağımlılıkla baş ediyor olması gibi durumları içermektedir. Bunlara sahip kişiler itibarını sarsan bir damgası olduğu bilir ve bu durumları gizlemek için çaba harcayan kişilerdir. Kabileye ait etnik ve sınıfsal damgalar grubunda ise belli bir ırka, dine sahip olan topluluğa karşı olumsuz anlamları içerir. Bu damgalar nesilden nesile geçen ve ailenin tüm bireylerine anlam bulaştıran damgalardır. Damga durumu belli olmuş olan sosyallik içerisinde itibarı sarsan anlamların yüklendiğine işaret etmektedir. Bu üç grubunda damgalarının ortak yönü sosyolojik özelliklerin var olması durumudur.

Goffman (1963) ise kişinin damgalamayla ilişkisini “*Damga taşıyan damgalananlar*”, “*damga taşımayan ‘normaller’*” ve “*Anlayanlar*” olarak üç grupta incelemiştir. Son zamanlara kadar bu üç grup test edilmeden kullanılmış olup başka bir çalışmada üç grubun varlığı kanıtlanmıştır. Sadece “*anlayanlar*” grubu “*aktif anlayan*” ve “*pasif anlayan*” olarak iki gruba bölünmüştür. Aktif anlayan grubu damgalanma durumuna karşı çıkar ve damgalama yapan kişilere eğitim verir; pasif anlayan grubu bu damgalama durumlarını yapmaz .

Damgalanan bireyler başkaları tarafından dışlanır, değerleri düşürülür, kabul görmez ve o kişilerden kaçınılır, ayrımcılık yaşamakla birlikte, hakaret duyarlar ve saldırıya uğrarlar hatta öldürülürlerdi. Damgalanan bireyler ise bu durumlara farklı yollar geliştirmişlerdir. Goffman (1963) damgalanan bireylerin verebileceği durumları tartışmaya almıştır. Damgalanan bireylerin fiziksel bir kusurları varsa bunu ortadan kaldırmak isteyebilirler. Damga durumunu onlara verilmiş bir hediye olarak görebilirler. Damgalandıkları durumları telafi edebilmek için damgalandıkları durumdan başka yere dikkat çekmeye çalışırlar. Başarısız oldukları durumları damgalanma durumlarına bağlarlar. Damgalanmış olmayan bireylerle ilişkilerini devam ettirmeyebilirler. Bu durumların sonucunda anlaşılan damgalanan bireylerin kendilerine kalkan niyetinde koruyucu tavırlar sergilemeleridir.

Damgalanma çeşitlerine değinilecek olursa bu çeşitler dört grupta incelenir.

*Kişisel damgalama, algılanan damgalanma, kendini damgalama ve yapısal damgalamadır.* Kişisel damgalama; bireyin diğer bireylere karşı damgalayıcı tavırlara sahip olmasına yöneliktir. Algılanan damgalanma; bireyin diğer insanlar tarafından kendisine olumsuz ve etiketleyerek bakışları olduğuna inandığına yöneliktir (Griffiths etc., 2004). Kendini damgalama bir diğer deyişle içselleştirilmiş damgalanma; bireyin kendisi için etiketleyici tutumlarından oluşur. Yapısal damgalama ise; devlet veya özel kurumların belli bir topluluğa kasıtlı veya kasıtsız bir şekilde daha az imkanlar sunmasıdır. (Corrigan and Watson, 2002).

**İçselleştirilmiş Damgalanma:** Kişinin toplum içerisindeki negatifleşmiş olan kalıp yargıları kendi üzerine alınıp kabul etmesi ve bu kabul etmeyle birlikte kendisinde oluşan değersizlik ve utanç duygusu gibi olumsuz duyguları hissederek toplumdan kendini izole etmesidir (Corrigan, 1998). Damgalanma algısı bireyin damgalandığını hissetmesi olarak açıklanırken, içselleştirilmiş damgalanma bireyin bizzat kendisini damgaladığı durumdur ve objektif olarak dışlanma veya ayrımcılığa maruz bıraktığı durumdan bağımsız olup sadece psikiyatrik hastalık tanısı almayla ortaya çıkan bir damgalanma türüdür. İçselleştirilmiş damgalanmada en önemli kaynak bireyin kendisi olup, bireyin yakın çevresi ve toplumun damgalama tutumuyla artış görülür (Taşkın, 2007). İçselleştirilmiş damgalanma, psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde toplumda olan damgalanmayla baş etmelerinde zor bir durumdur ve toplumda olan damgalanmanın içselleştirilmesiyle kişi ciddi bir risk altındadır (Link and Phelan, 2001). Psikiyatrik hastalığa sahip olan kişiler bir kere “akıl hastası” diye adlandırıldıklarında, istemeseler de kendilerini adlandırılan bu grubun içerisinde görürler ve bu durum bireyin içselleştirilmesiyle negatif olan kalıp yargı ve düşünceler kendilerini gerçekler olarak ortaya dökülürler ve bireyde utanma duygusu görülür (Ersoy ve Varan, 2007). Son zamanlara bakıldığında içselleştirilmiş damgalanmanın negatif etkileri hakkında daha fazla durulmuştur . Bireyin üzerinde içselleştirilmiş damgalanma mı yoksa toplumsal içerikli damgalanma durumunun mu etkili olduğu tartışılmaktadır ve ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin damgalanmaları üzerine daha kolay çalışıldığı düşünülmektedir (Wright etc., 2000). Damgalama durumu ile ilgili ilk geliştirilen ölçeklerde üzerinde yoğun bir şekilde durulduğu toplum tarafından psikiyatrik hastalıklara karşı tutumların



değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Ancak daha sonra ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin kendilerini damgalama durumları ve içsel yaşantılarını yansıtan ‘Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği– RHİDÖ (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale-ISMI) geliştirilmiştir. (Ritsher ve ark, 2003) İçselleştirilmiş damgalanma konusu hakkında yapılmış olan araştırma sayısı çok azdır (Lysaker etc., 2007; Lysaker etc., 2009).

Damgalamanın sebeplerine bakılacak olursa psikolojik sebepler en başta yer almaktadır. Bireyler, diğer bireylerin kötülüklerini istememelerine rağmen o kişilerin kötü olan durumlarını kendilerini iyi hissettirmesi için kullanırlar. Bu nedenle özgüvenleri az olan bireyler diğer insanları küçük görme, aşağılama eğilimi gösterebilirler. Bu eğilimi göstermelerin sebebi kendi özgüven eksikliklerini saklamak içindir. Ancak özgüvenleri tam olan bireylerin, diğer bireylere daha olumlu yaklaşımları bulunmuştur. Ayrıca ekonomideki değişikliklerin damgalanma üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Link and Phelan, 2001; Aliustaoğlu ve Koçabaşoğlu, 2003).

Günümüz dünyasında iletişim araçlarının hızlı artış göstermesi sebebiyle insanları etiketlemenin gelişimi hızlanmıştır. Damgalanma durumu hasta olan bireyleri sosyal ortamlardan çekilmeye, yaşamlarını sınırlandırmaya ve yardım istememe davranışına itmektedir. Hastayı ciddi bir strese sokan olumsuz yaklaşımlar, hastanın hayat kalitesini ve tedavide geçireceği süreyi olumsuz yönde etkilemektedir. Etiketleme davranışı sadece toplum içerisinde değil, hasta olan kişinin tedavisi yapan doktor ya da hemşireler tarafından da yapılmaktadır (Yanık vd, 2003). Bu durumların etkisiyle hasta olan bireylerin damgalanma ve sosyal çevreden dışlanma korkusuyla birlikte tedavi olmak için başvurularını yaparken çekindikleri belirtilmiştir (Schulze and Angermeyer, 2003).

## 2.9. Sosyal Damgalanma

Rosenthal, sosyal damgalanmanın etkisine dikkat çeken ilk kişidir. “*Pygmalion Etkisi*” kavramını literatüre geçiren ilk kişi olan Rosenthal, bir birey ya da topluluk hakkında olan beklentilerin bireyin kendisini geliştirebilecek yönde olması gerektiğini savunmuştur. Bu olgu bilim, mitoloji ve sanat içerisinde beklenti etkisi olarak adlandırılmıştır. Bu olguların Türk dilinde ifade edilmiş biçimi ise, “aklıma gelen başıma geldi” veya “bir insana 40 gün boyunca deli dersin deli olur” gibi deyimlerle örneklendirilebilir. İnsanlar diğer kişileri, bir grup içerisindeyse o grup ile etiketleyip değişik kalıplaşmış olan yargıları oluştururlar ve bu kalıp yargıların çoğu asılsız olan beklentileri barındırır. Yapılmış olan birçok çalışmada ise diğer insanlara karşı, insanın kendi beklentilerine göre hareket ettiği bulunmuştur.

Damgalamanın bireyler üzerindeki en önemli olumsuz etkisi, bireyin benliğini ve sosyal kimliğini tehdit ediyor olmasıdır. Damgalanma durumunun kişinin benliği üzerinde algıladığı tehditlere, bağlamın yorumlanmasına, bireyin karakterine göre değişim göstereceğinden bahsedilmiştir (Major and O’Brien, 2005). Damgalanmış olan bireyler diğer bireylere kıyasla daha fazla strese maruz kalmaktadırlar ve damgalanmayla ilişkili stresörler günlük yaşamda rutin olarak karşılaşılan akut stres yükleyiciler veya ayrımcılık nedeniyle ortaya çıkan büyük yaşam olayları olabilmektedir. Damga etiketini almış kişiler her alanda kötü hizmete maruz kalıp, tehlikeli görülüp, günlük hayatlarının çoğunda ayrımcılık yaşarlar. Emlak sektöründe, iş hayatında, eğitim ve sağlık hizmetlerinde, hukuksal sistemlerde de daha kötü davranışlarla karşılaşabilirler (Crandall and Eshleman, 2003). Damgalanan bireyler aile hayatında bile ayrımcılık yaşayabilirler ve yapılmış olan bir araştırma da ailelerin kilolu kız çocuklarının eğitimi için harcadıkları paranın normal kilodaki kız çocuklu ailelerden daha az olduğu bulunmuştur (Crandall, 1995). Ortaya çıkan stres faktörleri zaman geçtikçe kronik stres durumuna dönüşerek bireyin hem psikolojik hem fiziksel sağlığını negatif etkilemektedir (Frost, 2011).

Damgalamayı ortaya çıkaran çeşitli davranışsal ve bilişsel yapıları sosyal psikologlar belirlemiş olup bu yapılardan ilki *stereotiplerdir* (Hilton and Von Hippel,

1996; Judd and Park, 1993; Krueger, 1996). Stereotipler dört gruba ayrılmıştır.

- ✓ Ruhsal hastalığı olan kişiler tehlikelidir ve onlardan kaçılmalıdır
- ✓ Ruhsal hastalığı olan kişiler zayıf karakterlerinden doğan yeteneksizlikleri için suçlanmalıdır
- ✓ Ruhsal hastalığı olan kişiler yetersizdirler ve onlar adına karar verecek otorite figürlerine ihtiyaç vardır
- ✓ Ruhsal hastalığı olan kişiler çocuk gibi görülürler ve onlara bakacak ebeveyn figürlerinden yararlanılmalıdır.

Damgalamayı oluşturan yapılardan ikincisi *önyargıdır* ve önyargı negatif kalıplaşmış yargılarla aynı düşüncede olmaktır ve sonrasında önyargı durumu duygusal reaksiyon gösterebilir. Mesela, “psikiyatri hastalığına sahip olan kişilerin hepsi tehlikelidir ve ben hepsinden korkarım” düşüncesi bu durumu örnek olabilir (Hilton and Von Hippel, 1996; Judd and Park, 1993; Krueger, 1996). Damgalamayı oluşturan yapılardan sonuncusu ayrımcılıktır ve bu durum önyargının davranışsal halidir. Mesela, psikiyatrik hastalığı olan kişilerden kaçacağım çünkü onlar beni korkutuyor düşüncesi bu duruma verilen örnekler arasındadır (Crocker vd, 1998).

Günümüzde psikiyatrik hastalıkların sosyal damgalanmasına yönelik davranışlar dört gruba ayrılmıştır. Bu gruplardan birincisi psikiyatrik hastalığa sahip olan kişilere yardım etmemektir. Bunun sebebi ise bireyler, psikiyatrik hastalığı olan kişilerin kendi hayatlarından sorumlu olduklarına inanırlar. İkincisi damgalanan kişilerden kaçınmaktadır. Bu duruma örnek verilecek olursa evini kiraya verecek olan kişinin psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu bilerek o kişiye ev vermeme durumu ya da psikiyatrik hastalığa olan kişilere iş verilmemesidir. Üçüncü grup ise damgalanan kişileri izole etmektir. Bireyler, ruhsal hastalığa sahip bireyleri sosyal çevrelerinden uzaklaştırmak için onları tedavi edilebilecekleri kurumlara göndermek isterler. Dördüncü grup ise zor kullanmaktır ve bireyler psikiyatrik hastalığı olan kişileri kendi yaşamları hakkında doğru karar veremeyeceklerine inandırırılar (Corrigan and Watson, 2002). Şizofreni hastalığının damgalanması ile ilgili olan bir çalışmada, önyargı ve dışlama durumunun hasta olan bireylerin iyileşme dönemlerini olumsuz şekilde etkilediği bulunmuştur.

Damgalanma durumu damgalanmış olan kişilerde ek bir hastalığı ortaya çıkarabilir ve toplumun negatif yorumlamaları, aşağılayıcı biçimde olan ayrımcılık içeren davranışları, gitgide hasta olan bireyin özgüvenini kötü etkilemekte olup, iyileşme sürecini negatif yönde ilerletmektedir (Schulze and Angermeyer, 2003).

Son olarak damgalanma durumunun en çok görüldüğü hastalıklar içerisinde psikiyatrik hastalıklar bulunmaktadır ve bunun sebebi damga durumu psikiyatrik bozuklukların hepsini içerisinde bulundurmaktadır .

## **2.10. Ruhsal Hastalıklarda Damgalanma**

Ruhsal hastalıkların damgalanmasının kökeni tarihin en derinlerinde, insanların güçsüz ve bilgisiz olduğu dönemlerde bulunan, karşılaşılan belirtilerin açıklanamadığı ve insanların korkuyu hissettikleri zamanları kapsar ve bu korku ruhsal hastalığa sahip olan insanların dışlanmasına sebep olmuştur. Toplum içerisinde düşük özsaygıya sahip olanlar, kontrol odaklı olanlar ve anksiyete düzeyleri yüksek olan kişiler diğer kişilere göre daha dışlayıcı bir yapıya sahiptirler. Korkutan durum ile birlikte dışlama durumunun ilk davranışları sergilenir ve sonucunda ayrımcılık durumu ortaya çıkar. Bu sebeplerin sonucunda ruhsal hastalığa sahip olan bireyler hakkında ne zaman ne yapacağı belli olmayan kişiler olarak etiketlenirler (Taşkın, 2007). Psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin bütün kişilik özellikleri ortadan kaldırılıp, yerine “deli” etiketleme yapılır (Bilge ve Çam, 2010).

Ruhsal hastalara yapılan damgalama çalışmalarına son 15 yılda fazlasıyla önem verilmiştir. Bazı çalışmalar sağlık sektöründe çalışanların, bazı çalışmalar toplumun, bazı çalışmalar ise sağlık ve tıp okuyan öğrencilerin damgalama konusuna bakış açıları üzerinde araştırılmıştır. Yapılmış olan bir araştırmada halkın %61'inin, işverenlerin %36'sının, sağlık personellerinin %20 'sinin, aile üyelerinin %19'unun, arkadaş çevresinin %14'ünün ve eş-yakınlarının da %11'inin ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı damgalama yaptıkları belirlenmiştir (Dickerson vd, 2002). Türkiye'de psikiyatrik hastalığa ve hastalara yönelik olan tutum, inanç ve damgalama üzerine yapılmış olan bir derleme çalışmasında, toplumdaki bireylerin psikiyatrik hastalığa sahip olan kişilere

karşı önyargıları olduğunu ve o şekilde yaklaştıklarını ve o bireylere karşı olumsuz tutum ve davranışlar sergiledikleri görülmüştür. Bu sebeple psikiyatrik hastalığı olan bireylerin olumsuz ve içselleştirilmiş bir damgalanma yaşadıkları belirtilmiştir (Çam ve Bilge, 2013). Yapılmış olan bir çalışmada, psikiyatrik hastalıklar ile ilgili olumsuz olay ve yorumlara maruz kalmanın, olumsuz görüşler ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir .

Psikiyatrik hastalıklara yönelik damgalamanın sebepleri bireysel, toplumsal ve politik olabilmektedir. Özellikle psikiyatrik bozukluğu olan kişilere karşı hissedilen korku duygusunun damgalama konusunda en büyük ve etkili faktör olduğu bilinmektedir. Diğer bir etkili ve önemli olan faktör ise psikiyatrik hastalıkların hastalık olarak kabul edilmemesidir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni hal, sosyal sınıf, kültür, dini inançlar, hastalık konusunda bilgi, ruhsal hastalıkla temas, ruhsal hastalık etiketi, psikopatoloji tipi, hastaların özellikleri, kitle iletişim araçları psikiyatrik hastalığa yönelik damgalamayı etkileyen etmenlerdendir (Taşkın, 2007).

Dünyada ve Türkiye’de en çok damgalanan psikiyatrik hastalık şizofreni hastalığıdır (Özmen vd, 2004). Dünya Psikiyatri Birliği’nin şizofreni nedeniyle ortaya çıkan damgalama ve ayrımcılıkla küresel savaş kampanyası için yaptırdığı anket ile birlikte toplumun şizofreni hastalarına yaklaşımı araştırılmıştır. Ankete katılan bireylerin %20’si şizofren olan bir kişiyle arkadaşlığını devam ettiremeyeceğini, %50’si aynı odada kalamayacağını, %75’i şizofren olan biriyle evlilik hayatı kuramayacağını belirtmiştir (Bilge ve Çam, 2010). Alkol ve madde bağımlılığına yönelik damgalamada ön sıralarda yer almaktadır (Crisp vd, 2000). Örnek verilecek olursa, madde kullanan birey eğer maddeyi bırakırsa takdir edilir ancak madde kullanımını bırakmayan kişiler ise lanetlendirilir. Kadınların madde kullanıyor olması daha çok damgalanma sebebi olup, anne ya da hamile olan kadınların daha çok damgalandıkları da bilinmektedir (Ögel, 2004; Bilge vd, 2009). Bipolar bozuklukta damgalamaya maruz kalan bir diğer hastalıktır. Bipolar hastalar, hastalığın kendisi kadar kullandıkları ilaç tedavisinden dolayı da sorun yaşayıp, kendilerini damgalama durumdadırlar. Bu sebepler sonucunda hasta bir süre sonra ilaca olan uyumlulukta sorun yaşamaktadır . Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama grubunda yer alan diğer hastalık ise anksiyete bozukluğudur .

Damgalanan kişilerin toplum tarafından ellerinden alınan temel hakları, iyi bir işe sahip olmak ve rahat ve güvenli bir evde yaşayabilmektir. Araştırmalarda bulunan sonuçlara göre ciddi ve kalıcı psikiyatrik hastalığa sahip olan kişilerin sadece %15 'i çalışmaktadır (Corrigan, 2005). Psikiyatrik hastalığı olan kişilerin çoğu iyi bir işe sahip olmak ve bağımsız bir şekilde ev sahibi olmak için gerekli olan sosyal ve başa çıkma durumlarından eksik olmalarına rağmen, bu bireylerin problemleri damgalanmayla daha da artış göstermektedir (Corrigan, 2001).

Bunlara ek olarak, damga durumu toplum içerisinde özellikle ruhsal hastalıklara sahip olan bireylere karşı çok yoğun bir şekilde yapıldığı araştırılmıştır. Bu yüzden toplumdaki bireylerin ruhsal hastalıklar ve tedavileri hakkında bilgilendirilmesi damga durumunu azaltacağı düşünülmektedir. Bunun için topluma ruhsal hastalıkların eğitimi verilmesi ve damgalama ile mücadelede araştırma programlarının oluşturulması önerilmektedir. Damga konusunda toplum eğitilirken, hastaların da tedavileri yapılırken damga durumuyla baş etmeleri konusunda bilgilendirme sağlanmalıdır (Aliustaoğlu ve Kocabaşoğlu, 2003). Ruhsal bozukluğu olan bireyin, kendisinin fiziksel, sosyal ve kültürel ortamını ele almak, toplumla iç içe sokmak önemlidir ve bu sebeple gündüz gidilen klinikler ve dernekler önemli bir yerdedir .

## **2.11. Depresyon ve Damgalanma**

Toplum içerisinde psikiyatri alanının kendisine ve diğer ruhsal hastalıklara karşı olduğu gibi depresyon hastalığına karşı da toplumda önyargı ve olumsuz davranışlar bulunmaktadır. Dört Avrupa ülkesinin toplumunu içeren depresyon ve tedavisine yönelik tutumların araştırıldığı bir çalışmada, depresyona karşı toplumun yaklaşık üçte birini kapsayan bir damgalama olduğu bulunmuştur. Algılanan ve kişisel damgalanmanın birbiriyle ilişkili olmasına rağmen, algılanan damgalanma oranının kişisel damgalanma oranından hafif yüksek olduğu bulunmuştur. Bulunan oranların dört ülke arasında anlamlı bir biçimde farklı olduğu dikkatlerden kaçmamıştır (Coppens vd, 2013). Yapılan bir diğer çalışmada ise, on üç Avrupa ülkesini kapsayan 1182 bipolar ve major depresif bozukluk tanısı almış hastalarla yapılan e-mail anketi çalışmasında,

hastaların %21'ini kapsayan oranda orta ya da yüksek düzeyde kendini damgalama olduğu, %71.6'sında orta-yüksek düzeyde algılanan ayrımcılık olduğu bulunmuş olup, depresyon tanısı olan hastaların kendini damgalama durumlarının bipolar tanısı almış olan hastalardan daha fazla olduğu bulunmuştur (Brohan vd, 2011).

Depresyon tanısı almış olan kişilerin, yaşadıkları sorunlardan kendilerini sorumlu tutar ve toplumdaki diğer bireyler gibi kalıp yargılarla birlikte kendilerini damgaladıkları görülmüştür (Aroma vd, 2011). Depresyon sebebiyle tedavi alan bireylerin, hiç depresyon geçirmemiş bireylerle karşılaştırması yapıldığı zaman; depresyon geçiren kişilerin depresyonun beyin ile alakalı bir hastalık olduğuna daha fazla inandıkları, bu sebeple daha fazla algılanan damgalanma hissine kapıldıkları ve depresyon şiddeti ile tedavide olmalarının damgalanma durumunda ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu süreçte algılanan damgalanma durumunun gerçek bir gösterge olmadığı, depresyon durumu yaşanırken hissedilen değersizlik ve suçluluk düşünceleri gibi bilişsel çarpıtmalarla ilişkili olabilme sorusu akla gelmektedir. Yapılmış olan bu çalışmada algılanan damgalanma durumunun psikomotor aktivite değişiklikleriyle daha fazla ilişkili olduğu bulunmuş, değersizlik düşüncesiyle de anlamlı bir ilişkisi olmasına rağmen anlamlılık düzeyinin düştüğü saptanmıştır. Bu bulgular sonucunda algılanan damgalanmanın depresyondaki bilişsel çarpıtmalarla alakalı olmadığını, depresyon şiddeti arttıkça daha fazla damgalayıcı olaylar yaşanmasıyla alakalı olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Pyne vd, 2004).

Link ve arkadaşlarına (2001) göre depresyonun var olması bilişsel süreçleri etkilemekte ve ruhsal olarak hasta olan bireylerle ilgili olumsuz kalıp yargılar etkin olmaktadır. Ortaya çıkan bu süreç de damgalanma duygusunda artışa sebep olmaktadır. Depresyonun damgalanma konusundaki etkilerinin anlaşılabilmesi için cüzzam hastalarından bir örneklem grup oluşturulup çalışma yapılmıştır. Cüzzam hastalığı tek başına damgalanma durumuna sebep olmaktadır ancak yapılan bu çalışmada depresyonu olan cüzzam hastalarının damgalanmasına bakılmış olup, diğerlerine göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Depresyonun var olması damgalanma durumunu arttırmasının yanı sıra, depresyonun şiddeti de damgalanma algısıyla ilişkilendirilmektedir. Depresyon şiddeti ne kadar artarsa damgalanma durumu da o orantıda artış gösterir. Başka bir çalışmada ise depresyon tanısı almış olan hastalar ve

somatizasyon bozukluğu tanısı almış olan hastalar karşılaştırılmıştır. Yakınmalarını somatize eden hastalarda depresyon hastalarına göre daha az damgalanma duygusu bulunmuştur. Çalışmanın yapılmış olduğu kültürde, depresyon semptomlarının daha fazla damgalandığı ve fiziksel semptomları olan bireylere ise diğer bireylerin daha anlayışlı ve hoşgörülü yaklaşımları olduğu bilinmektedir. Bu kültürde yaşamlarını devam ettiren bireyler, ruhsal semptomlar yerine somatik semptomlar göstermişlerdir ve böylece bu hastalar daha az damgalanma duygusu yaşamaktadır (Taşkın, 2007). Depresyon yaşayan erkeklerde kişisel damgalamanın daha fazla olduğu, profesyonel yardım aramaya ilgili olumsuz tutumları olduğu, yaşlı bireylerde damgalamanın daha fazla ancak profesyonel bir yardım verdikleri değer daha az olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça damgalanma düzeyinin azaldığı, profesyonel yardım almak için olumlu tutumların artış gösterdiği bulunmuştur (Coppens vd, 2013).

## **2.12. Madde Bağımlılığı ve Damgalanma**

Diğer ruhsal hastalıklarda görüldüğü gibi alkol ve madde bağımlılığı durumlarında da benzer kalıp yargılar ve damgalamalar görülmektedir. Alkol ve madde bağımlılığıyla ilgili etiketlemelerin çoğu ahlaki açıdan değer düşük olması, kişilikte zayıflık, kişilik bozukluğu, suça eğilim gibi negatif yargılar şeklindedir. Bu damgalamayla karşılaşan kişi birçok sorunla karşılaşmaktadır. İş bulamama durumu, toplumdaki statüsünün kaybı, toplum bireyleri tarafından reddedilme, toplum içerisinde dışlanma, benlikte yaralanma, kimlik algısından lekeli tabiri gibi birçok damgalanma durumuyla karşılaşmaktadır. Damgalamanın negatif sonuçları çok fazladır ve ortaya çıkan sonuçların çoğu yıkıcı niteliktedir (Arıkan vd, 2004). Madde bağımlılığı ve kullanımının etiketlenmesini, ruhsal bozuklukların etiketlenmesinden ayırt etmek çok zordur . Bazı araştırmacılar, alkol ve madde kullanımının psikolojik hastalıklar grubunda yer almasının direk damgalamanın kendisi olduğunu ortaya koymuştur . Toplumdaki bireylerin alkol ve madde kullanan ve bağımlı olan kişileri şizofrenler kadar tehlikeli buldukları sonucu ortaya çıkmıştır. Bu konuyla ilgili bilgisi olan bireylerinde aynı tutumu sergiledikleri, yaşlar arasında etiketleme konusunda farklılık görülmediği saptanmıştır (Crisp, 2001). Damgalamanın en kötü durumu, madde kullanımının bir hastalık olduğu tamamıyla reddediliyor olmasıdır. Daha da ötesi, bunu



bireyin kendi isteğiyle yaptığı bir hata olarak görmekte, kişilik zayıflığından, zayıf iradeye bağlı olduğu düşünülmektedir. Negatif bir şekilde yargılar devam ettikçe bağımlı olan kişiler hastalıklarını kabul etmeyerek tedaviye uyumlu olmayıp, toplum içerisinde de zorluklar çıkarmaktadır. Yalnızca bağımlı olan hastalar değil, bağımlı hastaların aileleri de bu etiketlemelere maruz kalıp, bağımlılık durumu mümkün olduğu sürece inkâr edilip saklanmaktadır. Damgalanmayla ilgili korkular sebebiyle hiçbir birey alkol veya madde bağımlılığı tanısını almak istemez (Arıkan, 2004). Alkol ya da madde bağımlılığında damgalanmanın son bulması için bağımlılık durumunun biyopsikososyal bir model olarak ele alınması gerektiği, bağımlılık hakkında yapılan ve yapılacak olan araştırmaların desteklenmesi, bağımlılığın tıbbi ve psikososyal tedavi sürecine dikkat çekmek gibi durumlar bağımlılık konusunda farkındalık yaratmak için adımlardır. Bağımlı olan kişinin üzerindeki damgalanma durumu tedavi ve tedavinin değerlendirme sürecinden o kişiyi uzak tutar. Çünkü damgalama durumu bağımlı olan bireyin sosyal çevrede dışlanması, madde kullanımına devam etmesi, işsizlik durumu ve evlilik sorunlarıyla karşı karşıya kalmasına sebep olur. Bağımlılık tedavi alan birey bu süreçte utanç ve suçluluk düşüncelerini kendisinde barındırıp, bu düşüncelerin hepsi de bağımlı olan bireylerde olumsuz damgalamaya sebep olabilir .

Madde bağımlılığı olan kişilerin damgalanmasına bakıldığı zaman ise; yasal olmayan maddelerin kullanımı, kullanan kişilerin daha fazla damgalanmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Bunun sebebi ise yasal olmayan maddeyi kullanmak yasalara karşı geldiği ve suç işlemekle aynı kategoride olduğu düşünüldüğü içindir. Sosyoekonomik düzeyleri düşük olan bireylerin, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bireylere göre daha fazla damgalandıkları bulunmuştur. Madde kullanan gençlerin ve yaşlıların daha fazla damgalandıkları bulunmuştur. En çokta erkeklere göre kadınların daha sık damgalandıkları bulunmuş olup, özellikle anne veya hamile kadınların daha çok etiketlendiği söylenmektedir. Bunların sebebi ise, kadınlar toplum içerisinde ahlaki değerleri koruyan bir nesne olarak görülmekte olup, bir kadının madde kullanması ahlaki değerlerin bozulacağı durumuna inanılır. Ayrıca aile yapısının temsili kadın olup, kadının madde kullanıyor olması aile değerlerinin bozulacağını düşündürmektedir. Gebe olan kadınların ya da çocuğu olan kadınların madde kullanımı, çocuğa zararı olacağı düşünüldüğü için diğer bireyler tarafından negatif düşüncenin oluşmasına

sebebiyet vermektedir (Ögel, 2004).

Sonuç olarak damgalanma durumu, hastalarda sosyal çevreden uzaklaşma, özsaygı düşüş, kendilik değerinde düşüklük, dışlanmışlık durumu ve hissiyatı gibi birçok negatif etki ortaya çıkarmaktadır. Bu sebeple toplumun bireyleri tarafından yapılan etiketleme ve etiketlenen hastaların bu durumu içselleştirilmesinin önlenmesi gerekmektedir. Bu durumların sebebiyle toplum içerisinde kalıplaşmış olan yargıların ortadan kaldırılması için bağımlılık konusunda bilinçlendirmelerin yapılmasının yararlı olduğu düşünülmüştür (Türkmen vd, 2015).



## BÖLÜM III

### YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma yatarak tedavi gören depresyon ve madde bağımlılığı tanısı almış olan hastaların sosyal damgalanmaları açısından incelenmesi amacıyla tasarlanmış olup, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Yapılan araştırmanın evrenini, NP İstanbul Beyin Hastanesi'nde yatarak tedavi gören depresyon tanısı almış hastalar ve yatarak tedavi gören madde bağımlılığı tanısı almış hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, NP İstanbul Beyin Hastanesi'nde yatarak tedavi gören depresyon tanısı almış olan rastgele seçilmiş 35 kişi oluştururken, NP İstanbul Beyin Hastanesi'nde yatarak tedavi gören madde bağımlılığı tanısı almış olan rastgele seçilmiş 50 kişi olmak üzere toplam 85 kişi oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil edilen bireyler kurum içerisinde eşit cinsiyet dağılımına sahip değildirler. Depresyon tanısı almış 35 katılımcının 21'si kadın, 14'ü erkek; madde bağımlılığı tanısı almış 50 katılımcının 2'si kadın, 48'i erkektir. Araştırmaya dahil edilen bütün katılımcılar rastgele seçilerek özellikle gönüllülük esasına dayanarak seçilmiştir. Katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilerek çalışmanın içeriği bahsedilmiş ve katılımcıların onayı alınmıştır.

##### 3.2.1. Örneklemin Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri

Örnekleme depresyon grubunu oluşturan bireylerin dahil olma kriterleri;

- ✓ Depresyon tanısı almış olmak
- ✓ Yatarak tedavisine devam ediliyor olması
- ✓ 18 yaş üzeri olmak
- ✓ Okuma-yazma bilmek

Örnekleme madde bağımlılığı grubunu oluşturan bireylerin dahil olma kriterleri;

- ✓ Madde bağımlılığı tanısı almış olmak
- ✓ Yatarak tedavisine devam ediliyor olması
- ✓ 18 yaş üzeri olmak
- ✓ Okuma-yazma bilmek

Örneklemin her iki grubunu oluşturan bireylerin dışlama kriterleri;

- ✓ Klinik görüşmeyi ve ölçek doldurmayı engelleyecek klinik tanısı olan hasta
- ✓ Klinik görüşme için mental ya da fiziksel kısıtlılığının olması

### **3.2.2. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler**

Araştırmanın bağımlı değişkenini, sosyal damgalanma ölçek puanı oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımsız değişkenini ise, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kimlerle yaşadığı, gelir durumu, hastanede yatış sayısı, kullandığı madde ve süresi oluşturmaktadır. Ayrıca depresyona bağlı olan depresyon ölçek puanı ve madde bağımlılığı olan bağımlılık ölçeği de bağımsız değişkenlere dahildir.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada kullanılan ölçekler;

- ✓ Kişisel Bilgi Formu
- ✓ Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ),
- ✓ Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve son olarak
- ✓ DAST-10 Madde Kötüye Kullanım Tarama Testi olmak üzere 3 ölçekten oluşmaktadır.

### **3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (EK. 2.)**

Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, araştırmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, kimlerle beraber yaşandığı, eğitim düzeyi, gelir, madde kullanım öyküsü ve hastaneye yatış sayısı ve sebebi, gibi kişisel bilgilerini öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. 11 sorudan oluşmaktadır ancak depresyon hastalarında madde kullanımını içeren 2 soru ölçek doldurulurken dahil edilmemiştir.

### **3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK. 3.)**

Araştırmaya katılan bireylerde ölçeğin yapıldığı gün ve 1 hafta öncesini içeren depresyon şiddetlerinin ölçülmesi amacıyla BDÖ kullanılmıştır. Beck ve arkadaşlarının (1961) geliştirmiş olduğu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının Hisli (1988) tarafından yapıldığı bu ölçek toplamda 21 maddeden oluşan, bireylerin vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarını da içine alarak, yetişkin yaş grubunda bulunan bireylerin depresyon şiddetlerinin değişimini ve düzeylerini ölçen ve bireylerin kendilerini değerlendirebilmesine sebep olan bir ölçektir. Her soru 4'lü likert tipten ve kişinin kendini değerlendirebildiği cümlelerden oluşmaktadır. Test 0-3 puan arasında hesaplanmakta ve toplam puan 0-63 arasında değişim göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı 17 puan olup; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi kişisel bilgilerden puan ortalaması etkilenmemektedir .

### **3.3.3. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) (EK. 4.)**

Araştırmaya katılan bireylerin içselleştirilmiş damgalanmalarını ölçen bu ölçek, Ritsher ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır. RHİDÖ'ü, 29 maddeden oluşmakta ve 5 alt ölçeği içermektedir. 5 alt ölçeğin içerikleri ise; 1. Yabancılaşma (6 madde), 2. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde), 3. Algılanan Ayrımcılık (5 madde), 4. Sosyal Geri Çekilme (6 madde), 5. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde) oluşmaktadır. RHİDÖ'ü 4'lü likert tip şeklinde olup, "kesinlikle aynı

fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde puanlanmaktadır. 5 alt ölçekten sadece “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 29 ile 116 puan arasında değişmektedir. RHİDÖ’nde yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Tüm ölçek için elde edilen iç tutarlılık katsayısı ise .93 olarak bulunurken, ölçeğin iki-yarım güvenilirliği .89 olarak belirlenmiştir (Ersoy ve Varan, 2007).

### **3.3.4. Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi (DAST-10) (EK.5.)**

Araştırmada kullanılan bu ölçek; madde kullanımı sorunu olan bireylerin madde kullanımını tarama amaçlı geliştirilen bir ölçektir. DAST-10 ölçeği toplam 10 maddeden oluşmaktadır ve ölçeği yapan bireylerin cevapları evet/hayır tipindedir. DAST-10 ölçeğinin güvenilirliği DUDİT (Madde Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi) ölçeği ile ilişkine bakılarak ortaya çıkmıştır. Bu ilişkinin sonucunda yüksek konverjan geçerlik ( $r=0.76$ ) göstermesi ve Cronbach alfa değeri 0.92 olmasıyla madde kötüye kullanımı tarama ölçeği olduğu bulunmuştur. Bu bulguların sonucunda, DAST-10 ölçeğinin madde kullanımı olan Türk hastalarda tek boyutlu yapıda ölçüm yapan bir ölçek olduğu desteklenmektedir (Evren, vd., 2013).

### **3.4. Araştırmanın İstatistiksel Analizi**

Araştırmada kullanılan veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21. Versiyon programında girilmiştir. Kişi, yüzde dağılımları için frekans tablosu, araştırmada kullanılan ölçekler ve toplam puanları için ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük değerler betimleyici istatistik tablo, araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik ve geçerlik tablosu, ölçek alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi için Spearman Korelasyon Analizi, iki kategorili değişkenlerin toplam puanları arasındaki farklılığın analizi için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategorili değişkenlerin toplam puanları arasındaki farklılığın analizi için Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

### 3.5. Araştırmanın İşlem Yolu

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi amacıyla NP İstanbul Beyin Hastanesi'nin gerekli bölümlerinden izin alınmış olup, madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin bulunduğu katlardan ve depresyon tedavisi gören bireylerin bulunduğu katlardan rastgele ve gönüllü kişiler seçilmiştir. Öncelikle bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki bilgiler hakkında yeterli açıklama yapıp katılacak bireylerin onayları alınmış, sonrasında araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Hastalık şiddetleri ölçülmek amacıyla depresyon hastalarına BECK depresyon ölçeği, madde bağımlılığı hastalarına DAST-10 Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi ölçeği uygulanmıştır. Her iki grubunda ortak ölçeği olan ve damgalanma durumlarına bakılması için RHİDÖ uygulanmıştır.

## BÖLÜM IV

### BULGULAR

**Tablo 1. Demografik Değişkenlerin Sayı ve Yüzde Dağılımı**

Değişkenler		Bağımlı Grup		Depresif Grup	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Erkek	48	96,0	14	40,0
	Kadın	2	4,0	21	60,0
Yaş	24 yaş ve altı	14	28,0	9	25,7
	25-34 yaş arası	27	54,0	11	31,4
	35 yaş ve üstü	9	18,0	15	42,9
Medeni durum	Evli	16	32,0	14	40,0
	Bekar/ ayrı	34	68,0	21	60,0
Gelir durumu	2500 TL ve altı	38	76,0	19	54,3
	2501 TL ve üstü	12	24,0	16	45,7
Eğitim durumu	İlköğretim	11	22,0	4	11,4
	Lise	21	42,0	8	22,9
	Üniversite ve üstü	18	36,0	23	65,7
Kiminle yaşıyor	Aile	28	56,0	13	37,1
	Eş	16	32,0	14	40,0
	Yalnız	6	12,0	8	22,9
Hastaneye yatış sayısı	1-5 kez	46	92,0	31	88,6
	6 ve üstü	4	8,0	4	11,4
İlk kez yatarak tedavi görme	Evet	26	52,0	19	54,3
	Hayır	24	48,0	16	45,7
<b>Toplam</b>		50	100,0	35	100,0

Yapılan çalışmada madde bağımlısı 48 erkek (%96,0), 2 kadın (%4,0) ve depresyon tanılı 14 erkek (%40,0) ve 21 kadın (%60,0) olma üzere 85 kişi bulunmaktadır. Bağımlı grup için 24 yaş ve altı 14 kişi (%28,0), 25-34 yaş arasında 27



kişi (%54,0), 35 yaş ve üstü 9 kişi(%18,0) bulunmakta; depresif grup için 24 yaş ve altı 9 kişi (%25,7), 25-34 yaş arası 11 kişi (%31,4) ve 35 yaş ve üzeri 15 kişi (%42,9) bulunmaktadır. 50 madde bağımlısının 16'sı (%32,0) evli ve 34'ü (%68,0) bekar/ayrık iken 35 depresif katılımcının 14'ü (%40,0) evli ve 21'i (%60,0) bekar/ayrıkıdır.

Gelir durumu için madde bağımlısı grup için 38 kişi (%76,0) 2500 TL ve altı, 12 kişi (%24,0) 2501 TL ve üstü; depresif grup için 19 kişi (%54,3) 2500 TL ve altı ve 16 kişi (%45,7) 2501 TL ve üstü gelire sahiptir. Bağımlı gruptan 11 kişi (%22,0) ilköğretim, 21 kişi (%42,0) lise ve 18 kişi (%36,0) üniversite ve üstü eğitim seviyesinde; depresif grup için 4 kişi (%11,4) ilköğretim, 8 kişi (%22,9) lise ve 23 kişi (%65,7) üniversite ve üstü eğitim seviyesindedir. Madde bağımlısı grupta 28 kişi (%56,0) ailesi ile, 16 kişi (%32,0) eşi ile, 6 kişi (%12,0) yalnız yaşamakta; depresyon tanılı grup için 13 kişi (%37,1) ailesi ile, 14 kişi (%40,0) eşi ile ve 8 kişi (%22,9) yalnız yaşamaktadır.

Bağımlı grup için 46 kişi (%92,0) 1-5 kez ve 4 kişi (%8,0) 6 ve üzeri hastaneye yatmıştır. Depresif grup için 31 kişi (%88,6) 1-5 kez ve 4 kişi (%11,4) 6 ve üzeri hastaneye yatmıştır. Madde bağımlıları içinde 26 kişi (%52,0) ilk kez yatarak tedavi görmekte ve 24 kişi (%48,0) ilk kez yatarak tedavi görmemektedir. Depresyon tanılı grup için 19 kişi (%54,3) ilk kez yatarak tedavi görürken 16 kişi (%45,7) ilk kez yatarak tedavi görmemektedir.

**Tablo 2. Araştırma Ölçekleri İçin Güvenirlik ve Geçerlik Katsayıları**

Toplam puanlar	Alpha	Guttman Split-Half
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	0,86	0,80
Beck Depresyon Ölçeği	0,89	0,88
Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi	0,62	0,74

Elde edilen Cronbach Alpha ve Guttman Split-Half katsayıları araştırmada kullanılan ölçeklerin bilimsel olarak yeterli güvenirlilik ve geçerlik düzeylerine sahip olduğunu göstermektedir.

**Tablo 3. Araştırma Bağımlı Değişkenleri için Betimleyici İstatistiksel Tablo**

Toplam puanlar	Min.	Max.	$\bar{x}$	ss
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	41	104	68,78	13,14
Yabancılaşma	5	20	12,15	3,53
Kalıp Yargıların Onaylanması	7	28	15,56	4,15
Algılanan Ayrımcılık	5	20	11,80	3,46
Sosyal Geri Çekilme	9	24	15,13	3,22
Damgalanmaya Karşı Direnç	5	17	11,47	2,69
Beck Depresyon Ölçeği	1	48	22,89	12,36
Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi	1	10	6,38	1,94

Betimleyici analiz sonucunda Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği 41-104 puan aralığında ( $\bar{x}=68,78\pm 13,14$  puan), Yabancılaşma alt boyutu 5-20 puan aralığında ( $\bar{x}=12,15\pm 3,53$  puan), Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu 7-28 puan aralığında ( $\bar{x}=15,56\pm 4,15$  puan) bulunmuştur. Algılanan Ayrımcılık alt boyutu 5-20 puan aralığında ( $\bar{x}=11,80\pm 3,46$  puan), Sosyal Geri Çekilme alt boyutu 9-24 puan aralığında ( $\bar{x}=15,13\pm 3,22$  puan) ve Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutu 5-17 puan aralığında ( $\bar{x}=11,47\pm 2,69$  puan) bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeği 1-48 puan aralığında ( $\bar{x}=22,89\pm 12,36$ ) ve Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi 1-10 puan aralığında ( $\bar{x}=6,38\pm 1,94$ ) bulunmuştur.

**Tablo 4. Ölçekler ve Alt Boyutları Arası Korelasyon Analizi**

Toplam puanlar	Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç
Beck Depresyon Ölçeği	0,697**	0,640**	0,598**	0,544**	0,608**	0,334*
Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi	0,369**	0,315*	0,371**	0,287*	0,247	-0,080

\* = p<0,05; \*\* = p<0,01

Beck Depresyon Ölçeği ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği arasında  $r=0,697$  değerinde anlamlı, pozitif ve güçlü bir ilişki bulunmuştur. Bu değere göre kişinin Beck Depresyon Ölçeği puanı arttıkça Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği puanı da artacak ya da kişinin Beck Depresyon Ölçeği puanı azaldıkça Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği puanı da azalacaktır.

Beck Depresyon Ölçeği ile Yabancılaşma alt boyutu arasında  $r=0,640$  değerinde anlamlı, pozitif ve orta şiddette bir ilişki bulunmuştur. Bu değere göre kişinin Beck Depresyon Ölçeği puanı arttıkça Yabancılaşma alt boyutu puanı da artacak ya da kişinin Beck Depresyon Ölçeği puanı azaldıkça Yabancılaşma alt boyutu puanı da azalacaktır.

Beck Depresyon Ölçeği ile Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu arasında  $r=0,598$  değerinde anlamlı, pozitif ve orta şiddette bir ilişki bulunmuştur. Bu değere göre kişinin Beck Depresyon Ölçeği puanı arttıkça Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu puanı da artacak ya da kişinin Beck Depresyon Ölçeği puanı azaldıkça Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu puanı da azalacaktır.

Beck Depresyon Ölçeği ile Algılanan Ayrımcılık alt boyutu arasında  $r=0,544$  değerinde anlamlı, pozitif ve orta şiddette bir ilişki bulunmuştur. Bu değere göre kişinin Beck Depresyon Ölçeği puanı arttıkça Algılanan Ayrımcılık alt boyutu puanı da artacak

ya da kişinin Beck Depresyon Ölçeği puanı azaldıkça Algılanan Ayrımcılık alt boyutu puanı da azalacaktır.

Beck Depresyon Ölçeği ile Sosyal Geri Çekilme alt boyutu arasında  $r=0,608$  değerinde anlamlı, pozitif ve orta şiddette bir ilişki bulunmuştur. Bu değere göre kişinin Beck Depresyon Ölçeği puanı arttıkça Sosyal Geri Çekilme alt boyutu puanı da artacak ya da kişinin Beck Depresyon Ölçeği puanı azaldıkça Sosyal Geri Çekilme alt boyutu puanı da azalacaktır.

Beck Depresyon Ölçeği ile Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutu arasında  $r=0,334$  değerinde anlamlı, pozitif ve zayıf şiddette bir ilişki bulunmuştur. Bu değere göre kişinin Beck Depresyon Ölçeği puanı arttıkça Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutu puanı da artacak ya da kişinin Beck Depresyon Ölçeği puanı azaldıkça Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutu puanı da azalacaktır.

Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği arasında  $r=0,369$  değerinde anlamlı, pozitif ve orta şiddette bir ilişki bulunmuştur. Bu değere göre kişinin Madde Bağımlılığı Tarama Testi puanı arttıkça Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği puanı da artacak ya da kişinin Madde Bağımlılığı Tarama Testi puanı azaldıkça Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği puanı da azalacaktır.

Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi ile Yabancılaşma alt boyutu arasında  $r=0,315$  değerinde anlamlı, pozitif ve zayıf şiddette bir ilişki bulunmuştur. Bu değere göre kişinin Madde Bağımlılığı Tarama Testi puanı arttıkça Yabancılaşma alt boyutu puanı da artacak ya da kişinin Madde Bağımlılığı Tarama Testi puanı azaldıkça Yabancılaşma alt boyutu puanı da azalacaktır.

Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi ile Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu arasında  $r=0,371$  değerinde anlamlı, pozitif ve orta şiddette bir ilişki bulunmuştur. Bu değere göre kişinin Madde Bağımlılığı Tarama Testi puanı arttıkça Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu puanı da artacak ya da kişinin Madde Bağımlılığı Tarama Testi puanı azaldıkça Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu puanı da azalacaktır.

Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi ile Algılanan Ayrımcılık alt boyutu arasında  $r=0,287$  değerinde anlamlı, pozitif ve zayıf şiddette bir ilişki bulunmuştur. Bu değere göre kişinin Madde Bağımlılığı Tarama Testi puanı arttıkça Algılanan Ayrımcılık alt boyutu puanı da artacak ya da kişinin Madde Bağımlılığı Tarama Testi puanı azaldıkça Algılanan Ayrımcılık alt boyutu puanı da azalacaktır.

Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi ile Sosyal Geri Çekilme alt boyutu arasında  $r=0,247$  değerinde pozitif ve zayıf şiddette bir ilişki bulunmuştur. Bu değere göre kişinin Madde Bağımlılığı Tarama Testi puanı arttıkça Sosyal Geri Çekilme alt boyutu puanı da artacak ya da kişinin Madde Bağımlılığı Tarama Testi puanı azaldıkça Sosyal Geri Çekilme alt boyutu puanı da azalacaktır.



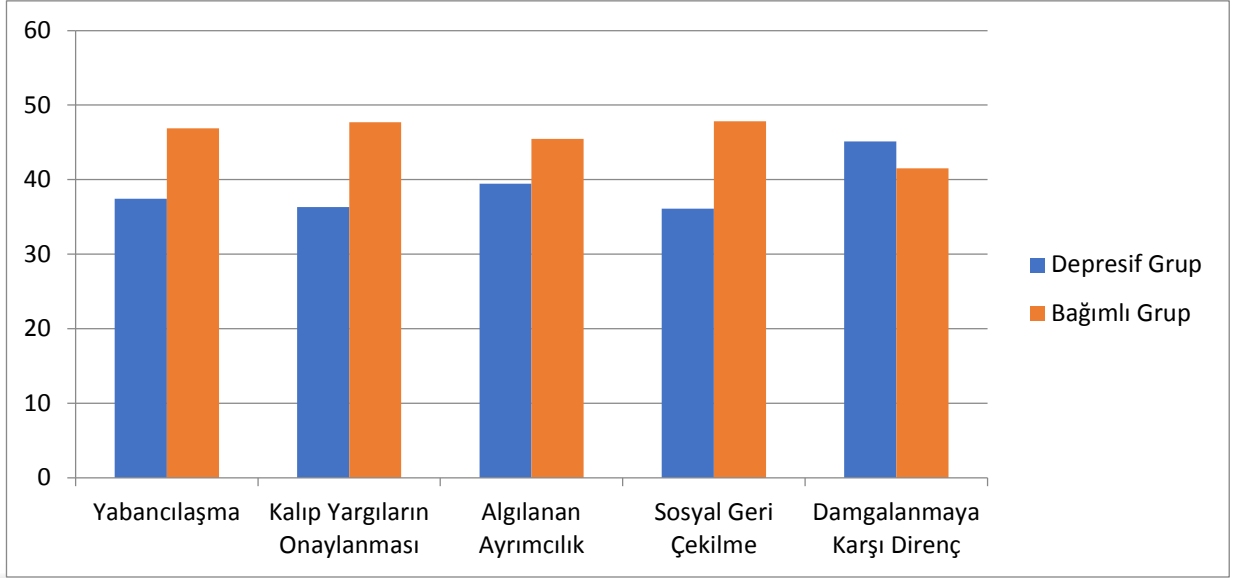
**Tablo 5. Araştırma Gruplarının Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi**

Toplam puan	Gruplar	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamları	U	p
<b>Yabancılaşma</b>	Bağımlı grup	50	46,90	2345,00	680,00	0,080
	Depresif grup	35	37,43	1310,00		
<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	Bağımlı grup	50	47,69	2384,50	640,50	0,035*
	Depresif grup	35	36,30	1270,50		
<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	Bağımlı grup	50	45,48	2274,00	751,00	0,264
	Depresif grup	35	39,46	1381,00		
<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	Bağımlı grup	50	47,84	2382,00	633,00	0,030*
	Depresif grup	35	36,09	1263,00		
<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	Bağımlı grup	50	41,52	2076,00	801,00	0,504
	Depresif grup	35	45,11	1579,00		

\* = p<0,05

Yapılan analiz sonucunda madde bağımlısı grup ile depresif grubun Kalıp Yargıların Onaylanması boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: U= 640,50; p<0,05. Madde bağımlısı olanların Kalıp Yargıların Onaylanması boyutu sıra ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Madde bağımlısı grup ile depresif grubun Sosyal Geri Çekilme boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: U= 633,00; p<0,05. Madde bağımlısı olanların Sosyal Geri Çekilme boyutu sıra ortalaması daha yüksek bulunmuştur.



**Grafik 1. Araştırma Grupları İçin Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Grafik 1’de araştırma gruplarının yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç boyutları için sıra ortalamaları gösterilmektedir.

**Tablo 6. Katılımcıların Depresyon Düzeyine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi**

Toplam puan	Gruplar	n	Sıra Ortalaması	$\chi^2$	p
Yabancılaşma	Hafif depresif	14	10,61	13,432	0,001**
	Orta depresif	8	19,88		
	Şiddetli depresif	13	24,81		
Kalıp Yargıların Onaylanması	Hafif depresif	14	11,21	11,913	0,003**
	Orta depresif	8	19,00		
	Şiddetli depresif	13	24,69		
Algılanan Ayrımcılık	Hafif depresif	14	11,50	10,282	0,006**
	Orta depresif	8	19,88		
	Şiddetli depresif	13	23,85		
Sosyal Geri Çekilme	Hafif depresif	14	10,75	12,694	0,002**
	Orta depresif	8	20,13		
	Şiddetli depresif	13	24,50		
Damgalanmaya Karşı Direnç	Hafif depresif	14	15,50	1,778	0,411
	Orta depresif	8	18,00		
	Şiddetli depresif	13	20,69		

\*\* = p<0,01

Kişilerin depresyon düzeylerine göre Yabancılaşma boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır:  $\chi^2(2)= 13,432$ ; p<0,05. Hafif depresif bireylerin Yabancılaşma boyutu sıra ortalama en düşükken şiddetli depresyon tanılı bireylerin Yabancılaşma boyutu sıra ortalaması en yüksek bulunmuştur. Ayrıca depresyon şiddeti yükseldikçe Yabancılaşma boyutu sıra ortalaması da yükselmektedir.

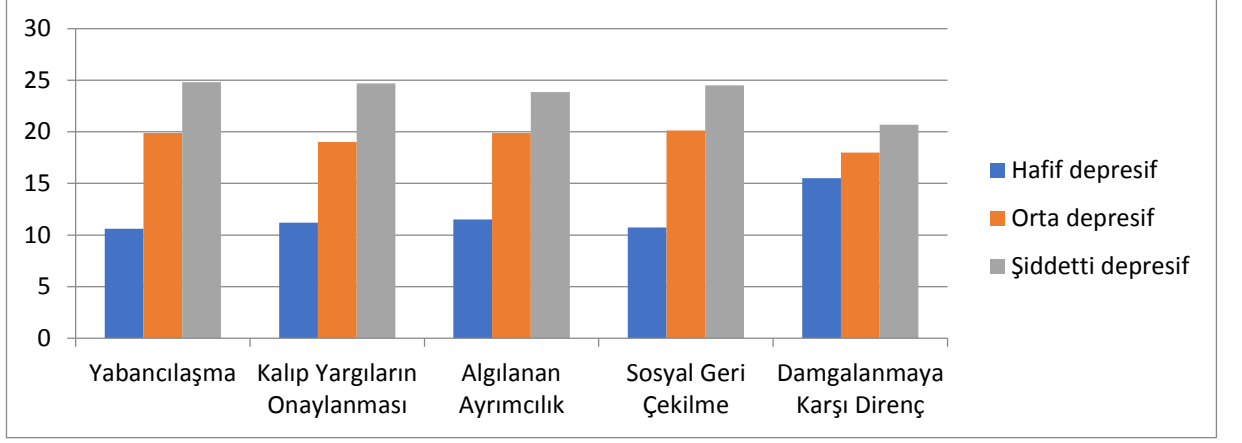
Kişilerin depresyon düzeylerine göre Kalıp Yargıların Onaylanması boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır:  $\chi^2(2)= 11,913$ ; p<0,05. Hafif depresif bireylerin Kalıp Yargıların Onaylanması boyutu sıra ortalama en düşükken şiddetli depresyon tanılı bireylerin Kalıp Yargıların Onaylanması boyutu sıra ortalaması en yüksek bulunmuştur. Ayrıca depresyon şiddeti yükseldikçe Kalıp Yargıların Onaylanması boyutu sıra ortalaması da yükselmektedir.



Kişilerin depresyon düzeylerine göre Algılanan Ayrımcılık boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır:  $\chi^2(2)= 10,282$ ;  $p<0,05$ . Hafif depresif bireylerin Algılanan Ayrımcılık boyutu sıra ortalama en düşükken şiddetli depresyon tanılı bireylerin Algılanan Ayrımcılık boyutu sıra ortalaması en yüksek bulunmuştur. Ayrıca depresyon şiddeti yükseldikçe Algılanan Ayrımcılık boyutu sıra ortalaması da yükselmektedir.

Kişilerin depresyon düzeylerine göre Sosyal Geri Çekilme boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır:  $\chi^2(2)= 12,694$ ;  $p<0,05$ . Hafif depresif bireylerin Sosyal Geri Çekilme boyutu sıra ortalama en düşükken şiddetli depresyon tanılı bireylerin Sosyal Geri Çekilme boyutu sıra ortalaması en yüksek bulunmuştur. Ayrıca depresyon şiddeti yükseldikçe Sosyal Geri Çekilme boyutu sıra ortalaması da yükselmektedir.

Kişilerin depresyon düzeylerine göre Damgalanmaya Karşı Direnç boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur:  $\chi^2(2)= 1,778$ ;  $p>0,05$ .



**Grafik 2. Depresyon Düzeylerine Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması**

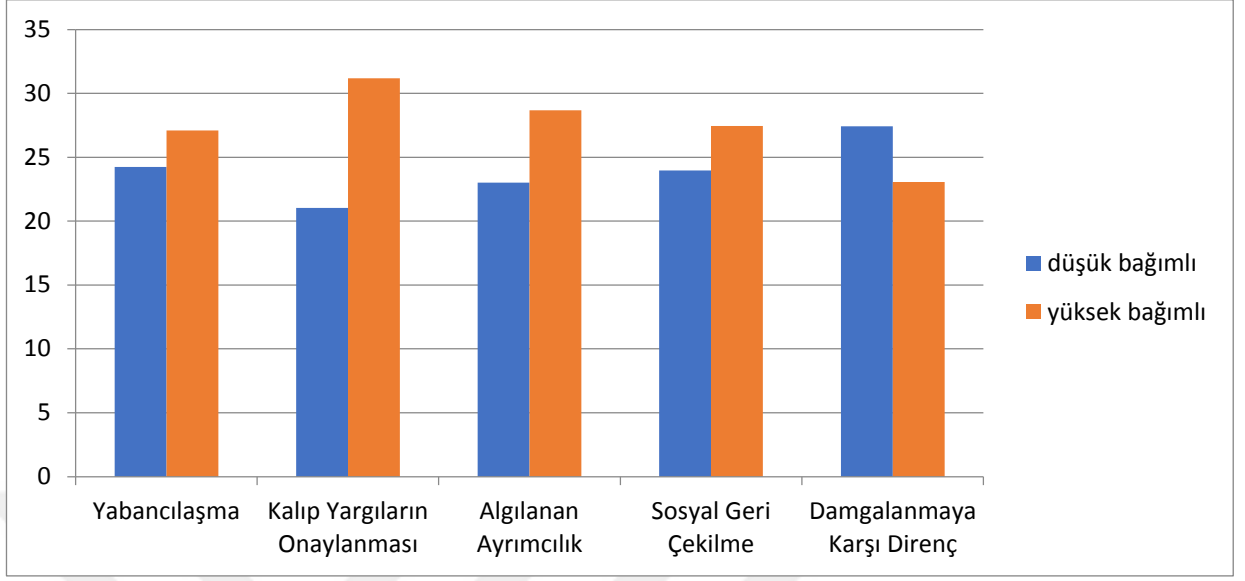
Grafik 2’de katılımcıların hafif-orta-şiddetli depresyon düzeylerine göre yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç boyutları için sıra ortalamaları gösterilmektedir.

**Tablo 7. Katılımcıların Bağımlılık Düzeyine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi**

Toplam puan	Bağımlı Grup	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamları	U	p
<b>Yabancılaşma</b>	Düşük bağımlı	28	24,25	679,00	273,00	0,491
	Yüksek bağımlı	22	27,09	596,00		
<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	Düşük bağımlı	28	21,04	589,00	183,00	0,014*
	Yüksek bağımlı	22	31,18	686,00		
<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	Düşük bağımlı	28	23,00	644,00	238,00	0,167
	Yüksek bağımlı	22	28,68	631,00		
<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	Düşük bağımlı	28	23,96	671,00	265,00	0,397
	Yüksek bağımlı	22	27,45	604,00		
<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	Düşük bağımlı	28	27,41	767,50	254,50	0,291
	Yüksek bağımlı	22	23,07	507,50		

\* = p<0,05

Kişilerin bağımlılık düzeylerine göre Kalıp Yargıların Onaylanması boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: U= 183,00; p<0,05. Düşük bağımlı bireylerin Kalıp Yargıların Onaylanması boyutu sıra ortalama en düşükken yüksek bağımlı bireylerin Kalıp Yargıların Onaylanması boyutu sıra ortalaması en yüksek bulunmuştur. Ayrıca bağımlılık şiddeti yükseldikçe Kalıp Yargıların Onaylanması boyutu sıra ortalaması da yükselmektedir.



**Grafik 3. Bağımlılık Düzeylerine Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Grafik 3'te katılımcıların düşük-yüksek bağımlılık düzeylerine göre yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç boyutları için sıra ortalamaları gösterilmektedir.

**Tablo 8. Cinsiyete Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi**

	Toplam puan	Cinsiyet	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamları	U	p	
Bağımlı Grup	Yabancılaşma	Erkek	48	26,07	1251,50	20,50	0,198	
		Kadın	2	11,75	23,50			
	Kalıp Yarguların Onaylanması	Erkek	48	26,07	1251,50	20,50	0,198	
		Kadın	2	11,75	23,50			
	Algılanan Ayrımcılık	Erkek	48	25,71	1234,00	38,00	0,653	
		Kadın	2	20,50	41,00			
	Sosyal Geri Çekilme	Erkek	48	25,68	1232,50	39,50	0,686	
		Kadın	2	21,25	42,50			
	Damgalanmaya Karşı Direnç	Erkek	48	25,82	1239,50	32,50	0,472	
		Kadın	2	17,75	35,50			
	Depresif Grup	Yabancılaşma	Erkek	14	22,61	316,50	82,50	0,028*
			Kadın	21	14,93	313,50		
Kalıp Yarguların Onaylanması		Erkek	14	22,43	314,00	85,00	0,037*	
		Kadın	21	15,05	316,00			
Algılanan Ayrımcılık		Erkek	14	21,32	298,50	100,50	0,118	
		Kadın	21	15,79	331,50			
Sosyal Geri Çekilme		Erkek	14	20,57	288,00	111,00	0,235	
		Kadın	21	16,29	342,00			
Damgalanmaya Karşı Direnç		Erkek	14	17,04	238,50	133,50	0,654	
		Kadın	21	18,64	391,50			

\* = p<0,05

Bağımlı grup için cinsiyet değişkenine göre katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Depresif grup için kadın ve erkeklerin Yabancılaşma boyutu sıra ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır:  $U= 82,50$ ;  $p<0,05$ . Depresif erkeklerin Yabancılaşma boyutu sıra ortalaması kadınlardan yüksektir.

Depresif grup için kadın ve erkeklerin Kalıp Yarguların Onaylanması boyutu sıra ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır:  $U= 85,00$ ;  $p<0,05$ . Depresif erkeklerin Kalıp Yarguların Onaylanması boyutu sıra ortalaması kadınlardan yüksektir.

**Tablo 9. Medeni Duruma Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi**

	Toplam puan	Medeni Durum	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamları	U	p
Bağımlı Grup	Yabancılaşma	Evli	16	23,69	379,00	243,0	0,544
		Bekar/ ayrı	34	26,35	896,00	0	
	Kalp Yarguların Onaylanması	Evli	16	23,09	369,50	233,5	0,420
		Bekar/ ayrı	34	26,63	905,50	0	
	Algılanan Ayrımcılık	Evli	16	25,22	403,50	267,5	0,925
		Bekar/ ayrı	34	25,63	871,50	0	
	Sosyal Geri Çekilme	Evli	16	21,41	342,50	206,5	0,169
		Bekar/ ayrı	34	27,43	932,50	0	
	Damgalanmaya Karşı Direnç	Evli	16	20,78	332,50	196,5	0,113
		Bekar/ ayrı	34	27,72	942,50	0	
Depresif Grup	Yabancılaşma	Evli	14	15,54	217,50	112,5	0,249
		Bekar/ ayrı	21	19,64	412,50	0	
	Kalp Yarguların Onaylanması	Evli	14	17,50	245,00	140,0	0,829
		Bekar/ ayrı	21	18,33	385,00	0	
	Algılanan Ayrımcılık	Evli	14	16,21	227,00	122,0	0,414
		Bekar/ ayrı	21	19,19	403,00	0	
	Sosyal Geri Çekilme	Evli	14	17,82	249,50	144,5	0,934
		Bekar/ ayrı	21	18,12	380,50	0	
	Damgalanmaya Karşı Direnç	Evli	14	19,64	275,00	124,0	0,454
		Bekar/ ayrı	21	16,90	355,00	0	

Bağımlı grup için medeni durum değişkenine göre katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Depresif grup için medeni durum değişkenine göre katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 10. Gelir Durumuna Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi**

	Toplam puan	Gelir Durumu	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamları	U	p
<b>Bağımlı Grup</b>	<b>Yabancılaşma</b>	2500 TL ve altı	38	24,93	947,50	206,5	0,623
		2501 TL ve üstü	12	27,29	327,50	0	
	<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	2500 TL ve altı	38	23,92	909,00	168,0	0,170
		2501 TL ve üstü	12	30,50	366,00	0	
	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	2500 TL ve altı	38	24,46	929,50	188,5	0,365
		2501 TL ve üstü	12	28,79	345,50	0	
	<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	2500 TL ve altı	38	24,76	941,00	200,0	0,521
		2501 TL ve üstü	12	27,83	334,00	0	
	<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	2500 TL ve altı	38	26,54	1008,50	188,5	0,365
		2501 TL ve üstü	12	22,21	266,50	0	
<b>Depresif Grup</b>	<b>Yabancılaşma</b>	2500 TL ve altı	19	15,68	298,00	108,0	0,151
		2501 TL ve üstü	16	20,75	332,00	0	
	<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	2500 TL ve altı	19	16,71	317,50	127,5	0,422
		2501 TL ve üstü	16	19,53	312,50	0	
	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	2500 TL ve altı	19	16,82	319,50	129,5	0,461
		2501 TL ve üstü	16	19,41	310,50	0	
	<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	2500 TL ve altı	19	16,97	322,50	132,5	0,523
		2501 TL ve üstü	16	19,22	307,50	0	
	<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	2500 TL ve altı	19	18,32	348,00	146,0	0,857
		2501 TL ve üstü	16	17,63	282,00	0	

Bağımlı grup için maddi durum değişkenine göre katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Depresif grup için maddi durum değişkenine göre katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 11. Hastaneye Yatış Sayısına Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi**

	Toplam puan	Yatış Sayısı	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamları	U	p
<b>Bağımlı Grup</b>	<b>Yabancılaşma</b>	1-5	46	25,46	1171,00	90,00	0,959
		6 ve üstü	4	26,00	104,00		
	<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	1-5	46	25,42	1169,50	88,50	0,904
		6 ve üstü	4	26,38	105,50		
	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	1-5	46	25,73	1183,50	81,50	0,717
		6 ve üstü	4	22,88	91,50		
	<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	1-5	46	26,11	1201,00	64,00	0,339
		6 ve üstü	4	18,50	74,00		
	<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	1-5	46	25,63	1179,00	86,00	0,850
		6 ve üstü	4	24,00	96,00		
<b>Depresif Grup</b>	<b>Yabancılaşma</b>	1-5	31	17,34	537,50	41,50	0,301
		6 ve üstü	4	23,13	92,50		
	<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	1-5	31	17,58	545,00	49,00	0,531
		6 ve üstü	4	21,25	85,00		
	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	1-5	31	16,97	526,00	30,00	0,104
		6 ve üstü	4	26,00	104,00		
	<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	1-5	31	18,06	560,00	60,00	0,940
		6 ve üstü	4	17,50	70,00		
	<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	1-5	31	17,95	556,50	60,50	0,940
		6 ve üstü	4	18,38	73,50		

Bağımlı grup için hastaneye yatış sayısı değişkenine göre katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Depresif grup için hastaneye yatış sayısı değişkenine göre katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Tablo 12. Hastanede İlk Kez Tedavi Görme Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi**

	Toplam puan	İlk Kez Tedavi Görme	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamları	U	p
<b>Bağımlı Grup</b>	<b>Yabancılaşma</b>	Evet	26	26,10	678,50	296,5	0,762
		Hayır	24	24,85	596,50	0	
	<b>Kalp Yargılarının Onaylanması</b>	Evet	26	25,52	663,50	311,5	0,992
		Hayır	24	25,48	611,50	0	
	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	Evet	26	25,10	652,50	301,5	0,837
		Hayır	24	25,94	622,50	0	
	<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	Evet	26	26,88	699,00	276,0	0,481
		Hayır	24	24,00	576,00	0	
	<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	Evet	26	22,94	596,50	245,5	0,192
		Hayır	24	28,27	678,50	0	
<b>Depresif Grup</b>	<b>Yabancılaşma</b>	Evet	19	17,34	329,50	139,5	0,683
		Hayır	16	18,78	300,50	0	
	<b>Kalp Yargılarının Onaylanması</b>	Evet	19	17,45	331,50	141,5	0,731
		Hayır	16	18,66	298,50	0	
	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	Evet	19	16,45	312,50	122,5	0,333
		Hayır	16	19,84	317,50	0	
	<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	Evet	19	17,76	337,50	147,5	0,883
		Hayır	16	18,28	292,50	0	
	<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	Evet	19	17,89	340,00	150,0	0,961
		Hayır	16	18,13	290,00	0	

Bağımlı grup için hastanede ilk kez tedavi görme değişkenine göre katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Depresif grup için hastanede ilk kez tedavi görme değişkenine göre katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 13. Yaşa Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi**

	Toplam puan	Yaş Grupları	n	Sıra Ortalaması	$\chi^2$	p
<b>Bağımlı Grup</b>	<b>Yabancılaşma</b>	24 yaş ve altı	14	24,75	1,202	0,548
		25-34 yaş arası	27	24,30		
		35 yaş ve üstü	9	30,28		
	<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	24 yaş ve altı	14	22,39	2,031	0,362
		25-34 yaş arası	27	25,22		
		35 yaş ve üstü	9	31,17		
	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	24 yaş ve altı	14	28,61	2,304	0,316
		25-34 yaş arası	27	22,65		
		35 yaş ve üstü	9	29,22		
	<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	24 yaş ve altı	14	24,25	0,493	0,782
		25-34 yaş arası	27	25,17		
		35 yaş ve üstü	9	28,44		
<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	24 yaş ve altı	14	29,00	1,320	0,517	
	25-34 yaş arası	27	24,72			
	35 yaş ve üstü	9	22,39			
<b>Depresif Grup</b>	<b>Yabancılaşma</b>	24 yaş ve altı	9	13,50	2,708	0,258
		25-34 yaş arası	11	18,18		
		35 yaş ve üstü	15	20,57		
	<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	24 yaş ve altı	9	13,33	3,233	0,199
		25-34 yaş arası	11	17,68		
		35 yaş ve üstü	15	21,03		
	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	24 yaş ve altı	9	13,72	2,598	0,273
		25-34 yaş arası	11	17,91		
		35 yaş ve üstü	15	20,63		
	<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	24 yaş ve altı	9	12,11	4,977	0,083
		25-34 yaş arası	11	17,77		
		35 yaş ve üstü	15	21,70		
	<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	24 yaş ve altı	9	15,61	2,417	0,299
		25-34 yaş arası	11	15,77		
		35 yaş ve üstü	15	21,07		

Bağımlı grup için yaş değişkenine göre katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Depresif grup için yaş değişkenine göre katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Tablo 14. Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi**

	Toplam puan	Eğitim Durumu	n	Sıra Ortalaması	$\chi^2$	p
<b>Bağımlı Grup</b>	<b>Yabancılaşma</b>	İlköğretim	11	22,59	1,112	0,573
		Lise	21	27,90		
		Üniversite ve üstü	18	24,47		
	<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	İlköğretim	11	31,59	3,168	0,205
		Lise	21	25,55		
		Üniversite ve üstü	18	21,72		
	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	İlköğretim	11	30,68	2,641	0,267
		Lise	21	25,98		
		Üniversite ve üstü	18	21,78		
	<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	İlköğretim	11	24,18	0,233	0,890
		Lise	21	25,14		
		Üniversite ve üstü	18	26,72		
<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	İlköğretim	11	25,82	1,623	0,444	
	Lise	21	22,69			
	Üniversite ve üstü	18	28,58			
<b>Depresif Grup</b>	<b>Yabancılaşma</b>	İlköğretim	4	17,13	0,104	0,949
		Lise	8	18,94		
		Üniversite ve üstü	23	17,83		
	<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	İlköğretim	4	23,63	2,681	0,262
		Lise	8	20,81		
		Üniversite ve üstü	23	16,04		
	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	İlköğretim	4	19,25	1,927	0,381
		Lise	8	22,06		
		Üniversite ve üstü	23	16,37		
	<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	İlköğretim	4	19,13	0,062	0,969
		Lise	8	18,13		
		Üniversite ve üstü	23	17,76		
	<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	İlköğretim	4	18,63	0,022	0,989
		Lise	8	18,13		
		Üniversite ve üstü	23	17,85		

Bağımlı grup için eğitim durumu değişkenine göre katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Depresif grup için eğitim durumu değişkenine göre

katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Tablo 15. Kiminle Yaşanıldığına Göre Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi**

	<b>Toplam puan</b>	<b>Kiminle Yaşıyor</b>	<b>n</b>	<b>Sıra Ortalaması</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
<b>Bağımlı Grup</b>	<b>Yabancılaşma</b>	Aile	28	25,68	0,712	0,701
		Eş	16	23,69		
		Yalnız	6	29,50		
	<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	Aile	28	25,11	2,407	0,300
		Eş	16	23,09		
		Yalnız	6	33,75		
	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	Aile	28	25,98	0,102	0,950
		Eş	16	25,22		
		Yalnız	6	24,00		
	<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	Aile	28	26,57	2,443	0,295
		Eş	16	21,41		
		Yalnız	6	31,42		
<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	Aile	28	28,21	2,702	0,259	
	Eş	16	20,78			
	Yalnız	6	25,42			
<b>Depresif Grup</b>	<b>Yabancılaşma</b>	Aile	13	17,54	2,818	0,244
		Eş	14	15,54		
		Yalnız	8	23,06		
	<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	Aile	13	18,35	0,056	0,972
		Eş	14	17,50		
		Yalnız	8	18,31		
	<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	Aile	13	19,12	0,721	0,697
		Eş	14	16,21		
		Yalnız	8	19,31		
	<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	Aile	13	17,46	0,149	0,928
		Eş	14	17,82		
		Yalnız	8	19,19		
	<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	Aile	13	17,81	0,889	0,641
		Eş	14	19,64		
		Yalnız	8	15,44		

Bağımlı grup için kiminle yaşanıldığı değişkenine göre katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Depresif grup için kiminle yaşanıldığı değişkenine göre katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Tablo 16. Madde Bağımlısı ve Depresif Grup için Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Betimleyici İstatistiksel Tablosu**

Gruplar	Toplam puanlar	n	Min.	Max.	$\bar{x}$	ss
Bağımlı	Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	50	46	104	71,06	12,20
Depresif	Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	35	41	95	65,51	13,90

Betimleyici analiz sonucunda madde bağımlısı grup için Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği 46-104 puan aralığında ( $\bar{x}=71,06\pm 12,20$  puan) ve depresif grup için 41-95 puan aralığında ( $\bar{x}=65,51\pm 13,90$  puan) bulunmuştur.

**Tablo 17. Araştırma Grupları için Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi**

Toplam puan	Gruplar	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamları	U	p
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	Bağımlı	50	46,79	2339,50	685,50	0,090
	Depresif	35	37,59	1315,50		
	Bağımlı erkek	48	31,54	1514,00	334,00	0,973
	Depresif erkek	14	31,36	439,00		
	Bağımlı kadın	2	10,75	21,50	18,50	0,791
	Depresif kadın	21	12,12	254,50		

Yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda bağımlı grup ve depresif grubun, bağımlı erkek ve depresif erkek grubun, bağımlı kadın ve depresif kadın grubun Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



## BÖLÜM V

### TARTIŞMA

Bu çalışma, madde bağımlılığı tanısı almış olan yatan hastaların ve depresyon tanısı almış olan yatan hastaların sosyal damgalanmaları açısından incelemeyi amaçlayan kesitsel bir çalışmadır. Literatüre bakıldığı zaman damgalanma konusu hakkında birçok çalışmaya rastlanılmıştır. Doğanavşargil'in (2009) yapmış olduğu çalışmada; şizofreni ve depresyon tanısı almış olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanmasını araştırmış ve sonucunda şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın, depresyon hastalarındaki içselleştirilmiş damgalanma durumundan daha fazla olduğunu elde etmiştir. Can'ın (2012) yapmış olduğu çalışmada ise sadece madde bağımlılığı tanısı almış olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri araştırılmıştır. Kamış'ın (2016) yapmış olduğu çalışmada ise sadece depresyon ve sağlıklı bireylerin depresyon düzeylerine bakılarak damgalanma durumunu ne derecede etkilediği araştırılmıştır. Ortaya çıkarılmış olan benzer çalışmalardan esinlenilerek bu çalışmada madde bağımlılık tanısı olan bireyler ile depresyon tanısı olan bireylerin karşılaştırılarak damgalanma durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla NP Beyin Hastanesi'nde yatarak tedavi gören madde bağımlılığı hastaları ve yatarak tedavi gören depresyon hastaları; sosyodemografik özellikler, Beck Depresyon Ölçeği, Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği'nden aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmış olup, değerlendirme yapılmıştır.

Ruhsal hastalıklarla ilişkili damgalanma düzeyi yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir, yapılan araştırmalar bunu bildirmektedir. Ancak sonuçlar farklı örneklerde değişkenlik gösterebilmektedir, yaşanan toplum, klinik ortam gibi faktörler damgalanma düzeyi üzerinde etkili olmaktadır. Bu sebepten dolayı yapılan bu araştırma klinik bir popülasyonda çeşitli faktörlerin ve iki ayrı hasta grubunun damgalanma seviyesi açısından yarattığı farklılığı değerlendirmeyi amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda homojen bir örneklem seçilerek, herhangi bir yönlendirmede bulunulmadan gerekli açıklamalar yapılarak bireylerin ölçekleri doldurması sağlanmıştır. Araştırmanın madde bağımlılığı tanısı almış olan örneklem

grubunu oluşturan katılımcılarını 48 erkek birey (%96,0), 2 kadın birey (%4,0) oluşturmaktadır, depresyon tanısı almış olan örneklem grubunu oluşturan katılımcılarını ise 14 erkek birey (%40,0) ve 21 kadın birey (%60,0) olmak üzere toplamda 85 kişi oluşturmaktadır.

Çalışmada cinsiyet değişkeni, bağımlılık grubunda damgalanma ölçeği üzerinden alınan puanlarla anlamlı bir farklılık görülmemiş olup, depresyon grubunda damgalanma ölçeği üzerinden alınan puanlarla anlamlı bir farklılık göstermiştir. Çalışmada depresyon tanısı almış olan erkeklerin RHİDÖ alt boyutları arasında olan Yabancılaşma alt boyutu ve Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutları sıra ortalamaları depresyon tanısı almış olan kadınlardan daha yüksektir. Yapılmış olan başka bir çalışmada ise, cinsiyete göre hasta bireylerin damgalanma alt boyutlarında yabancılaşma dışında tüm alt gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu belirtilmiştir ve bu araştırmada da erkek bireylerin damgalanma alt boyut puanları, kadın bireylerin damgalanma alt boyutlarından daha fazla olduğu belirtilmiştir (Tel ve Ertekin Pınar, 2012). Ersoy ve Varan'ın (2007), RHİDÖ Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yürütürken cinsiyet değişkeninin erkek deneklerde kadınlara oranla daha yüksek bulduğu sonucu bu araştırmada bulunan sonuçla örtüşmektedir. Livingston ve Boyd'un (2010) damgalanmayla ilgili yaptığı araştırmasıyla ve Kamış'ın (2016) depresyon hastalarında damgalanma çalışmasıyla depresyon hastalarında cinsiyet faktörünün anlamlı farklılık olmadığı sonucu görülmüştür. Erkek hastaların damgalanma düzeylerinin kadınlardan daha fazla olmasının sebebi araştırmaya katılan erkek bireylerin daha fazla olduğundan kaynaklanmış olduğu düşünülebilir. Ayrıca erkeklerin kadınlardan daha fazla damgalanmasının bir diğer sebebi, erkek bireylere kadın bireylerden daha fazla sorumluluk yüklendiği, aile ortamında evi geçindirme yükünün erkek bireylerde yarattığı baskıdan kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Yapılmış olan başka bir araştırmada, erkek bireylerin kadınlara göre saldırganlık ve tehlikeli olma durumları ve yarattıkları algıdan dolayı damgalanıyor olabildiği sonucuna varılmıştır. Bu durumlar sebebiyle erkek bireylerin içselleştirdikleri damgalanmaya daha açık olacakları düşünülmüştür (Angermeyer and Matschinger, 2003). Livingston ve Boyd'un (2010) psikiyatrik hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanmayı etkilediği düşünülen faktörlerin

incelendiği 38 çalışmada ise, dört çalışmada erkek bireylerde daha fazla içselleştirilmiş damgalanma olduğu, üç çalışmada daha az içselleştirilmiş damgalanma durumu olduğu ve kalan otuz bir çalışmada ise cinsiyetle damgalanma arasında ilişki bulunmadığı saptanmıştır.

Çalışmamızda depresyon tanısı almış olan yatan hastaların ve madde bağımlılığı tanısı almış olan yatan hastaların sosyal damgalanma durumlarının korelasyon analizlerinin incelenmesi sonucunda istatistiksel bazda bir anlamlılık çıktığı bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeği ile RHİDÖ'nin 5 alt boyutunu oluşturan yabancılaşıma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutlarının hepsinde anlamlı sonuçlara rastlanılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği puanı arttıkça RHİDÖ'nin 5 alt boyutunda da artış görülmektedir. Bu sonuç depresyon şiddeti arttıkça damgalanmanın arttığını, depresyon şiddeti azaldıkça damgalanma durumunun azaldığını göstermektedir ve bu iki ölçek arasında anlamlı, doğru orantılı, pozitif ve güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Bireyin algıladığı depresyon şiddeti arttıkça, toplumun önyargısını içselleştirmesi bu durumun sebebi olarak öngörülebilir. Depresyon tanısı almış olan bireylerle Türkiye'de yapılmış olan bir tez çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği ile RHİDÖ'nin alt boyutlarında yer alan yabancılaşıma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alt boyutlarında yine pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Üstündağ ve Kesebir'in (2013) yapmış olduğu iki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma çalışmasında ise yabancılaşıma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alt boyutlarında anlamlılık bulunmuş olup, çalışmamızda bulunan sonuçlarla uyum gösterdiği görülmüştür. Sevindik ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu "majör depresif bozukluk ve psikotik bozukluğu olan hastaların damgalanmaları" araştırmasında ise depresyon hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin alt boyutlarında yer alan sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutlarında anlamlılık bulunmuş olup, diğer alt boyutlarda anlamlılık saptanmamıştır. Ersoy ve Varan'ın (2007) yapmış olduğu RHİDÖ Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmasında, damgalanmaya karşı direnç alt boyutu haricinde ilk dört alt boyutun puanlarının depresyon şiddetini ölçen Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlarla anlamlı çıktığı bulunmuştur. Bu sonuç yapılmış olan bu

çalışmanın sonucuyla örtüşmektedir. Şizofreni ve depresyon hastalarıyla çalışılmış olan başka bir araştırmada ise şizofreni hastalarının depresyon hastalarına göre daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları sonucu bulunmuştur . Brohan ve arkadaşlarının (2011) iki uçlu bozukluk ve depresyon tanılı hastalarla yapmış olduğu çalışmada, damgalanma ölçeği alt boyutlarının hepsinde anlamlı bir sonuca varılmıştır. Bu sonuçlar ışığında karşılaştırma yapıldığında, bu çalışmanın sonuçlarıyla örtüştüğü görülmektedir. Bu araştırmada gerçekleştirilen korelasyon çalışmasında Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi ile RHİDÖ'nin 5 alt boyutundan sadece damgalanmaya karşı direnç alt boyutu haricinde diğer alt boyutların hepsinde anlamlı ve güçlü bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç bağımlılık şiddeti ne kadar artarsa bağımlı olan hastalarda damgalanmayı içselleştirme durumunun o kadar arttığı, bağımlılık şiddeti ne kadar az ise damgalanmayı içselleştirme durumunun da o derece azaldığı görülmüştür. Madde bağımlılarının damgalanma durumlarıyla ilgili yapılmış olan başka bir çalışmada ise, içselleştirilmiş damgalanma ölçeği alt boyutlarının hepsinin anlamlı düzeyde etkilendiği sonucu bulunmuştur . Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi'nin yürütmüş olduğu bir çalışmada; hastaların %46'sinin kendilerini yetersiz veya eksik gibi hissettikleri sonucuyla karşılaşılmıştır. Hastaların %40'ının sosyal çevrelerinde bulunan kişiler tarafından yetersiz ya da eksik gibi görüldükleri söylenmiştir. Hastalar topluma ne kadar iç içe olurlarsa kendilerini damgalama durumları da o derece artış göstermektedir (Çam ve Çuhadar, 2011). Çalışmamızda her iki grubunda içselleştirilmiş damgalanma yaşıyor olmasının sebebi; bireylerin hastane ortamında yatarak tedavi görmesinden kaynaklı olduğu düşünülebilir ve bireylerin bu durumu ruhsal hastalık olarak kabullenmiş olmasıyla kendilerini toplumdan soyutlamalarının ya da toplum tarafından soyutlanmış hissetmelerinin sebep olduğu düşünülebilir. Ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin kendilerini damgalamaları toplumdaki normların dışına çıktığını hissettiğinden olduğunu söyleyebiliriz. Madde bağımlısı olan bireylerle, depresyonda olan bireyler ruhsal olarak aynı sorunları yaşamasa da içselleştirdiği damgalanmayı aynı şekilde yaşamaktadır. Ruhsal hastalığa sahip olan kişiler diğerleri tarafından daha çok sahiplenilmesi gereken bireylerdir ve onlarda bir topluluğa dahil olmak isterler ancak toplum tarafından bunu görememek, özellikle de bağımlı olan bireyler için kendilerini daha çok madde alımına yöneltebilir.

Çalışmamızda her iki grup arasında RHİDÖ alt boyutlarının arasındaki fark incelendiğinde; madde bağımlılığı tanısı almış olan grup ile depresyon tanısı almış olan grup arasında Kalıp Yargıların Onaylanması ve Sosyal Geri Çekilme alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Her iki alt boyutta da madde bağımlısı olanların alt boyut sıra ortalamaları depresyon hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi toplum tarafından madde kullanan bireylerin daha çok dışlanmayla karşılaştıkları söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların depresyon düzeylerine göre RHİDÖ boyutları arasındaki fark incelendiğinde Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutu haricinde diğer dört alt boyutta anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu durumun sonucunda hastaların depresyon şiddetleri arttığında yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alt boyutlarında da yükselme görülmektedir. Ersoy ve Varan'ın (2007) çalışmasında da depresif duygulanım ile içsel damgalanma arasında yüksek düzeyde olumlu ilişkinin beklenmesinin normal olduğunu ve RHİDÖ ile BDÖ arasında yüksek korelasyonun bulunması depresyon ve damgalanma arasındaki ilişkiyi ortaya çıkardığı söylenmiştir. Bu durumun RHİDÖ'nin Türkçe geçerliliğine kanıt olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların bağımlılık düzeylerine göre RHİDÖ boyutları arasındaki fark incelendiğinde ise anlamlı çıkan tek alt boyut Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutudur. Bu durum bağımlılık şiddeti ne kadar yükselirse bireylerde kalıp yargıların onaylanması alt boyutunun o derece yükseleceği söylenebilir.

Çalışmamıza katılmış olan bağımlı grup için 24 yaş ve altı 14 kişi (%28,0), 25-34 yaş arasında 27 kişi (%54,0), 35 yaş ve üstü 9 kişi (%18,0) bulunmakta; depresif grup için 24 yaş ve altı 9 kişi (%25,7), 25-34 yaş arası 11 kişi (%31,4) ve 35 yaş ve üzeri 15 kişi (%42,9) bulunmaktadır. Her iki grup sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldığında yaş değişkeninde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum araştırmaya katılan bireylerin grup sayılarının eşit dağılımı sağlanmadığı için gerçekleşmiş olabilir. Türkmen ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu araştırmada da hastaların 22 yaş altında olanlar ile 22 yaş üstünde olanlar arasında yaş örnekleme açısından istatistiksel anlamda bir farklılık saptanmamıştır (Türkmen vd, 2015)

Çalışmamıza dahil edilmiş olan 50 madde bağımlısının 16'sı (%32,0) evli ve 34'ü (%68,0) bekar/ayrı iken 35 depresif katılımcının 14'ü (%40,0) evli ve 21'i (%60,0) bekar/ayrıdır. Çalışmaya dahil edilen depresyon tanısı almış olan ve madde bağımlılığı tanısı almış olan hastaların damgalanma durumlarında medeni durumun anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür. Depresyon hastalarında damgalanmanın araştırıldığı başka bir çalışmada ise medeni durum sonucu benzer şekilde anlamsız bulunmuş olup, bu çalışmada bulunmuş olan medeni durum sonucu ile örtüştüğü görülmektedir (Kamış, 2016). TÜBİM'in 2011, 2012, 2013 yıllarında madde bağımlılarıyla ilgili yapmış olduğu çalışmalarda ulusal verilere göre ise bekar olan bireylerde madde bağımlılığı daha fazla görülmektedir (KOSMDB, 2013; KOSMDB, 2012; KOSMDB, 2011). Çalışmaya dahil edilen depresyon tanısı almış olan ve madde bağımlılığı tanısı almış olan bireyler arasında eğitim durumunu açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ve çalışmaya katılan bireylerde üniversite mezunu olan bireylerin oranının daha fazla olduğu bulunmuştur. Ersoy ve Varan'ın (2007) yapmış olduğu "Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması" araştırmasında da RHİDÖ ortalama puanlarıyla karşılaştırıldığında yaş, eğitim düzeyi, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ve bu sonuçların çalışmamızda çıkan sonuçlarla örtüştüğü görülmektedir.

Çalışmada gelir durumuna bakıldığında madde bağımlısı grup için 38 kişi (%76,0) 2500 TL ve altı, 12 kişi (%24,0) 2501 TL ve üstü; depresif grup için 19 kişi (%54,3) 2500 TL ve altı ve 16 kişi (%45,7) 2501 TL ve üstü gelire sahiptir ve gelir durumunun RHİDÖ üzerinde anlamlı bir farklılık bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Gelir durumunun içselleştirilmiş damgalanma düzeyiyle ilişkisine dair literatürde herhangi bir bulguya rastlanmamıştır (Ersoy ve Varan, 2007).

Çalışmada araştırılmış olan hastanede ilk kez yatarak tedavi görme ve hastaneye yatış sayısına göre damgalanma ölçeği arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum hastanede ilk kez yatarak tedavi görmek ve 1-5 kez yatış yapmış olan bireylerin daha damgalanma durumunu algılayamadıkları veya damgalanma durumuna karşı kabullenme göstermedikleri için olduğu düşünülmektedir. Yapılmış olan bir çalışmada hastaların yıllık hastaneye yatış sayısına göre içselleştirilmiş damgalanma durumunda istatistiksel bir anlamlılık olduğu, yılda bir kez hastaneye yatışı olan hastaların

içselleştirilmiş, damgalanma ile damgalamanın alt gruplarından yabancılaşma ve sosyal geri çekilme puanlarının yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (Tel ve Ertekin Pınar, 2012).

Çalışmaya katılan bireyler arasında bağımlı gruptan 11 kişi (%22,0) ilköğretim, 21 kişi (%42,0) lise ve 18 kişi (%36,0) üniversite ve üstü eğitim seviyesinde; depresif grup için 4 kişi (%11,4) ilköğretim, 8 kişi (%22,9) lise ve 23 kişi (%65,7) üniversite ve üstü eğitim seviyesinde olduğu bulunmuş olup RHİDÖ ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Karataş'ın (2009) çalışmasında ergenlerin madde kullanımı ve eğitim düzeyine göre dağılımı incelendiğinde; sırasıyla ergenlerin %42 oranı ile ilkokul, %34 oranı ile ortaokul, %16.7 oranı ile lise mezunu ergenlerin madde kullandığı ve madde kullanımının en fazla düşük eğitim seviyesinde görüldüğü sonucu ortaya çıkmıştır. Yapılmış olan başka bir araştırmada ise eğitim düzeyi arttıkça bağımlılıklarını damgalama oranlarının azaldığı görülmüştür ve bağımlılıklarını ruhsal bir hastalık olarak damgalamalarının azaldığı sonucuna varılmıştır (Arıkan vd, 2004). Psikiyatri hastalarıyla yapılmış olan başka bir araştırmada ise okuma-yazma durumu olmayan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma durumunun üniversite mezunu olanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Tel ve Ertekin Pınar, 2012). Alanyazınında düşük eğitim seviyesine sahip olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma durumunu daha çok yaşadıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar ile çalışmamızda bulunan sonuçlar örtüşmemektedir. Bunun sebebi çalışmaya dahil edilmiş olan bireylerin sayısının az tutulmasından kaynaklı olduğu söylenebilir. (Lysaker etc., 2008; Sabancıoğulları ve Doğan, 2011)

Çalışmaya katılmış olan bireylerin kiminle yaşadıkları incelendiğinde madde bağımlısı grupta 28 kişi (%56,0) ailesi ile, 16 kişi (%32,0) eşi ile, 6 kişi (%12,0) yalnız yaşamakta; depresyon tanılı grupta ise 13 kişi (%37,1) ailesi ile, 14 kişi (%40,0) eşi ile ve 8 kişi (%22,9) yalnız yaşamaktadır. Bu verilerin sonucunda bireylerin kiminle yaşadıkları ile RHİDÖ arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yapılmış olan başka bir çalışmada kimlerle birlikte yaşadığı sonucunda madde kullanan bireylerin çoğunun ailesiyle yaşamını sürdürüyor olması yalnız ve kimsesiz olan bireylerin bağımlı olur düşüncesini çürütmektedir.

## 5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan araştırmanın sınırlılıkları aşağıdaki gibidir:

- ✓ Bu araştırma sadece NP İstanbul Beyin Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastalardan oluşmaktadır. Bu yüzden araştırma tek bir yerle sınırlı kalmış olup, elde edilen veriler benzer koşullara sahip bireylerle genellenebilir.
- ✓ Ölçeklerin toplanması ve bu çalışmaya katılan gönüllü hastaların belli bir zaman aralığında yatarak tedavi görüyor olması çalışmanın sınırlılığdır.
- ✓ Araştırmaya kontrol grubunun dahil edilmemesi çalışmanın diğer sınırlılıkları arasındadır.
- ✓ Yapılan çalışmanın kesitsel bir çalışma olmasından dolayı çalışma sınırlı kalmaktadır.
- ✓ Depresyon tanısı almış olan hastalarda depresyon düzeyinin ölçülmesi için Beck Depresyon Envanteri, madde bağımlılığı tanısı almış olan hastalarda ise bağımlılık şiddetinin ölçülmesi için DAST-10 Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi uygulanmış olup, her iki grubunda damgalanma düzeyleri ölçülmesi için Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği kullanılmış olup, araştırma bu sorular ile sınırlı kalmıştır.
- ✓ Araştırmaya toplam 85 kişi katılmış olup, 35 kişiyi depresyon tanısı almış birey, 50 kişiyi madde bağımlılığı tanısı almış birey oluşturmaktadır. Araştırmadan daha iyi bir sonuç elde edilebilmesi için katılımcı sayılarının dengede tutulması düşünülebilir.
- ✓ Araştırmaya 85 kişi katılmasından dolayı, yapılacak olan yeni araştırmalarda katılım sayısının artırılması ile daha geniş kapsamlı sonuçlar elde edilebilir.
- ✓ Konu ile ilgili çalışmaların farklı hastane popülasyonlarında ve farklı illerde yapılması yeni ve benzer çalışmalar için önemli olacağı düşünülmektedir.



## BÖLÜM VI

### SONUÇ ve ÖNERİLER

#### 6.1. Sonuç

Bu çalışma yatarak tedavi gören madde bağımlılığı tanısı almış olan hastaların ve yatarak tedavi gören depresyon tanısı almış olan hastaların sosyal damgalanmaları açısından incelenmesinin amaçlandığı kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu amaçla rastgele seçilmiş olan 50 madde bağımlılığı tanısı almış, 35 depresyon tanısı almış olan hastaların sosyodemografik özellikler, klinik özellikler ve damgalanma ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından değerlendirilmesi yapılmış ve karşılaştırılmıştır.

Bu çalışmanın sonucunda madde bağımlılığı tanısı almış olan bireylerde madde bağımlılık şiddeti ne kadar artarsa, bireylerin damgalanma düzeylerinin doğru orantılı bir şekilde arttığı; bağımlılık şiddeti ne kadar azalırsa damgalanma düzeylerinin o kadar azaldığı saptanmıştır. Depresyon tanısı almış olan bireylerde ise depresyon şiddeti ne kadar artarsa damgalanma düzeylerinin o kadar arttığı; depresyon şiddetleri ne kadar azalırsa damgalanma düzeylerinin o derece azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmaya dahil edilmiş olan bireylerin sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılmasının sonucunda ise sadece cinsiyet faktörünün depresyon hastalarında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş olup; yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, kimlerle yaşadıkları, gelir düzeyi, hastaneye yatış sayısı, hastanede ilk kez tedavi görme gibi durumların damgalanma durumunda anlamlı bir farklılık yaratmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Madde bağımlısı olan bireylerde RHİDÖ içerisindeki alt boyutlarında çıkan sonuçlarda ise kalıp yargıların onaylanması ve sosyal geri çekilme boyutunda anlamlılık olduğu bulunmuştur. Depresyon tanısı olan bireylerde ise RHİDÖ alt boyutlarında yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme boyutlarında anlamlılık saptanmıştır.

Sonuç olarak damgalanma durumunun madde bağımlılığı tanısı almış olan ve depresyon tanısı almış olan bireylerde etkili olduğu ve bu bireylerin toplum tarafından dışlanma durumunu hissederek kendilerinde içselleştirdikleri damgalanma durumuyla karşılaştıkları göz önünde bulundurularak, gelecek çalışmalar için ışık tutması ve daha çok çalışmaya teşvik olması beklenmektedir.

## 6.2. Öneriler

Gerçekleştirilmiş olan bu çalışmada NP İstanbul Beyin Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastalardan örneklem grubu oluşturulmuştur. Çalışmanın tek bir hastane içerisinde yapılması daha farklı popülasyondan elde edilecek sonuçların erişimini engellemiştir. Bu sebeple yapılacak olan yeni çalışmalarda ruhsal hastalığa sahip olan bireyler hakkında geniş kapsamlı veri toplayabilmek ve karşılaştırma yapabilmek amacıyla farklı merkezlerden veya sağlık kuruluşlarından sağlanan farklı popülasyonlar ile yeni çalışmalar gerçekleştirilebilir.

Çalışmaya dahil edilen 50 madde bağımlılığı tanısı almış olan ve 35 depresyon tanısı almış olan bireylerin sayısının hem eşit tutulmaması hem de örneklemin az sayıda kişiyle yapılması yeni yapılacak olan çalışmalarda daha iyi sonuçlar elde edilebilmesi için araştırmaya dahil edilecek bireylerin sayılarının artırılması gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca geniş bir zaman dilimine yayılan ve geniş bir takip çalışmasını kapsayan, daha geniş örnekleme içeren bir çalışmanın daha da verimli olacağı düşünülmektedir.

## Kaynakça

- Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM 5) . (2013).  
*American Psychiatric Association.*
- Aile Araştırma Kurumu. (1997). Uyuşturucu Madde Kullanımının Aile Üstüne Etkisi.  
*Aile Araştırma Kurumu Yayınları Bilim Serisi, 9.*
- Aktay, M. (2014). Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve depresyonun yordayıcısı  
Olarak bağlanma stilleri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi,  
İstanbul.
- Aliustaoğlu, S., & Kocabaşoğlu, N. (2003). Stigmatizasyon. *Yeni Symposium* , 41(4),  
190-192.
- Alpay, N., Karamustafalıoğlu, N., Kükürt, R., & Karaman, H. (1998). Madde kullanan  
hastaların gençlik dönemlerindeki hal ve gidiş bozuklukları. *Psikiyatri ve  
Nörolojik Bilimler Dergisi, 11(1), 5-8.*
- Alper, Y. (1999). Bütün Yönleriyle Depresyon. 1. Baskı.
- Angermeyer, M., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and  
depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 38,*  
526-34.
- Arıkan, Z., Genç, Y., Etik, Ç., Aslan, S., & Parlak, İ. (2004). Alkol ve diğer madde  
bağımlılıklarında hastalar ve yakınlarında etiketleme . *Bağımlılık Dergisi, 5(2),*  
52-56.
- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J., & Wahlbeck, K. (2011). Personal stigma and use  
of mental health services among people with depression in a general population  
in Finland. *BMC Psychiatry, 11, 52.*
- Bahar, A. (2007). Şizofreni ve Damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(4), 101-*  
110.
- Balcıoğlu, İ., & Abanoz, Y. (1984). Madde Bağımlılığı, İntihar, Sanık Psikolojisi. *Dirim  
Tıp Gazetesi, 1, 15.*
- Başkanlığı, K. V. (2011). *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2011.*
- Başkanlığı, K. V. (2011). *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2011.*
- Başkanlığı, K. V. (2012). *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2012.*
- Başkanlığı, K. v. (2013). *EMCDDA 2013 Ulusal Raporu.*

- Başkurt, İ. (2010). Gençlik, "Madde Bağımlılığı ve Korunma Yolları" Psiko-sosyal Bir Yaklaşım,. *İÜ, İlahiyat Fakültesi Dergisi (İFD)*, 4(8), 10.
- Bayram, V. (2016). Eğitim Çalışanlarının Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi. 18-19. İstanbul.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-71.
- Becker, T., Thornicroft, G., Leese, M., McCrone, P., Johnson, S., Albert, M., et al. (1997). Social networks and service use among representative cases of psychosis in South London. *171*, 9-15.
- Bekar Özen, E. (2014). Bağımlılık yapıcı madde kullanımı olan hemşireler ve hemşirelik hizmetleri yönetiminin yaklaşımı: bir literatür incelemesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1, 43-47.
- Beyazyürek, M., & Şatır, T. (2000). Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4(2), 50-56.
- Bilge, A., & Çam, O. (2010). Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 71-78.
- Bilge, A., Savaşan, A., Zorlu, M., & Erkman, Z. (2009). Madde bağımlılığı ve gebelik. *Bağımlılık Dergisi*, 10(1), 44-50.
- Bilgin, N. (2013). *Sosyal Psikoloji*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- Bland, R. (1997). Epidemiology of affective disorder: A review. *Can J Psychiatry*, 42, 367-377.
- Botha, U., Koen, L., & Niehaus, D. (2006). Perceptions of a South African Schizophrenia Population with regards to Community Attitudes towards their illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(8), 619-623.
- Bozkurt, N. (2004). Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkiler. 29(133), s. 52-59.
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2011). Self-Stigma, Empowerment and Perceived Discrimination Among People With Bipolar Disorder Or Depression In 13 European Countries: The Gamian-Europe Study. *J Affect Disord*, 129(1-3), 56-63.
- Brust, J. (2004). *Neurological Aspects of Substance Abuse. Second Edition*. Philadelphia: Elsevier Butterworth Heinemann.

- Budak, S. (2000). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Can, G. (2012). MADDE BAĞIMLILIĞI TANISI ALAN BİREYLERİN SOSYAL İŞLEVSELLİK VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DÜZEYLERİ . *Yüksek Lisans Tezi*, 64-76. Gaziantep.
- Coppens, E., Van Audenhove, C., & Arensman, E. (2013). Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *J Affect Disord*, 150(2), 320-329.
- Corrigan, P. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive Behavioral and Practice* , 5, 201-22.
- Corrigan, P. (2001). Place-then-train: An alternative paradigm for psychiatric disabilities. *Clinical Psychology. Science and Practice* , 8, 334-349.
- Corrigan, P. (2005). On the Stigma of Mental Illness. *American Psychological Association*.
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol Sci Prac*, 9, 35-53.
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. 16-20.
- Coşkun, F. (2008). Gaziantep Üniversitesi Merkez Kampüsündeki Lisans Öğrencilerinde Alkol Ve Madde Kullanma Durumu. 188. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Gaziantep.
- Crandall, C. (1995). Do parents discriminate against their heavyweight daughters? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 724-735.
- Crandall, C., & Eshleman, A. (2003). A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice. *Psychology Bulletin*(129), 414-446.
- Crisp, A. (2001). The tendency to stigmatise. *Br J Psychiatry*, 178, 197-9.
- Crisp, A., Gelder, M., Rix, S., Meltzer, H., & Rowlands, O. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*, 177, 4-7.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In *Handbook of Social Psychology*. s. 504-53.
- Çam, O., & Bilge, A. (2013). Türkiye’de ruhsal hastalığa/ hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 91-101.

- Çam, O., & Çuhadar, D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 2, 136-140.
- Çavuşoğlu, F. (2009). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler Ve Aileden Aldıkları Sosyal Desteğin Etkisi. 92. Samsun.
- Çelik, V. (2006). *Madde bağımlılığı ile mücadelede ortaöğretim öğretmenlerinin yeri ve önemi (Elazığ İli Örneği)*. Elazığ.
- Çetin, Y. (2013, Temmuz). Madde Bağımlılığı ve Yalova Ölçeğinde Madde Bağımlılığı Algısı.
- Davison, G., Neale, J., & Dağ, i. (2004). *Anormal Psikoloji*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Demirtaş, A. (2004). Kişiler arası Beklentiler ve Kendini Doğrulayan Kehanet. *İletişim Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 33-53.
- Dickerson, F., Sommerville, J., Origoni, A., Ringel, N., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull*, 28, 143-155.
- Dilbaz, N. (2013). *Madde Kullanım Riski Ve Madde Bağımlılığından Korunma. 1.Baskı*. Ankara: T.C. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile Ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Doğan, T., & Çetin, B. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Zeka Düzeylerinin Depresyon ve Bazı Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi. *Uluslararası Bilimleri Dergisi*, 5(2).
- Doğanavşargil, Ö. (2009). ŞİZOFRENİ VE DEPRESYONDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE YAŞAM KALİTESİ. *Yüksek Lisans Tezi*, 36-43. İzmir.
- Dovidio, J., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and Overview. *The social psychology of stigma*, s. 1-28.
- Dundee, J., & McIlroy, P. (1982). A history of the barbiturates. 726-734.
- EGM, & KOSMDB. (2005). *Türkiye Uyuşturucu 2005 Raporu*. Ankara.
- Ergenç, G., & Yıldırım, E. (2007). *Madde Bağımlılığı ve Önleme Yolları Kılavuzu*. İstanbul.
- Erol, N., Kılıç, C., & Ulusoy, M. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

- Ersoy, M., & Varan, A. (2007). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-171.
- Evren, C., & Ögel, K. (2003). Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu ve Psikiyatri Dergisi*(4), 30-37.
- Evren, C., Can, Y., Yılmaz, A., Ovalı, E., Çetingök, S., Karabulut, V., et al. (2013). Psychometric Properties of The Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in Heroin Dependent Adults and Adolescents with Drug Use Disorder. 26, 351-359. İstanbul, Türkiye: Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.
- Evren, C., Ögel, K., & Uluğ, B. (2012). *Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı* (Cilt 14). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Fava, M., & Kendler, K. (2000). Major Depressive Disorder. *Neuron*. 28(2), s. 335-41.
- Frost, D. (2011). Social stigma and its consequences for the socially stigmatized. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(11), 824-839.
- Geçtan, E. (2006). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Geramian , N., Akhavan, S., Gharaat, L., Tehrani, A., & Farajzadegan, Z. (2012). Determinants of drug abuse in high school students and their related knowledge and attitude. *J Pak Med Association*, 62(3), 62-66.
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.
- Goodwin, R., Jacobi, F., & Bittner, A. v. (2007). *Duygudurum Bozukluklarının Epidemiyolojisi. Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*. İstanbul.
- Griffiths, K., Christensen, H., & Jorm, A. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. 185, 342-349.
- Güleç, C. (1981). Affektif bozuklukların yaygınlığı ve bu konudaki tutumlar üzerine sağlık örgütlenişinin etkisini araştıran bir çalışma. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Güleç, C. (2009). *Psikiyatrinin ABC'si* (Cilt 2). İstanbul: Say Yayınları.
- Güleç, C., & Köroğlu, E. (1997). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara.

- Güleç, G., Köşger, F., & Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Current Approaches In Psychiatry / Psikiyatride Guncel Yaklasimler*. 7(4), 448-460.
- Gümüő, B. (2008). *Anksiyete Bozukluklarına Yönelik Tutumlar ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü*. Kocaeli: XV. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı.
- Güney, M. (2004). Ruhsal Hastalıklarda Stigmatizasyonu Önlemek İçin Neler Yapılabilir? *Kriz Dergisi*, 12(1), 67-71.
- Hamarta, E. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Yakın İliőkilerindeki Bazı Değişkenlerin (Benlik Saygısı, Depresyon ve Saplantılı Düşünme) Bağlanma Stilleri Açısından İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. 23(1), 56.
- Heim, D. (2000). Stigmatisation: classifying drug and alcohol misuse as mental illness. *br J Psychiatry*, 177, 566-7.
- Hilton, J., & Von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 47, 237-71.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 22(6), 118-126.
- Işıklı, S., & Irak, M. (2002). *Türkiye'de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Nihai rapor*. Türk Psikologlar Derneği.
- Jadhav, S. (2000). The cultural construction of Western depression. *Anthropological Approaches to Psychological Medicine*, 41-65.
- Judd, C., & Park, B. (1993). Definition and assessment of accuracy in social stereotypes. *Psychological Review*, 100(1), 109-128.
- Kamış, G. (2016). DEPRESYONA İLİŞKİN TUTUMLAR VE DAMGALANMAYI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ . Ankara: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI.
- Kara, H., Sayar, K., & Saygılı, S. (1997). Kültürel psikiyatri açısından depresyon kavramı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 7(1-4), 42-45.



- Karataş, C. (2009). Ergenlerde Saldırganlığın Madde Bağımlılığı ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi. *Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- Karatay, G., & Kubilay, G. (2004). Sosyoekonomik düzeyi farklı iki lisede madde kullanma durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1*, 57-70.
- Karayağız, Ş. (2013). Bipolar ve Unipolar Depresyonda Aleksitimi Düzeylerinin Karşılaştırılması ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Erciyes Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Kayseri.
- Kasatura, İ. (1998). *Gençlik ve Bağımlılık. 1. Baskı*. İstanbul: Evrim Yayınevi ve Bilgisayar San. Tic. LTD. Ş.T.İ.
- Koçum, E. (2012). Bağımlılık Yapan Maddeler ve Etkileri. 11. Kayseri.
- KOSMDB. (2014). *Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, TUBİM 2014 Raporu*.
- Köknel, Ö. (1978). *İnsanlık Tarihi Boyunca Uyuşturucu Madde Sorunları*. İstanbul: Gelişim Yayınları.
- Köknel, Ö. (1998). *Bağımlılık-Alkol ve Madde Bağımlılığı*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Köknel, Ö. (2000). Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. *1*, 5-11.
- Köknel, Ö. (2005). *Ruhsal Çöküntü: Depresyon*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 6. Baskı.
- Köksal, G., & Özel, H. G. (2012). *Çocuk ve ergenlik döneminde obezite*. Ankara: KöksalHacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü.
- Köksal, O. (1977). Türkiye 1974 Beslenme, Sağlık ve Gıda Tüketimi Arastırması. *Hacettepe Üniversitesi*.
- Koroğlu, E. (2004). *Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Krueger, J. (1996). Personal beliefs and cultural stereotypes about racial characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(3), 536-548.
- Kurzban, L., & Leary, M. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychol Bull, 127*(2), 187-208.

- Kuş Salliard, E. (2010). Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, 14-24.
- Küey , L. (1998). Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 5-12.
- Küey, L. (1985). Yarıkentsel bir bölgede affektif bozuklukların yaygınlığı ve bu bozukluklara karşı gösterilen tutumları araştıran epidemiyolojik bir çalışma. Ege Üniversitesi, İzmir.
- Le, A., Li, Z., Funk, D., Shram, M., Li, T., & Shaham, Y. (2006). Increased vulnerability to nicotine self-administration and relapse in alcohol-naive offspring of rats selectively bred for high alcohol intake. *J Neurosci*, 26(6), 1872-9.
- Link, B. (1987). Understanding labeling effects in area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations and rejection. *Am Sociol Rev*, 52(1), 96-12.
- Link, B., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B., Struening, E., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. . *Psychiatr Serv*, 52(12), 1621-6.
- Livingston, J., & Boyd, J. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta- analysis. *71(12)*, 2150-2161.
- Lyons, M., Elsen, S., Goldberg, J., True, W., Lin, N., Meyer, J., et al. (1998). A registry-based twin study of depression in men. *55(5)*, s. 468-72.
- Lysaker, P., Davis, L., Warman, D., Strasburger, A., & Beattie, N. (2007). Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across 6 months. *Psychiatry Research*, 149, 89-95.
- Lysaker, P., Tsai, J., Yanos, P., & Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self- esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophr Res*, 98, 194-200.
- Lysaker, P., Vohs, J., & Tsai, J. (2009). Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning,

- hope, self-esteem and intrnalized stigma. *Schizophrenia Research*, 110, 165-172.
- Major, B., & O'Brien, L. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421.
- Marneros, A. (2006). *Mood disorders: Epidemiology and Natural History*, Psychiatry (Cilt 5).
- Montgomery, S., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), s. 382-389.
- Mutlu, E. (2000). Madde Bağımlılığı-Uçucu Maddeler. 22.
- Mutlu, E. (2007). *Madde Bağımlılığı (Uçucu Maddeler)*. 06 27, 2017 tarihinde Academia:  
[http://www.academia.edu/10159437/MADDE\\_BAĞIMLILIĞI\\_Uçucu\\_Maddeler](http://www.academia.edu/10159437/MADDE_BAĞIMLILIĞI_Uçucu_Maddeler) adresinden alındı
- Myers, J., Weissman, M., & Tischler, G. (1984). Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980- 1982. *Arch Gen Psychiatry*, 41, 959-970.
- Otlu, B. (2008). Üniversite öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin ve Ailevi İşlevleri: Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23, 30-35.
- Ögel, K. (1997). *Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık. 1. Baskı*. İstanbul: Cep Üniversitesi İletişim Yayınları.
- Ögel, K. (2001). *İnsan, yaşam ve bağımlılık tartışmalar ve gerekçeler*. İstanbul: IQ Kültür Sanat ve Yayıncılık.
- Ögel, K. (2004). Alkol ve madde kullanım bozukluklarında damgalanma. *3P Dergisi*, 12(3).
- Ögel, K. (2004). Alkol ve madde kullanım bozukluklarında damgalanma. *3P Dergisi*, 12.
- Ögel, K. (2005). Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. *1(47)*, 61-64.
- Ögel, K. (2010). *Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K. (2013, 06 12). *Madde Kullanımı ve Bağımlılığın Nedenleri, Sigara, Alkol ve Diğer Bağımlılıklar Üzerine Bir Araştırma*.  
<http://www.ogelk.net/Dosyadepo/etyoloji.pdf> adresinden alınmıştır

- Ögel, K., Tamar, D., & Çakmak, D. (1997). *Türkiye'de madde bağımlılığı. AMATEM'in 1997 Yılı Çalışmalarının Derleme Raporu.*
- Özden, S. (1992). *Uyuşturucu madde bağımlılığı (Teşhis-Tedavi-Tedbir).* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Özhan, G., Bay, Y., İşgüzar, M., & Kardeş, G. (2010). "Madde Bağımlılığı ile Mücadele" Öğretmen El Kitabı. Ankara.
- Özmen, D., Ozmen, E., Ergin, D., Çakmakçı, Ç. A., Şen, N., Erbay, D. P., et al. (2007). The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health*, 7, 1-7.
- Özmen, E. (2007). Stigma. Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. *Meta Basım Matbaası*, 9.
- Özmen, E., Ögel, K., Boratav, C., Sağduyu, A., Aker, T., & Tamar, D. (2003). Depresyon ile İlgili Bilgi ve Tutumlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14, 89-100.
- Özmen, E., Taşkın, E., & Özmen, D. (2004). Which Psychiatric label is more stigmatising? "Ruhsal Hastalık" or "Akıl Hastalığı". *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 47-55.
- Öztürk, M. (1992). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayımları.
- Öztürk, M. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı.* Ankara: Nobel.
- Özyazıcı, A. (2007). *Alkollü İçkiler Sigara ve Madde Bağımlılığı. 8. Baskı.* Ankara: Yenigün Matbaacılık.
- Pyne, J., Kuc, E., Schroeder, P., Fortney, J., Edlund, M., & Sullivan, G. (2004). Relationship Between Perceived Stigma and Depression Severity. *J Nerv Ment Dis*, 192(4), 278-83.
- Ritsher, J., Otilingam, P., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*, 121, 31-49.
- Sabancıoğulları, S., & Doğan, S. (2011). *Psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve etkileyen faktörler.* 20. Anadolu Psikiyatri Günleri Özet Kitabı.
- Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Oğuz, Ş., Ögel, K., & Tamar, D. (2003). Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 203-212.

- Sarıkoç, G. (2011). Ruhsal sorunları edeniyle ayaktan izlenen hastaların içselleştirilmiş etiketlenmeleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- Sayı, I. (2000). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Öncü Basımevi.
- Schulze, B., & Angermeyer, M. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med*, 56, 299-312.
- Sevindik, C., Özer, Ö., Kolat, U., & Önem, R. (2013). Major Depresif Bozukluğu veya Psikotik Bozukluğu Bulunan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve İşlevsellik Üzerine Etkisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(3), 198-207.
- Sevindik, C., Özer, Ö., Kolat, U., & Önem, R. (2014). Major Depresif Bozukluğu veya Psikotik Bozukluğu Bulunan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve İşlevsellik Üzerine Etkisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(3), 198-207.
- Sezgin, E., Evren, C., Çınar, Ö., Küçükgöncü, S., & Kılıç Bayram, M. (2010). Antiepileptik Barbeksaklon (maliasin) Bağımlılığı Olan İki Olgu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 128-132.
- Smith, R. (2012). Segmenting an Audience into the Own, the Wise, and Normals: A Latent Class Analysis of Stigma-Related Categories. *Communication Research Reports*, 29(4), 257-265.
- Şenkal, İ. (2013). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri İle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Şireli, Ö. (2012). Depresyon Tanısı Almış Ergenlerde Anne Baba Kabul Reddi-Kontrolü ve Aile İçi İlişkilerin Depresyon Şiddetine Etkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*.
- Tan, O. (2008). *Depresyon (7. Baskı)*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Tan, O. (2015). *Depresyon. Önemli Bilgiler, Çıkış Yolları. 8. Baskı*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Tarhan, N. (2013). *Stresten Depresyona*. (D. Dergi, Prodüktör)  
<http://www.nevzattarhan.com/stresten-depresyona.html> adresinden alınmıştır
- Tarhan, N. (2010). *Toplum Psikolojisi*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Tarhan, N. (2011). *Kadın Psikolojisi*. İstanbul: Nesil Yayıncılık.

- Tarhan, N., & Nurmedov, S. (2014). *Bağımlılık. Sanal veya Gerçek. 3. Baskı*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Taşkent, A. (2010). Alkol Ve/Veya Madde Bağımlıları ile Bağımlılığı Olmayan Bireylerin Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağımlılık Şiddetinin Savunma Mekanizmaları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. 13. Maltepe Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Taşkın, E. (2007). İçselleştirilmiş damga ve damgalanma algısı. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. 1. Baskı. *Meta Basım Matbaacılık*, 31-40.
- Taşkın, E. (2007). Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. 1. Baskı. *Meta Basım Matbaacılık*, 17-30.
- Tekalan , A. (2012). Uyuşturucu Maddelere Genel Bir Bakış. *Yeşilay, Bağımlılık Tedavisi, Aylık sağlık, Eğitim ve Kültür Dergisi*, 87(936), 32.
- Tel, H., & Ertekin Pınar, Ş. (2012). Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* , 3(2), 61-66.
- Tezcan, E. (2000). Depresyonun Ayırıcı Tanısı. *Duygudurum Dizisi*, 2, 77-98.
- Tezel, A. (2003). Postpartum Depresyon Riskli Kadınlarda Bakım ve Eğitimin Depresyon Belirti Düzeyine Etkisinin Karşılaştırılması. Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Tosun, M. (2008). Madde Bağımlılığına Genel Bakış. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi*, 62, 201-220.
- Tuğrul, M. (2015). Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Bakım Verme Yükleri Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Türkçapar, H. (2009). *Depresyon*. Ankara: HYB Yayınları.
- Türkmen, S., Kumaşoğlu, Ç., & Akyol, T. (2015). Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) Biriminde Yatan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi. *Bağımlılık Dergisi*, 16(4), 182-191.
- UNODC. (2014). *World Drug Report 2014*. New York: United Nations.

- Ustun, T., Ayuso-Mateos, J., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*, 184, 386-92.
- Uzbay, İ. (2009). Madde Bağımlılığı. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 21, 5-15.
- Uzbay, İ. (2009). *MADDE BAĞIMLILIĞININ TARİHÇESİ, TANIMI, GENEL BİLGİLER VE BAĞIMLILIK YAPAN MADDELER*. Türk Eczacılar Birliği Meslek içi Sürekli Eğitim Dergisi.
- Uzbay, İ. (2009). Madde Bağımlılığının Tedavisi. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 64-72.
- Uzbay, İ., & Yüksel, N. (2003). Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı. *Çizgi Tıp Yayınevi*, 2. Baskı, 485-520.
- Üçok, A. (2003). Şizofreni hastası neden damgalanır? *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6, 3-8.
- Üstündağ, M., & Kesebir, S. (2013). İki Uçlu Bozuklukta İçselleştirilmiş Damgalanma: Klinik Özellikler, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24, 1-9.
- Vardar, E. (2009). Alkol ve Madde Bağımlılığında Damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 62-63.
- World Health Organization, W. (2004). *International statistical classification of diseases and health related problems (The) ICD-10*. World Health Organization.
- World Psychiatric Association. (1998). Fighting stigma and discrimination because of schizophrenia. *World Psychiatric Association*.
- Wright, E., Gronfein, E., & Owens, T. (2000). Deinstitutionalization, social rejection and self-esteem of former mental patients. *Health Social Behaviour*, 41, 68-90.
- Yanık, M., Şimşek, Z., Katı, M., & Nebioğlu, M. (2003). Tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumuna psikiyatri eğitiminin etkisi. *Yeni Symposium Dergisi*, 41(4), 190-192.
- Yemez, B., & Alptekin, K. (1998). Depresyon Etiyolojisi. *Psikiyatri Dünyası*, 2(1), s. 21-5.
- Yıldırım, S. (2008). *Bipolar Bozukluğa Yönelik Damgalama ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü*. Kocaeli: XV. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı.
- Yılmaz, M. (2011). Türkiye’de Madde Kullanımı Ve Bağımlılığı.
- Zarrinpar, A. (2002). Psychiatry and stigmatization. *JAMA*, 297(14), 1856.

- Zengin , S., & Altay, B. (2014). Sınıf öğretmenliği bölümünde öğrenim gören öğrencilerin madde kullanım durumlarına göre benlik saygısının incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 892-907.
- Zor, C. (2005). Ortaöğretim Öğrenci Ailelerinin Uyuşturucu Madde Kullanımının Zararları İle Korunma Yolları Hakkındaki Görüşleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 32. Ankara.





# ÖZGEÇMİŞ

## Kişisel Bilgiler

**Ad-Soyad:** Ceren KAYA

**Doğum Tarihi / Yeri:** 06.07.1991 / Antalya

## Eğitim Durumu:

**2015 - 2017 :** Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans

**2009 - 2015 :** Bahçeşehir Üniversitesi Psikoloji Bölümü

**2005 - 2009 :** AKEV Koleji

**1997 - 2005 :** Namık Kemal İlköğretim Okulu

## İş ve Staj Denevimleri:

**Aralık 2015 – Şubat 2017 :** Humanite Psikiyatri Tıp Merkezi Gönüllü Psikolog, Prof. Dr. Sedat Özkan'ın gönüllü asistanı

**Eylül 2016 - Ekim 2016 ( 15 gün ) :** NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi (STAJ)

**Ağustos 2015 – Eylül 2015 :** Bengi Semerci Enstitüsü

**Ekim 2014 – Ocak 2015 :** Alanur Özalp – Danışman Psikolojik Hizmetler Merkezi

## Seminerler ve Kurslar:

**Şubat 2017:** Şema Terapisi Eğitimi

**Ekim 2016 – Aralık 2016:** CETAD – Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları Temel Eğitimi

**Haziran 2016:** Nöropikolojik Testler Eğitimi – Türk Psikologlar Derneği

**Şubat 2016:** Psikoönkoloji Eğitimi - Prof. Dr. Sedat Özkan

**Ekim 2015 :** BePositive Mesleki Staj Programı

**Nisan 2015:** Bahçeşehir Üniversitesi – Yeme Bozukluklarındaki Gelişimsel Yaklaşımlar Sempozyumu

**Nisan 2015:** Bilgi Üniversitesi – Benötesi Psikoloji'nin İnsan Anlayışı Sempozyumu

**Mart 2014:** Bahçeşehir Üniversitesi – Enmac Danışmanlık ' Int. Man. Systems Standards & Environmental Management Systems '

**Şubat 2014:** Bahçeşehir Üniversitesi - Bağlansak mı Bağlanmasak mı ? - Yrd. Doc. Dr. Ayşe Meltem Üstündağ

## EKLER

### EK. 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

**CALİŞMANIN ADI:** Depresyon tanısı almış yatan hastaların ve madde bağımlılığı tanısı almış yatan hastaların sosyal damgalanma açısından değerlendirilmesi

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, araştırmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.*

#### **CALİŞMANIN KONUSU VE AMACI :**

**Çalışmanın amacı; Depresyon tanısı almış yatan hastaların ve madde bağımlılığı tanısı almış yatan hastaların sosyal damgalanmaları açısından incelenmesidir.**

Ölçekleri dolduracak olan depresyon tanısı almış yatan hastaların ve madde bağımlılığı tanısı almış yatan hastaların sosyal damgalanmaları baz alınarak oluşturulacak örnekleme birlikte; depresyon tanısı almış yatan hastaların sosyal damgalanmalarının, bağımlılık tanısı almış yatan hastaların sosyal damgalanmalarıyla ilişkisine değinerek karşılaştırmak tezin amacını oluşturmaktadır.

Sosyal damgalanmanın sosyal işlevsellik üzerindeki etkisi birçok konuda ve makalede detaylı incelenmesine karşın yatan depresyon hastalarıyla yatan madde bağımlılarının damgalanması açısından karşılaştırılması ve aralarında bir fark olup olmaması açısından incelenmesi hakkında yeterli araştırma bulunmamaktadır. Madde bağımlılığının gün geçtikçe artması ve sosyal damgalanmanın sosyal işlevselliğe olan dikkat çekici etkisi detaylı araştırılması tezin önemini vurgulamaktadır.

#### **CALİŞMA İŞLEMLERİ:**

Bu çalışmada; Beck Depresyon Ölçeği (BDI), DAST – 10 Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) kullanılacaktır. Bu 3 ölçek kapsamında araştırmada depresyon tanısı almış yatan

hastaların ve madde bağımlılığı tanısı almış yatan hastaların sosyal damgalanma açısından değerlendirerek ölçmek amaçlanmıştır. Ölçeğe başlarken gönüllü olan katılımcılara ölçek hakkında bilgilendirme yapılacak ve ölçek sonunda katılımcıların soruları var ise cevaplandırılacaktır. Ölçekler gönüllülük esasına bağlı kalınarak uygulanacaktır ve bunun dışında başka bir istek belirtilmeyecektir.

### **CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Bu çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar öncelikle ölçekleri cevaplandırırken içinde buldukları depresyon durumu ve madde bağımlılık durumu hakkında farkındalık kazanabilecekleri gibi aynı zamanda içinde buldukları ve kendilerini ilgilendiren bir bilimsel bir araştırmaya da dahil olmuş olacaklardır. Bunun yanı sıra araştırmanın konusu dahilinde merak edilen tüm soruları ilgi ve alakayla yanıtlandırılacaktır. Araştırmanın bitiminde araştırmayla ilgili merak edilen konuları verilen mail adresinden araştırmacıya ulaşılarak tartışma imkanına sahip olacaklardır. Ayrıca araştırmaya katılanlar bilim dünyasına katkıda bulunmuş olacaklardır.

### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Bu çalışmada kişisel bilgileriniz kesinlikle kurum dışına çıkmayacak ve araştırma sınırları içerisinde tutulacaktır. Ayrıca doldurulacak olan ölçeklerde sosyodemografik bilgiler dışında belirtilmesi gereken kişisel bir bilgi zorunluluğu bulunmamaktadır ve özellikle isim belirtilmesine de gerek yoktur. Seçilen katılımcılar gönüllülük esasına dayalı seçilecek ve seçilen kişilerin kimler olduğunu araştırmacılar dışında kimse bilmeyecektir.

### **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

- 1. Araştırmacı: Ceren KAYA**
- 2. E-mail: pskcerenkaya@gmail.com**

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise ) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı<sup>2</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

- 1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi
- 2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

## **EK. 2. Kişisel Bilgi Formu**

Değerli katılımcılar,

Akademik amaçla hazırlanmış olan bu çalışmada sorulara samimi ve objektif olarak cevap verilmesi araştırma bulgularının geçerli olması için gereklidir. Lütfen hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız. Sonuçlar toplu olarak değerlendirileceği için **isim belirtmenize gerek yoktur. Cevapların yanındaki kutulara işaretleme yapılacaktır.** Katkıda bulunmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim.

---

### **1) Cinsiyet:**

(...) Kadın

(...) Erkek

### **2) Yaş: (yazarak belirtiniz) .....**

### **3) Medeni Durumunuz:**

(...) Evli

(...) Bekar

(...) Boşanmış

(...) Eşinden ayrı yaşıyor

(...) Dul

### **4) Kimlerle yaşamaktasınız?**

(...) Aile (anne-baba)

(...) Eş (eş, çocuk)

(...) Çocuklarla

(...) Akrabalar

(...) Diğer

### **5) Mezun olduğunuz okul?**

(...) Okur-yazar değil

(...) İlköğretim

(...) Lise

(...) Üniversite

(...) Diğer..

### **6) Gelir durumunuz nedir?**

(...) 1000tl altı gelir

- (...) 1001tl -2500tl arası gelir  
(...) 2501tl üstü-5000tl arası gelir  
(...) 5001tl üstü gelir

**7) Hastanede ilk kez mi yatarak tedavi görüyorsunuz ?**

- (...) Evet  
(...) Hayır

**8) Hastaneye yatış sebebiniz nedir? ( belirtiniz ) .....**

**9) Hastanede kaç kez yattınız ?**

- (...) 1 – 5  
(...) 5 – 10  
(...) 10 – 15  
(...) 15 üzeri

**10) AMATEM katında yatıyorsanız tercih maddenizi belirtiniz.**

- (...) Sigara  
(...) Alkol  
(...) Madde ( eroin, kokain vb. )  
(...) Yok

**11) Tercih maddenizi ne kadar süredir kullanmaktasınız?**

- (...) 3 aydan daha az  
(...) 3 – 6 ay  
(...) 6 – 12 ay  
(...) 1 yıldan fazla

***Verdiğiniz bilgiler için teşekkür ederiz, anketimiz burada sonlanmıştır.***

## EK. 3. Beck Depresyon Envanteri

# Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.  
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
(1) Gelecek için karamsarım.  
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.  
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.  
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.  
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.  
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.  
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.  
(1) Kendimden pek memnun değilim.  
(2) Kendime kızgınım.  
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.  
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.  
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.  
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.  
(2) Kendimi öldürmek isterdim.  
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.  
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.  
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.  
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.  
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.  
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.  
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.  
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.  
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.  
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.  
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.  
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.  
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.  
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.  
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.  
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.  
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.  
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.  
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.  
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.  
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.  
(2) Her şey beni yoruyor.  
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.  
(1) Eskisinden daha iştahsızım.  
(2) İştahım çok azaldı.  
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.  
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.  
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.  
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.  
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.  
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.  
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgisimde herhangi bir değişiklik yok.  
(1) Eskisine oranla sekse ilgisim az.  
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.  
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.  
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğini düşünüyorum.  
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.  
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....



#### EK. 4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ( RHİDÖ )

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

- “Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız ( 1 ) rakamını ;  
“Aynı fikirde değilim” diyorsanız ( 2 ) rakamını ;  
“Aynı fikirdeyim” diyorsanız ( 3 ) rakamını ;  
“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız ( 4 ) rakamını daire içine

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

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 12.Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor. 1 2 3 4
- 13.Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum. 1 2 3 4
- 14.Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez. 1 2 3 4
- 15.Sırf ruhsal hastalığımın dolayısı ile insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar. 1 2 3 4
- 16.Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim. 1 2 3 4
- 17.Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti. 1 2 3 4
- 18.İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığım olduğunu anlayabilirler. 1 2 3 4
- 19.Ruhsal hastalığımın dolayısı ile benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım. 1 2 3 4
- 20.Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum. 1 2 3 4
- 21.Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir. 1 2 3 4
- 22.Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar. 1 2 3 4
- 23.Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz. 1 2 3 4
- 24.Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı. 1 2 3 4
- 25.Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez. 1 2 3 4
- 26.Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum. 1 2 3 4
- 27.Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var. 1 2 3 4

- 28.İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.  1  2  3  4
- 29.Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.  1  2  3  4



### EK. 5. Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi (DAST-10)

MADDE KÖTÜYE KULLANIMI TARAMA TESTİ ( DAST-10)		
<b>Cinsiyet:</b> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> <b>Yaş:</b> _____		
Kullanmakta olduğunuz maddeyi ya da maddeleri seçerek işaretleyiniz. Esrar <input type="checkbox"/> Eroin <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Kokain <input type="checkbox"/> Uçucu maddeler (Tiner/Bally) <input type="checkbox"/> Benzodiazepinler <input type="checkbox"/> Diğer _____		
<i>Aşağıdaki sorular kullanmakta olduğunuz alkol ve sigara dışındaki maddeler içindir ve son 12 ayı içermektedir. Mümkün olduğunca dürüst bir şekilde cevaplayarak kendinize en uygun cevabı işaretleyiniz.</i>	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
1- Tıbbi nedenlerle gerekli olanlar dışında madde kullandınız mı?		
2- Tek seferde birden fazla madde kötüye kullanır mısınız?		
3- Her istediğiniz zaman madde kullanmayı bırakabiliyor musunuz?		
4- Madde kullanımınız nedeniyle “kendinizden geçtiğiniz-blackout” ya da “geçmişte gibi yaşadığınız-flashback” oldu mu?		
5- Madde kullanımınızla ilgili olarak kendinizi hiç kötü ya da suçlu hisseder misiniz?		
6- Eşiniz (ya da ebeveyniniz) maddelere olan ilginiz nedeniyle hiç yakınır mı?		
7- Madde kullanımınız nedeniyle ailenizi ihmal ettiniz mi?		
8- Maddeyi elde etmek için yasa dışı eylemlerde bulundunuz mu?		
9- Madde almayı kestiğiniz zaman hiç yoksunluk belirtisi (hasta hissetmek gibi) yaşadınız mı?		
10- Madde kullanımınız sonucunda tıbbi bir problem yaşadınız mı (örn. hafıza kaybı, hepatit, sara nöbeti ya da kanama vs)?		