



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MADDE BAĞIMLILIĞI TANISI ALAN BİREYLERİN SOSYAL
İŞLEVSELLİK VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA
DÜZEYLERİ**

Ganime CAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep
2012



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MADDE BAĞIMLILIĞI TANISI ALAN BİREYLERİN SOSYAL
İŞLEVSELLİK VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DÜZEYLERİ**

Ganime CAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep
2012

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**MADDE BAĞIMLILIĞI TANISI ALAN BİREYLERİN SOSYAL
İŞLEVSELLİK VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DÜZEYLERİ**

Ganime CAN

Tez Savunma Tarihi: 20/01/2012
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

**Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü**

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

**Prof. Dr. Akif ŞİRİKÇİ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

**Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ
Tez Danışmanı**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmzası

Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Yrd. Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU

Yrd. Doç. Dr. Ahmet ÜNAL

BEYAN

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

07.01.2012

Ganime CAN

TEŞEKKÜR

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Enstitüsü'ne kabul edildiğim ilk günden itibaren hiç desteğini esirgemeyen, psikiyatri hemşireliği alanında engin bilgi ve tecrübesinden sonsuz faydalandığım, gerek yüksek lisans dersleri gerekse araştırma sürecinde bana her konuda rehberlik eden, yorum ve önerileri ile çalışmama önemli katkılar sağlayan çok değerli hocam, Sayın Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye teşekkürlerimi borç bilirim.

Araştırmayı yapabilmem için bana gerekli ortamı sağlayan, ilgi ve desteğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Haluk SAVAŞ'a,

Tezime yaptığı katkılardan dolayı Fatma GÖKPINAR ve Fatih GÜR' e,

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Psikiyatri Servisi'nde çalışan tüm hemşire ve asistan doktorlara,

Çalışmamın veri tabanını oluşturan hastalara,

Anneme, babama ve kardeşlerime her zaman olduğu gibi yüksek lisans eğitimim boyunca da yanımda oldukları, bana güvendikleri, sevgilerini ve desteklerini hiçbir zaman eksik etmedikleri, bugüne kadar benim için vermiş oldukları bütün emekler için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ganime CAN

Gaziantep/2012

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
KISALTMA VE SİMGELER	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Araştırmanın Amacı.....	6
1.2. Araştırmanın Hipotezi.....	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Bağımlılık Yapan Maddelerin Tanımı.....	7
2.2. Bağımlılık Nedir.....	7
2.2.1. Psikolojik Bağımlılık.....	8
2.2.2. Fiziksel Bağımlılık.....	8
2.3. Tanı ve Sınıflama.....	9
2.4. Madde Kullanımı ve Bağımlılığın Epidemiyolojisi.....	10
2.4.1. Türkiye’ de Madde Kullanımı.....	11
2.4.2. Dünya’da Madde Kullanımı.....	13
2.5. Alkol ve Madde Bağımlılığının Etiyolojisi.....	14
2.5.1. Biyolojik Nedenler.....	14
2.5.1.1. Kalıtım.....	14
2.5.1.2. Cinsiyet.....	15
2.5.1.3. Yaş.....	15
2.5.2. Psikososyal-Ekonomik Nedenler.....	15
2.5.2.1. Kişilik.....	15
2.5.2.2. Toplumsal ve Çevresel Faktörler.....	16
2.5.2.3. Merak ve Stres Etkenleri.....	17
2.6. Psiko-Aktif Maddelerin Sınıflandırılması.....	17
2.7. Psiko-Aktif Maddelerin Etkileri.....	18
2.7.1. Merkezi Sinir Sistemine Uyuşturucu (Narkotik) Etki Edenler.....	19
2.7.2. Merkezi Sinir Sistemine Uyarıcı (Stimulan) Olarak Etki Edenler.....	20

2.7.3. Merkezi Sinir Sistemine Halüsinojik Etki Edenler.....	23
2.7.4. Merkezi Sinir Sistemini Yavaşlatanlar (Depresanlar).....	24
2.8. Alkol Kullanım Bozuklukları.....	25
2.9. Tanı Ve Sınıflama.....	26
2.10. Alkol Bağımlılığının Ve Kullanımının Epidemiyolojisi.....	28
2.10.1. Türkiye’ de Alkol Kullanımı.....	28
2.10.2. Dünya’da Alkol Kullanımı.....	29
2.11. Madde ve Alkol Kullanım Bozukluklarında Tedavi ve Savaş.....	30
2.11.1. İlaç tedavisi.....	31
2.11.2. Ruhsal – Toplumsal Tedavi İlkeleri.....	32
2.11.3. Tedavinin Aşamaları.....	32
2.11.3.1. Tedaviye Yönlendirme.....	32
2.11.3.2. Detoksifikasyon (Arındırma).....	33
2.11.3.3. Bağımlılığın Terapisi.....	33
2.11.3.4. Rehabilitasyon ve Topluma Kazandırma.....	34
2.12. Sosyal İşlevsellik.....	34
2.12.1. Madde-Alkol Bağımlılığı ve Sosyal İşlevsellik.....	35
2.13. Damgalanma.....	38
2.13.1. Madde-Alkol Bağımlılığı ve Damgalanma.....	39
2.13.2. Etiketlenmeyi Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	40
3. MATERYAL ve METOD.....	42
3.1. Araştırmanın Türü.....	42
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	42
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	42
3.4. Verilerin Toplanması.....	43
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	43
3.4.2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ).....	43
3.4.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ).....	43
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	44
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	44
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	45
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	45
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIŞMA.....	64

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	76
6.1. Sonuçlar.....	76
6.2. Öneriler.....	78
7. KAYNAKLAR.....	79
8. EKLER.....	90
EK-I: TANITICI BİLGİ FORMU.....	90
EK-II: RUHSAL HASTALIKLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMASI ÖLÇEĞİ (RHİDÖ).....	92
EK-III: SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ (SİÖ).....	96
ÖZGEÇMİŞ.....	102

TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	46
Tablo 2. Hastaların Aile ve Madde Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları.....	47
Tablo 3. Bireylerin İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları.....	48
Tablo 4. Bireylerin İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyine Göre Dağılımları.....	49
Tablo 5. Bireylerin İçselleştirilmiş Damgalanma ile Sosyal İşlevsellik Puanları Arasındaki İlişki.....	50
Tablo 6. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 7. Bireylerin Aile ve Madde Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Alt boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 8. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Alt boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 9. Bireylerin Aile ve Madde Kullanım Özelliklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Alt boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Madde Bağımlılığının DSM-IV' e Göre Tanı Ölçütleri.....	9
Şekil 2. Madde Kötüye Kullanımının DSM-IV' e Göre Tanı Ölçütleri.....	10
Şekil 3. Sosyal İçicilik ve Alkol Bağımlılığı.....	26
Şekil 4. Alkol Bağımlılığının DSM-IV'e Göre Tanı Ölçütleri.....	27
Şekil 5. Alkol Kötüye Kullanımının DSM-IV' e Göre Tanı Ölçütleri.....	27
Şekil 6. Madde Bağımlılığı Tedavisi Sonrası Sosyal Yaşamda Ortaya Çıkan Sorunlar.....	37

KISALTMALAR VE SİMGELER

DSM-IV: Mental Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition).

RHİDÖ: İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

SiÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği

ÖZET

MADDE BAĞIMLILIĞI TANISI ALAN BİREYLERİN SOSYAL İŞLEVSELLİK VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DÜZEYLERİ

Ganime CAN

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Danışman: Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ
2012, 102 sayfa

Bu araştırma, madde bağımlılarının sosyal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri kliniğinde araştırmanın yapıldığı tarihlerde DSM-IV tanı ölçütlerine göre madde bağımlılığı tanısı alan, yatarak tedavisi devam eden, araştırma kriterlerine uyan tüm hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise araştırma kriterlerine uyan 105 madde bağımlısı hasta oluşturmaktadır. Veriler, 15 Ağustos 2010 - 1 Haziran 2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesine yüzdellik, aritmetik ortalama ve standart sapma, Varyans Analizi, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Bağımsız Gruplarda T testi, Pearson Korelasyon Analizi Tukey HSD ve Bonferroni Analizi kullanılmıştır. Hastaların %92.4'ünü erkek hastalar, %37.1'ini 18-25 yaş arasındaki hastalar oluşturmaktadır. Hastaların SİÖ toplam puan ortalamasının 103.25±25.09 olduğu bulunmuştur. Hastaların sosyal işlevsellik ölçeği alt boyutlarından en fazla etkilenenler ise sırasıyla; Öncül Sosyal Etkinlikler (13.68±10.40), Boş Zamanlarını Değerlendirme (13.16 ± 8.46), Sosyal Çekilme (9.31±2.21) ve Bağımsızlık Düzeyi-Performans (21.40±7.27) ile ilgili alanlar takip etmektedir. Bu değerlere göre madde bağımlılarının işlevsellik düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hastaların içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamaları ise 2.92±0.48 olarak bulunmuştur. Hastaların %43.8'inin ciddi, %41.0'inin orta düzeyde damgalandıkları saptanmıştır. Madde bağımlılığı olan hastaların, içselleştirilmiş damgalanma durumunun yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile sosyal işlevsellikleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Bu sonuçlara göre, madde bağımlılarının rehabilitasyonunda, hastaların algıladıkları içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini azaltmaya ve işlevselliklerini artırmaya yönelik danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: İçselleştirilmiş Damgalanma, Sosyal İşlevsellik, Madde Bağımlılığı

ABSTRACT

SOCIAL FUNCTIONALITY AND INTERNALIZED STIGMATIZATION LEVELS OF INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH SUBSTANCE DEPENDENCE

Ganime CAN

Postgraduate Thesis, Department of Nursing

Psychiatry Nursing Postgraduate Program

Supervisor: Asist. Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

2012, 102 pages

This research is done -as a descriptive one- with the aim of specifying social functionality and internalized stigmatization levels of substance users. All the patients diagnosed with substance dependency according to DSM-IV diagnosis criteria, given in-patient treatment at Gaziantep University Şahinbey Research and Application Hospital Psychiatry Clinic at the time of research and were in conformity with the criteria are the target population of the study. Study sample, on the other hand, consists of 105 substance abusers matching research criteria. Data is gathered between 15 August 2010 and 1 June 2011. Introductory Information Form, Internalized Stigmatization Scale for Mental Diseases and Social Functionality Scale (SİÖ) are used in the process of data gathering. Percentage, arithmetic average and standard deviation, variance analysis, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Independent Samples T test, Pearson correlation analysis, Tukey HSD and Bonferroni analysis are used in data evaluation. %92.4 of all patients are male patients. %37.1 of them are between the ages of 18 and 25. It is confirmed that the patients' SİÖ average total score is 103.25 ± 25.09 . Areas related with Precursor social activities (13.68 ± 10.40), spending spare time (13.16 ± 8.46), social withdrawal (9.31 ± 2.21) and level of independence and performance (21.40 ± 7.27) are, in turn, mostly affected by the sub-dimension of patients' social functionality scale. According to these figures, substance abusers' functionality levels are determined as intermediate level. Patients's average total score for internalized stigmatization is confirmed as 2.92 ± 0.48 . When the patients' distribution characteristics of stigmatization are examined, it is confirmed that %43.8 of the patients are stigmatized seriously, and %41.0 of them are stigmatized at intermediate level. It is concluded that patients, who are drug abusers, have a high level of internalized stigmatization. There is a significant relation, in a negative way, between the internalized stigmatization levels and social functionality of patients ($p < 0.05$). According to these results, during the rehabilitation of substance users counseling services in order to decrease patients' internalized stigmatization perceived by them, and to increase their functionalities are recommended to be given.

Key words: Internalized Stigmatization, Social Functionality, Substance Dependence

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Alkol ve madde kullanım bozuklukları, kişide fiziksel, ruhsal ve toplumsal sorunlara yol açabilen süregelen bir rahatsızlık durumudur. Vücudun hemen her organını etkileyerek önemli sağlık problemlerine neden olabilir. Trafikle ilgili suçlar, çeşitli kazalar, cinayet ve özkıyım gibi sorunlar, ailelerin parçalanması, iş yaşamının bozulması, ekonomik ve sosyal alanlarda bozulmalar gibi birçok sorunla ilişkilidir. Çağımızda duruma göre kişisel halk sağlığı, bireylerarası ilişkiler ve kamu düzeni üzerindeki yıkıcı yansımaları ile ülkelerin gündeminde çözülmesi gereken yüksek öncelikli sorunlardan biri haline gelmiştir (1,2). Çalışmalar önceki yıllarda ülkemiz için daha az tehditkar olan alkol ve madde kullanım bozukluklarının toplumun birçok kesimini içine alacak boyutlarda yaygınlaştığını göstermektedir (3,4). Öte yandan, alkol ve madde kullanım bozuklukları diğer Avrupa ülkeleri ve ABD ile karşılaştırıldığında ülkemizde daha düşük oranlarda görülmektedir (5,6). Türkiye'de son yıllarda alkol ve madde kullanımını bir sorun olarak algılanmaya başlanmakla birlikte, ilgili çalışmaların yetersiz olduğu söylenebilir. Bu alanda daha fazla bilgi edinmek için kapsamlı araştırmalara gereksinim olduğu açıktır. Alkol ve madde kullanım yaygınlığı hakkında daha kapsamlı bilgiler edinmek, koruyucu çalışmalar için gerekli ve önemli bir adımdır (6). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2001'deki deklarasyonunda; günümüzde birçok genç insanın sağlığı ve huzurunun alkol ve diğer psikoaktif maddelerin kullanımından dolayı ciddi bir şekilde tehdit altında olduğu vurgulanmıştır (7). Toplumun her kesimini etkilemesi ve bir toplumdan diğerine sınır tanımaz yaygınlığı sorunun önemini daha da artırmaktadır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde kırsaldan kente düzensiz göç ve işsizlik sorunu sonucunda, ekonomik ve kültürel-sosyal yapıda hızlı değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Değişen değer yargıları ve geleneksel toplumun otokontrol mekanizmalarının gücünün azalması, bireyi ve onun oluşturduğu toplumu sosyal yalnızlığa ve yabancılaşmaya götürmektedir. Sonuçta çaresizleşen bireyin yeni doyum yolları araması ve bu yolda kendine ve topluma zararlı tercihlere yönelmesi kolaylaşmaktadır (8,9). Yine madde bağımlılığına neden olan faktörler arasında, kişilik yapısının, aile içi ilişkilerin, çocuğun toplumsallaşma sürecinin, ailenin sosyo-ekonomik statüsünün, kişinin çevresinde madde kullananların varlığının, maddenin elde edilebilme kolaylığının dışında merak, teşvik ve yeni zevkleri tatma isteği sayılabilir (10).

Madde ve alkol kullanımındaki artışa paralel olarak, madde kullanımına bağı bireysel ve toplumsal sorunlarda da artış olmakta, maddenin etkilerine bağı olarak bireylerin beden ve ruh sağılıklarının bozulmasının yanında, kötüye kullanım ya da bağımlılıkla ilişkili olarak kişilerarası ilişkiler bozulmakta, okul başarısı düşmekte, ailede ve iş yerinde çatışmalar ortaya çıkmakta, maddenin yarattığı etkiye bağı olarak, riskli davranışlar artmakta, intihar, adam yaralama, öldürme, iş ve trafik kazalarında artış (2) sosyal geri çekilme, sosyal etkinliklerde azalma, kendi başına yaşamını sürdürememe ve iş alanında işlevselliğin yitirilmesi ile ilgili becerilerin kaybı gibi belirtiler hastalığın ilk başından itibaren ortaya çıkmaktadır.

Sosyal işlev yetersizliği hastanın yaşam kalitesini düşürmekte ve sosyal, aile, boş zaman ve mesleki rol işlevinde problemlere neden olmaktadır. Hastanın sosyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesinin, iyi klinik tedavi planı ve hastanın topluma dönüşü için hazırlanmasında önemli olduğu belirtilmektedir (11). Sosyal işlevsellik düzeyi ruhsal bozuklukların seyrinde belirleyici olabilir ve bu nedenle de tedaviye cevabın değerlendirilmesinde önemsenmelidir. (12).

Sosyal işlevselliği etkileyebilecek onunla ilgili olabilecek faktörlerin belirlenmesi de önem arz etmektedir. Damgalanma algısı sosyal işlevsellikte bozulma ve tedaviyi yarım bırakmanın yordayıcısı olarak bildirilmiştir (13).

Literatürde ruhsal hastalıkların tehdit içeren, korku veren, mantıklı düşünceyi ve özgür iradeyi kaldıran durumlar olarak görüldüğü belirtilmektedir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin ne yapacağını kestirilememesi, hareketlerine anlam verilememesi nedeniyle tehlikeli olarak düşünüldüğü yönündeki önyargılar devam etmekte, kitle iletişim araçları ile de bu önyargılar pekiştirilmekte ve yaygınlaştırılmaktadır. Medyadaki ruhsal hasta ve hastalıklarla ilgili hatalı yorumların tekrarlanması ile izleyicinin zihninde “ruh hastaları saldırgandır” yargısının netleşmesi söz konusudur (14). Öte yandan toplum tarafından ruhsal hastalık olarak algılanmamaktadır (15). Bu hastalara yönelik olan dışlayıcı, soyutlayıcı ve yanlış tutumlar, hastaların daha az sosyal destek almalarına, yetersizlik duyguları yaşamalarına, sosyal ilişkilerden kaçınmalarına, suçluluk ve utanç duygularında artmaya, kendilik değerinde düşmeye, işsiz kalmalarına, evsizlik ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır. Bununla birlikte, bu tutumlar sonuç olarak hastaların sağıltıma başlamaktan ya da psikiyatri servislerinde tedavi almaktan kaçınmalarına, hastalıklarını gizlemelerine yol açmaktadır (16-21,24). Dolayısıyla, toplumda yaşayan bireylerin, ruhsal hastalıklara yönelik geliştirdiği olumsuz inanç ve tutumların, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumsal yaşamında ciddi engeller

oluşturarak topluma uyumunu (25) ve tedavi uyumunu sınırlamaktadır. Bu nedenle, ruh sağlığı tedavisinin standartlarını geliştirmede, damgalama ve ayrımcılık tüm dünyada öncelik taşımaktadır (26). Ülkemizde de damgalanma üzerine yapılan çalışmalar da, ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalandığını ve dışlandığını göstermektedir (17-19,27-29). Ruhsal bozukluklar içinde en olumsuz tutumlara maruz kalan iki hasta grubu ise şizofreni ve alkol/ madde bağımlılığı hastalarıdır (30). Madde ve alkol bağımlılığına ilişkin bu damgalanmalar çoğu kez; ahlaki açıdan düşük değerlilik, kişilik zayıflığı, kişilik bozukluğu, suç eğilimi gibi olumsuz yargılar şeklinde olmaktadır. Ülkemizde de alkol ve madde bağımlılıkları için benzer damgalanmalar yapılmakta ve edindiğimiz deneyimlere göre bu düşünceler kolay değişmemektedir (16). Ruhsal hastalıklara yönelik damgalamaya ilişkin tutumlar doğrudan sözel yollarla olmasa da sözel olmayan beden diliyle farkında olunmadan nesilden nesile miras olarak aktarılabilmektedir. Bu iletileri algılayan bireyler ise çocukluğundan itibaren bunu içselleştirebilmekte, kendine mal edebilmekte ve o şekilde davranabilmektedir. Ruhsal sorunları olan bireylerin damgalanma, dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalmadıkları halde kendilerini damgalanmış olarak hissettikleri de görülmüş ve böylece damgalamanın içsel boyutu fark edilmiştir. Bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için uygun görmesi ve kabullenmesi olarak tanımlanan bu durum “içselleştirilmiş damgalanma” olarak adlandırılmaktadır. Kendisini damgalanmış olarak düşünen birey ise değersizlik, utanç, suçluluk gibi olumsuz duyguları yaşayarak kendisini toplumdan geri çekmekte ve sosyal izolasyon yaşamaktadır (31). Ruhsal bozukluğu olan kişiler ve ailelerinin çevreden somut olarak bir damgalanma, dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalmadıkları halde, bu duyguyu yaşadıkları görülmüştür. Ruhsal bozukluğu olan kişiler ve yakınları toplumdan önce kendilerini damgalamaktadır. Bu süreç kişiye ruhsal bozukluk tanısı konmasıyla başlar, bu kişilerde önceden var olan “ruhsal olarak hasta kişi” kalıbı canlanır. Kişinin bu kalıp yargısı ne kadar olumsuzsa, algıladığı damgalanma da o kadar yüksek olmaktadır (29).

Literatür incelendiğinde toplumun çeşitli gruplarının ruhsal hastalıklara yönelik damgalama durumunun ve toplumun tutumlarının belirlendiği çok sayıda çalışma yapılmış olmakla birlikte (27,33-35) ruhsal sorunu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma durumunu değerlendiren çalışmalar sınırlıdır (36-38). Schomerus'de (2011) yaptığı çalışmada madde/alkol bağımlısı olan bireyler diğer psikotik hastalıklara maruz kalan kişilerle karşılaştırıldığında daha az sıklıkla ruhsal hasta olarak nitelendirilmiştir. Yani madde bağımlıları bir hasta olarak görülmemektedir. Onların

daha fazla reddedilme, negatif duygusal tepkilere maruz kalma ve ayrımcılık için daha fazla risk altında oldukları bildirilmiştir. Öfkeli olma yönüyle madde bağımlıları şizofreni hastalarıyla benzer şekilde negatif olarak algılanmış ve çalışmada alkolizmin ciddi bir şekilde damgalanan bir bozukluk olduğunu vurgulamıştır. Bu durum da kültürel farklılıklar da önemli olup (38) özellikle Türkiye’de madde bağımlılarının içselleştirilmiş damgalanma durumunu ve bu durumla ilişkili olabileceği düşünülen sosyal işlevsellik düzeyini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır.

Keyes ve arkadaşları (2010) yapmış olduğu çalışmada, alkol bağımlısı olan bireyler arasında daha fazla oranda içselleştirilmiş damgalanma algılayanlar alkol tedavi hizmetlerini daha az kullanmışlardır (39). Kişilerin içselleştirdikleri damgalanma algısı tedavi ve rehabilitasyonda önemli bir engel olabilmektedir. Madde bağımlılarının psikososyal tedavisinde temel amaç bağımlı kişiyi yeniden topluma kazandırmadır. Bu tedavide, kişinin maddeden arınması ve sonrasında bağımlılığı nedeniyle yitirdiği sosyal rolünü yeniden kazanması gerekmektedir (40). Bu noktada madde bağımlılarının tedavilerinde ve yeniden topluma geri dönüş sürecinde engelleyici olabilen içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ve önemli bir tedavi hedefi olan sosyal işlevselliği artırmaya dönük girişimler için çalışmanın sonuçlarının önemli veriler olacağına inanılmakta ve hastanın topluma dönüşü için hazırlanmasında yol gösterici olması beklenmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, madde bağımlılığı olan bireylerin sosyal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

- Madde bağımlılığı olan bireylerin sosyal işlevsellik düzeyleri azalmıştır.
- Madde bağımlılığı olan bireyler yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşamaktadırlar.
- Madde bağımlılığı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık Yapan Maddelerin Tanımı

Belirli dozlarda alındığı zaman;

- Kişinin sinir sistemi üzerinde etkide bulunan,
- Akli, fiziki ve psikolojik dengesini bozan,
- Birey ve toplum için ekonomik ve sosyal problemler ortaya çıkaran,
- Alışkanlık ve bağımlılık yapan,
- Kanunların kullanılmasını, bulundurulmasını ve satışını yasakladığı narkotik ve psikotrop sözcükleriyle tanımlanan maddelere “**bağımlılık yapan maddeler**” denir (41). Bağımlılık yapan maddeler, esrar, eroin, kokain gibi reçeteyle verilemeyen yasadışı maddeler olabileceği gibi, amfetaminler, benzodiazepinler, diğer sedatif-hipnotik ilaçlar gibi yasal düzenlemeler çerçevesinde reçete ile verilebilen ilaçlar ya da yasal denetimlere tabi olmayan veya satışlarında kısmi yasal düzenlemeler olan uçuculardır (42).

Bağımlılık yapan maddelerin değişik tanımları yapılmıştır. WHO (Dünya Sağlık Örgütü)’ ya göre bağımlılık yapan maddeler; “önüne geçilmez gereksinme yahut arzu, kullanıldığı miktarı artırma eğilimi, ruhsal, fiziksel bağımlılık hali oluşturan maddelerdir” (10).

Bir başka ifadeyle bağımlılık yapan maddeler, kullanıldığı zaman merkezi sinir sisteminde, his ve davranışlarda değişiklik ve dengesizliğe sebep olan, tekrar kullanma halinde alışkanlık meydana getiren, ileri safhasında bağımlılık yapan, yokluğu esnasında ise ruhi ve fiziki reaksiyonlara yol açan zehirleyici maddeler olarak tanımlanmıştır (43).

Maddelerden söz edildiğinde, ilk akla gelen şey bağımlılıktır. Çünkü maddelerin en belirgin özelliği, bağımlılık yapmasıdır (44).

2.2. Bağımlılık Nedir?

Aslında “Bağımlılık” bir ilişki türü ve sürecidir. Bu ilişki, kişinin seçim ve kabullerine bağlı olarak doğrudan bir kararla kurulur. İlişkinin bir ucunda ilgili kişi varsa diğer ucunda ya bir nesne ya bir durum ya da başka bir kişi vardır. Bireyin her hangi bir nesne, durum ya da kişi ile kurduğu ilişkide sonradan ortaya çıkan özel durumdur (45).

Bağımlılığın Yol Açtığı Kayıplar

- Özdenetim kaybı
- Özerkliğin kaybı
- Özgüllüğün kalkması
- Özgür olamama

İlişki, ister nesne ile, ister durumla, isterse başka bir kişi ile kurulsun; bu özellikleri içerir hale gelmişse bağımlılık ilişkisi de artık kurulmuştur (45).

Madde kullanım ve bağımlılığı denildiğinde, bireyin kimyasallarla kurduğu ilişkide; yukarıda belirtilen nesnel kayıplarının ortaya çıkması ile gelişen, çok boyutlu ve çok yönlü bir sorundan bahsedilmektedir. Bu kimyasalların ne olduğuna gelince; bir kısmı tıp içi kullanımda olan, bir kısmı da tıp dışında kullanılan maddelerden söz edilmektedir. Hepsinin ortak yönü:

- Beyin ve bağlantılı sistemleri dolaylı/dolaysız etkilemesi,
- Yaşam için gerekli olmaması (hastalık olarak yaşamı tehdit ettiği hallerin dışında),
- Sahte bir “İyi Oluşluk Hali” yaratmasıdır (“Beyin Ödülleme Sistemi” üzerindeki etki) (45).

Bağımlılık psikolojik ve fiziksel olarak ikiye ayrılmaktadır.

2.1.1. Psikolojik (Psişik) Bağımlılık

Kişinin duygusal durum ya da kişilik yapısı gereği, gereksinimlerini tatmin etme ya da giderme amacı ile o maddeye düşkünlüğü biçiminde tanımlanabilir. Madde bırakıldığında ruhsal bazı yakınmalar görülür. Bağımlılığın gelişimi, madde kullanma süresine, kişinin kişilik özelliklerine, maddenin cinsine ve saflık oranına göre değişir. Her maddenin bağımlılık potansiyeli farklıdır (40).

Psikolojik bağımlılıkta;

- Maddenin yeniden alınması yönünde aşırı ve güçlü istek olması,
- Maddenin, miktarının artırılmasına gerek duyulmadan kullanılması,
- Kullanılan maddeye bağlı zararlı etkilerin çoğunlukla kişisel sınırlar içinde kalması gibi özellikler bulunur (46).

2.1.2. Fiziksel (Fizyolojik) Bağımlılık

Bağımlılık yapıcı maddenin uzun süre ya da kısa ve düzenli kullanılması durumunda bedenin bağımlılık yapıcı maddenin etkisine alışması, alışılan maddenin alınmaması ya da azaltılması durumunda ise, bedende yorgunluk belirtilerinin ortaya çıkmasıdır (47).

Bağımlılık tanımlaması özellikle fizyolojik bağımlılığı akla getirir ve fizyolojik bağımlılıktan da toleransın veya yoksunluk sendromunun varlığı halinde bahsedilir (48).

Yoksunluk: Fazla ve uzun süreli kullanılan bir maddenin sonlandırılması veya azaltılması sonucu gelişir. Maddeye özgü ruhsal veya fiziksel belirtilerin ortaya çıkması ve rahatsızlık veren bu durumdan kurtulmak için madde alma gereksiniminin duyulması ile belirli bir durumdur (49).

Tolerans: İstenen etkiyi sağlamak için daha çok maddeye gereksinim duyma ya da aynı miktar maddenin devamlı kullanımı ile etkisinde azalma görülmesidir (49).

Entoksikasyon: Yakın bir geçmişte madde alımına bağlı gelişen, geri dönüşlü, maddeye özgü bir sendromdur. Maddenin merkezi sinir sistemi üzerine direkt etkisine bağlı ortaya çıkan belirgin uygunsuz davranışlar, psikolojik değişiklikler vardır (49).

2.3. Tanı ve Sınıflama

Madde kullanımı ile ilişki bozukluklar, DSM-IV'te, her bir madde ayrı bir kategori oluşturmak üzere başlıca iki ana başlık altında sınıflanmaktadır (42).

Bunlar:

1. Madde Kullanım Bozuklukları

a) Madde Bağımlılığı

b) Madde Kötüye Kullanımı

2. Madde Kullanımına Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Bozukluklar: Bu başlık altında entoksikasyon, yoksunluk, entoksikasyon deliryumu, demans, kalıcı amnestik bozukluk, psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu ve uyku bozukluğu yer almaktadır (42). DSM-IV -TR Madde Bağımlılığının (Şekil 1) ve Madde Kötüye Kullanımının (Şekil 2) tanı ölçütleri gösterilmiştir (42,50).

Şekil 1. Madde Bağımlılığının DSM-IV' e Göre Tanı Ölçütleri

A. Maddenin bireyin uyumunu bozacak, klinik olarak belirgin rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içerisinde herhangi bir zamanda aşağıdakilerden üçünün bulunması:

1. Tolerans (Bireyin istediği etkiyi hissedebilmek için maddeyi giderek artan dozlarda alması, yüksek dozlara dayanma gücünün artmasıdır).

2. Yoksunluk (Kesilme):Kullanılmakta olan madde birdenbire kesilirse bazı fizyolojik belirtilerin ortaya çıkması ve bunları gidermek için maddeye gereksinim duyma,

3. Maddenin tasarlandığından çok daha fazla miktarlarda ve daha uzun bir süre alınması,

4. Madde kullanımına son vermek ya da bunu denetim altına almak için sürekli bir

şekilde istek hissetme ve birçok kez bırakma girişiminde bulunma,

5. Maddeyi sağlamak (örneğin, çok sayıda doktora gitme ya da uzun süreli araba kullanma), maddeyi kullanmak (örneğin, birbiri ardına sigara içme) ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama,

1.6. Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır,

7. Madde kullanımının neden olduğu sosyal, ruhsal veya bedensel bir sorunun varlığına rağmen maddeyi kullanmayı sürdürüyor olma.

Şekil 2. Madde Kötüye Kullanımının DSM-IV' e Göre Tanı Ölçütleri

A. Maddenin uyumu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde aşağıdaki ölçütlerden biri ya da daha fazlasının bulunması:

1. Kişinin işte, evde veya okuldaki yükümlülüklerini sürdürmesini önleyecek şekilde yineleyici biçimde madde kullanması,
2. Fiziksel tehlike yaratabilecek durumlarda (örn. araç kullanırken) madde etkisi altında olma ve bu durumun tekrar tekrar olması,
3. Madde kullanımı ile ilişkili olarak yasal sorunların varlığı,
4. Madde kullanımının sosyal yaşamda ve kişinin yakınlarıyla ilişkisinde yineleyici ve kalıcı sorunlara yol açmış olmasına rağmen madde kullanımını sürdürme,

B. Bu madde için kişinin bağımlılık tanısını almamış olması.

2.4. Madde Kullanımı ve Bağımlılığının Epidemiyolojisi

Günümüz batı toplumlarında “madde kullanımları” öylesine büyük bir bozulmaya yol açmış ve felaket halini almıştır. Durum “iç kimyasal savaş” olarak nitelenmeye başlanmıştır. Boyutu aynı olmasa bile, Türkiye için de aynı tehlike söz konusudur ve kapımızı çalmaya başlamıştır (48).

Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı psikiyatrik bir hastalık olmasının yanı sıra, neden olduğu sistemik bozukluklar sonucu tedavi giderlerinde artış ve iş gücü kayıpları nedeniyle önemli bir ekonomik ve sosyal sorundur. Sanayi devrimiyle birlikte batı toplumunda sigara, alkol ve madde tüketimi ve bunlara bağlı sorunlarda hızlı artışlar yaşanmıştır (51).

2.4.1. Türkiye’ de Madde Kullanımı

Madde bağımlılığı, Türkiye’de ve Dünyada artış gösteren bir sorundur. Madde bağımlılarının sayısı giderek artmakta ve yaş ortalamaları da düşmektedir (52).

Madde kullanımının yaygınlığını ruhsal ve toplumsal etkenler, kentleşme, sanayileşme, göç etkileyebilirken, bu durum da toplumları tıbbi, ekonomik, hukuksal ve toplumsal yönlerden etkilemektedir. Eğlence kültürü ile birlikte yaygınlaşan madde kullanımı, özellikle batı toplumlarında kendine daha geniş alanlar bulabilmektedir. Dünya toplumlarının birbirleriyle bütünleşmesi sonucu, Türkiye’de de ciddi sorunlar yaratmaya başlamıştır (53).

Ayrıca, Türkiye’nin bağımlılık yapan maddelerin trafiğinde dünyada stratejik bir noktada bulunması, tehlikeyi artırmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından, 1995 yılında, 7 ayrı ilde yürütülen bir çalışmada; yaşam boyu alkol dışı psikoaktif madde kullanım oranının %3.5 civarında olduğu bildirilmiştir (54).

GATA Askeri Tıp Fakültesi’nde, 1998 yılında gerçekleştirilen madde bağımlılığı konulu paneli dinlemeye gelenler arasında bağımlılık yapıcı madde kullanımının anket yöntemi ile sorgulanması sonucunda bu anketi dolduran 344 kişinin sigara ve alkol dışındaki yasadışı madde kullanım oranı %2.3 olarak saptanmıştır (55).

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi işbirliği ile İstanbul ilinde, 1998 yılında yapılan bir çalışmada, hayatında en az bir kez “ecstasy” kullananların oranı %2.65 bulunmuş iken, 2001’de yapılan çalışma ile bu oranın %3.31’e yükseldiği belirlenmiştir (56).

On beş ayrı ilde, 2001 yılında, lise ikinci sınıf öğrencilerine yönelik yapılan bir araştırmada, yaşam boyu en az bir kez esrar kullanma oranı %3.6, uçuşu kullanma oranı %8.6, uyuşturucu ve uyarıcı madde kullandığını belirtenlerin oranı ise %3.3 olarak bulunmuştur (54).

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü’nce, 2003 yılında, sigara içimi, alkol ve yasadışı ilaç kullanım prevalansının saptanması amacıyla yapılan bir araştırmada; Türkiye’de 3 ayrı Tıp Fakültesinde, 304 birinci sınıf ve 143 altıncı sınıf Tıp Fakültesi öğrencisinin katılımı sağlanmıştır. Öğrencilerin %4’ünün en az bir defa yasadışı madde (cannabis, ecstasy, kokain) kullandığı belirlenmiştir. Birinci sınıfların madde kullanmaya başlama yaşının altıncı sınıflara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu öğrencilerin %25.5’inde anksiyete ve %36.8’inde de depresyon saptanmıştır (57).

Yeniden Sağlık Eğitimi Derneği' nin İstanbul' un 15 ilçesinde 43 okulda, 10' uncu sınıf öğrencileri ile yaptığı araştırmada; esrar kullanımının 2001 yılında %1,3 iken 2004 yılında %5,8 ' e ulaştığı, eroinin 2001 yılına göre %100 artarak %1,6'ya ve ecstasynin 2001 yılında %287,5 artarak 2004 yılında %3,1' e yükseldiği saptanmıştır (58).

Yeniden Sağlık Eğitimi Derneği tarafından Beyoğlu ve Sisli' de Temmuz 2004 tarihinde GADEM (Gençlik ve Aile Destek Merkezi) kurulmuştur. Beyoğlu GADEM' e başvuran 58 çocuk ve gençten %19' u madde kullanmaktadır. Madde kullananların %72,7' si esrar, %27,3' ü de yapıştırıcı maddeler kullanmaktadırlar. Madde kullananların tümü alkol ve sigara da kullanmaktadırlar. Sisli GADEM' e 31 ergen başvurmuştur. Bunların %93' ü sigara, %71' i esrar ve %41,9' u alkol kullanmaktadır (59).

Altındağ ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Harran Üniversitesi Tıp ve Fen Edebiyat Fakültelerine devam eden toplam 253 öğrenciyle yapılan bir çalışmada, yaşam boyu kullanım yaygınlığı sigara için %64.4, alkol için %30.4, maddeler için %2.4 bulunmuştur. Bu çalışmada sigara kullanımı erkek öğrencilerde daha fazla görülürken alkol kullanımı açısından kız ve erkek öğrenciler arasında fark bulunmamıştır. Öğrencilerin alkol kullanımı için arkadaş alkol kullanımının yordayıcı olduğu saptanmıştır (60).

Boğaziçi Üniversitesinde eğitim gören farklı sınıflardan seçilmiş 673 öğrenci ile 2005 yılında tamamlanan bir araştırmada, yaşam boyu en az bir kez alkol kullanımı %66.5, alkol ve sigara kullanımı %60.2, esrar kullanımı %9.2, ecstasy kullanımı %2.7, uçucu madde kullanımı %1.2, eroin kullanımı %0.3, benzodiazepin kullanımı %3.4 ve flunitrazepam kullanımı %0.6, kokain kullanımı ise %0.4 bulunmuştur. Bu çalışmada alkol, sigara ve diğer maddelerin kullanımı açısından erkek ve kız öğrenciler arasında fark olmadığı saptanmıştır. (61).

2010 yılında Ankara'da 251 adreste IPA (Katılım Öncesi Mali Yardım Programı) tarafından finanse edilen pilot bir çalışma yürütülmüştür. Tütün %57 ömür boyu kullanımı ile en yaygın madde olarak hesaplanmış ve alkol %44'le ikinci, %13,5'le sedatifler ve sakinleştiriciler üçüncü olarak takip etmiştir. Esrar, çalışmaya katılan nüfusun sadece %1,6'sı tarafından kullanılırken, kokain kullanımı daha da az olarak hesaplanmıştır (%0,4). Halen sigara kullananlar araştırmaya katılanların %38.7'sini oluştururken, katılanların %17.1'i son 12 ayda alkol kullananlardır. Son zamanlarda kullanım oranı en çok sigara (%35,1) ve alkol (%12,1) olarak hesaplanmıştır (62).

2.4.2. Dünyada Madde Kullanımı

Madde kullanımı ve bunlara bağımlılık durumları dünyanın gelişmiş veya gelişmemiş birçok ülkesinde önemli toplumsal, ekonomik ve sağlık sorunları oluşturmaktadır. Karmaşık sorunlara çabuk çözümler arayan toplumlarda uyuşturucu alışkanlığı giderek büyüyen bir sorundur (40,46).

Yapılmış bir araştırmanın sonucuna göre, 18 yaş üstü Birleşik Devletler halkının madde kötüye kullanım ya da bağımlılık tanısı açısından yaşam boyu prevalanslarının %16,7 olduğu bulunmuştur. Alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılık açısından yaşam boyu prevalans %13,8; alkol dışı maddeler için bu oran %6,2'dir (63).

ABD'de 1990-1992 yıllarında yapılan Epidemiyolojik Alan Tarama (Epidemiological Catchment Area-ECA) çalışmasında alkolizmin yaşam boyu prevalansı %13.8 bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %23.8 kadınlarda ise %4.6'dır. Kadın erkek oranı 5:1 olarak saptanmıştır. Alkol bağımlılığı prevalansı bir yıllık %6.8 (erkeklerde %11.9, kadınlarda %2.16), son bir aylık ise %3.29 (erkeklerde %5.74, kadınlarda %1.06) olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada madde kullanımının yaşam boyu prevalansı %6.19 (erkeklerde %7.7, kadınlarda %4.7), aktif madde kullanıcılarının ve bağımlılarının oranı %2.67 (erkeklerde %4.0, kadınlarda %1.3) bulunmuştur (51).

Yaklaşık 29 ülkede 1995 yılında yürütülen ESPAD (Avrupa Alkol Madde Okul Projesi) çalışmasının sonuçlarına göre; yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %12' dir. Bu değer İngiltere' de %41, İrlanda' da %37, İtalya' da %19, Danimarka' da %17, Ukrayna' da %14, Polonya' da %8, İsveç' te %6, Finlandiya' da %5, Norveç' te %6, Türkiye' de %4, Macaristan' da %4 olarak saptanmıştır (64).

Leeds Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 136 ikinci yıl öğrencisiyle gerçekleştirilen bir çalışmada, alkol kullanım yaygınlığı %86 olarak tespit edilmiştir. Erkek öğrencilerin %52'sinde, kız öğrencilerin ise 50.6'sında riskli alkol kullanımı bulunduğu, ayrıca erkek öğrencilerin %33.1'inin ve kız öğrencilerin %35.6'sının yasal olmayan ve bağımlılık yapan maddeleri en az bir kez kullandıkları görülmüştür (65).

Harvard Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu'nda (1993-2001) yapılan bir araştırmada, esrar ve yasa dışı ilaç kullanımının %23'ten %30' yükseldiği, yaşam boyunca bir kez deneme oranı ise %41'den %47'ye yükseldiği belirlenmiştir. Ayrıca esrar ve diğer yasal olmayan madde kullanıcılarının birden fazla madde kullandıklarının tespit edildiği ifade edilmiştir (65).

Zagreb Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Bölümü tarafından yapılan bir araştırmada, 1989 yılında Tıp Fakültesi öğrencileri arasında hayat boyu bir kez yasal

olmayan bir maddeyi kullanma oranı %14 olarak saptanmış, 2000 yılında yapılan benzer bir çalışmada ise bu oranın %35'e yükseldiği belirlenmiştir (65).

UNODC 2005 Yılı Dünya Uyuşturucu Raporuna göre; 15–64 yaş arası dünya nüfusunun %5' ine tekabül eden 200 milyon kişinin, raporun yayınlandığı tarihten önceki son 12 ay içerisinde en az bir kere madde kullandığı, kullanıcı sayısının son 15 yıldır düzenli olarak arttığı ve özellikle 2003–2004 döneminde oransal olarak büyük bir artış olduğu gözlemlenmektedir. Dünya nüfusunun %4' ünün esrar kullandığı, 6 milyon kişinin ecstasy, 16 milyon kişinin eroin ve 14 milyon kişinin de kokain kullandığı tahmin edilmektedir (66).

2.5. Alkol Ve Madde Bağımlılığının Etiyolojisi

Alkol ve madde bağımlılığında tek neden aramamak ve çok etkenli bir bozukluk olduğunu kabul etmek gerekir (67,68). Alkol ve madde bağımlılığının etiyolojisi biyolojik ve psikososyal-ekonomik nedenler olmak üzere ikiye ayrılır.

2.5.1. Biyolojik nedenler

2.5.1.1. Kalıtım

Madde bağımlılığı özellikle de alkol bağımlılığı olan ailelerin çocuklarında bağımlı olmayan ailelere göre daha yüksek oranda alkol ve madde bağımlılığı görülmektedir. Bu yüksek risk, çocuklar doğum sonrasında bağımlı olmayan aileler tarafından evlat edinilmiş olsa da sürmektedir. Laboratuar çalışmalarında maddelerin pekiştirici etkilerinin genetik olarak aktarıldığı ve genetik özelliklerin maddenin toksik etkilerine karşı duyarlılığı belirlediği gösterilmektedir. Alkol ve madde bağımlılığı gelişmesinde genetik faktörlerin etkisi ikiz, evlat edinme ve aile çalışmalarıyla desteklenmektedir (69).

Son zamanlarda yapılmış olan ikiz çalışmaları, madde kullanımı ve madde bağımlılığında kalıtımla geçen genetik bir yatkınlığın varlığına işaret etmektedir. Tek yumurta ikizlerinde madde bağımlılığı oranı %63 iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran %43'dür (2). Alkolizm konusunda ikiz araştırmaları çok az olmakla birlikte tek yumurta ikizlerinde görülme oranı, çift yumurta ikizlerine oranla daha yüksektir (70). Goodwin'in araştırmalarına göre alkolik babaların oğullarında alkolizm sıklığı (%18), alkolik olmayanların oğullarına oranla 4 kat daha yüksektir. Alkolik babanın oğullarının kendi ailesinde ya da evlat edinilerek başka ailede yetişmeleri bir fark yaratmamaktadır. Alkoliklerin evlat edinilen kızlarında ve alkoliklerin kendi ailesinde yetişen kızlarda normal popülasyona göre 2-4 kat yüksek alkolizm oranı bulunmuştur (70). Aile araştırmalarında alkoliklerin babalarının %50'si, erkek kardeşlerin %30'u, annelerin

%6'sı, kız kardeşlerin %3'ü alkolik bulunmuştur. Alkolik bir babanın erkek çocuğunda alkolizm oranı, normal nüfusa göre 4-5 kat daha fazladır (71).

Pozitif pekiştirici etkiden ventral tegmental alan ve nukleus akumbensin sorumlu olduğu gösterilmiştir. Bu etkilerin oluşumunda hücre içi olaylarda G proteinleri ve cAMP rol oynamakta ve oluşan süregelen değişiklikler bağımlılık ve nüklere yol açarak maddeye karşı istek ve arama davranışına neden olmaktadır. Mezolimbik dopaminerjik nöronlardan salınan dopamin, madde arama ve bağımlılık gelişiminde önemli yer tutar. Dopamin kokain, alkol, opioid ve diğer maddeler için pekiştirici işlevi olan ve maddenin tekrar kullanılmasına yol açan nörotransmitterdir. Dopamin D2 reseptör geni 11. kromozomun q22-q23 bölgesindedir. Ağır ve çoklu madde kullanımı ile bu gende polimorfizm bulgusu (TaqI B1 RFLP) arasında önemli ilişki gösterilmiştir (72).

2.5.1.2. Cinsiyet

Bir yıl içinde madde bağımlılığı geliştirme riski erişkin erkekler için %1.7 iken bu risk kadınlar için %0.7'dir. Bütün epidemiyolojik çalışmalarda yaşam boyu yaygınlık oranları erkeklerde anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Erkeklerin alkol ve maddelerle tanışma ve kullanma fırsatlarının fazla olması bu farkın cinsiyetin biyolojik etkisinden çok sosyal rollerle bağlantılı olduğunu düşündürmektedir (2).

2.5.1.3. Yaş

Sıklık ve yaygınlık oranları 18-29 yaş grubunda en yüksek olup, 30-44 ve 45 yaş üstü yaş gruplarında giderek düşmektedir (2).

2.5.2. Psikososyal-ekonomik nedenler

2.5.2.1. Kişilik

Kişilik kavramı, bireyin kendine özgü olan ve bireyi başkalarından ayırt ettiren uyum özelliklerini içermektedir. Bu özellikler bireyin bilme – düşünme – algılama biçimi, belli durumlarda belli duygusal tepki gösterebilme yetisi, engellenme ve çatışmalar karşısında başa çıkma ve savunma düzeneklerini oluşturmaktadır (73).

Aşırı tepkisel, sinirli, hırçın, saldırgan davranışları olan bir gencin genelde sıkıntı verici olaylarla baş etme gücü yetersiz olduğundan madde kullanmaya ihtiyaç duyabilmektedirler. Ancak böyle bir genetiğe sahip olup da iyi bir eğitim alanlarda madde bağımlılığının genetik belirleyicilerine sahip olmalarına rağmen madde kullanımının olmadığı görülmüştür (74).

Genetik yatkınlıkları olmadıkları halde, yaşadıkları ortamın etkisi ve bilinçsizlik nedeni ile bağımlı hale gelmiş olanlar da bulunmaktadır. Onların kişilik özelliği bağımlılığın nedeni olarak değil, sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (74).

Alkoliklerin hastalık öncesi kişilik yapısı üzerinde çok araştırma yapılmıştır. Özgül bir kişilik yapısı gösterilememiştir. Değişik yayınlarda alkolikler bağımlı, engellenmeye dayanma gücü düşük, zayıf benlikli, atak, oral saplanma özellikleri taşıyan, bencil, aşırı isteyici, sosyopatik davranışlara eğilimli, cinsel kimlik sorunları olan kişiler olarak tanımlanmıştır (68). Düşük benlik saygısı, yetersiz ilişkiler ve sosyal beceriler, ailesi ve yaşlıları ile ilişkilerin bozuk olması madde kullanımı riskini artırmaktadır (64). Erken antisosyal davranış gösteren, otoriteye karşı isyankarlığı olan ve okula bağlılığı olmayan gençlerin madde bağımlılığı için yüksek risk taşıdığı gösterilmektedir (75). Antisosyal kişilik bozukluğu öyküsünün erişkin yaşta alkol ve madde bağımlılığının başlaması ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Hastada önceden var olan alkolizm ve alkole bağlı sorunlar, geç ergenlik ve erişkin döneminde madde bağımlılığı için kesin bir risk etkeni olarak ortaya çıkmaktadır (2).

2.5.2.2. Toplumsal ve Çevresel Faktörler

Kültürel özellikler, toplumsal tutumlar, akran davranışları, yasal düzenlemeler, maliyet ve bulunabilirlik tüm maddelerin ilk kullanımlarını etkileyen faktörlerdir. Genel olarak toplumsal olarak daha az reddedilen sigara, alkol gibi maddeler daha yaygın kullanılır ve diğer maddelerin kullanımına öncülük eder. Ulaşılabilirliğin kolay olduğu sigara ve alkol gibi maddelerin 18 yaş altındaki bireylere satışının yasaklanması gibi kısmi kısıtlamaların bu maddelerin kullanımlarını etkin şekilde azalttığı bildirilmektedir (51). Toplumun maddelerin etkileri ve zararları konusundaki bilgi düzeyi de kullanımı etkilemektedir. Ulaşılabilirliğin engellenemediği, maliyetlerin düşük olduğu maddelerde toplum ya da okul bazlı eğitim programlarının sonucunda madde kullanımlarında azalma sağlanabildiği bilinmektedir (51). Alkolün kolay ve ucuz elde edilebilirliği ile fazla alkol tüketimi ve dolayısı ile de aşırı alkol kullanımı arasında ilişkili olduğu saptanmıştır (68).

Din ve töreleri ile alkolü onaylamayan toplum kesimlerinde alkolizm oranı düşüktür. Sosyoekonomik bakımdan üst tabakalarda daha çok görüldüğü kesindir. Refah toplumlarında alkolizm en önde gelen sağlık sorunlarından biridir (68).

Madde bağımlılığına yönelen gençlik konusunda yapılan araştırmalarda, gençlerin toplum değerlerine uymayan, yakıp yıkıcı, vurup kırıcı davranışlarının altında hemen daima bir kaygının yattığı ortaya konulmuştur. Kendine uygulanan baskıyı ortadan kaldırmaya çalışmak ve otonomi kazanmak genç bir birey için kaygı doğuran durumdur. Söyle ki genç birey duyduğu sıkıntı ve güvensizliği kendine geçici bir yapay güven sağlayacak bir madde ile yenmeye çalışabilir (40).

2.5.2.3. Merak ve Stres etkenler

Gençler, maddenin yaratacağı etkiyi merak ettikleri için, yaşlıları ile birlikte iken madde alabilirler. Akran ilişkileri böyle kötü bir alışkanlığın başlaması veya önlenmesinde büyük önem taşır. Aile içinde belli değerler kazanmış, kendine güveni olan bir genç, kendi kişilik yapısı ve değer ölçülerine uygun olan bir grup seçer. Bu grup içinde önemsendiği arkadaşları alkol ve madde kullanıyorsa, bu gruptan ayrılabilir. Yeterli psikolojik güçlükte olmayan bir genç ise, arkadaşlarının bir kereden ne çıkar telkinleri ile alkol ve madde alabilir (74).

Toplumsal ve bireysel stres etkenleri alkol ve madde alma eğilimini arttırabilir. Alkol bazı kişilerce en çabuk etki yapan bir yatıştırıcı, rahatlatıcı olarak kullanılabilir. Anksiyete bozukluklarında, depresyonda alkol kimi kişilerce bir ilaç gibi kullanılıyorsa da genellikle bu yolun eninde sonunda ters tepen bir yol olduğunu vurgulamak gerekir. Her stres altında kalan kişi alkolik olmadığına göre, kişide biyolojik ya da psikolojik bir yatkınlığın bulunması gerekir (68).

Gençleri madde kullanmaya iten diğer bir etken ise gencin madde kullanarak kendini kanıtama davranışı gösterme eğilimi olmaktadır. Farklı ve değişik gözükerek beğeni toplamak amaçlanmaktadır (73).

Ayrıca, alkollü içki satan yerlerde çalışanlar, oyuncular, yazarlar, denizciler, doktorlar arasında alkol kullanımı daha sıktır (2).

2.6. Psiko-Aktif Maddelerin Sınıflandırılması

Psikoaktif maddeleri çeşitlerine göre sınıflandırmak çok zor olacaktır. Çünkü bu maddelerin sayıları günümüzde de halen artmaktadır (76,77).

Psiko-aktif maddeleri merkezi sinir sistemine etkilerine göre şu şekilde sınıflandırılmaktadır.

Buna göre;

- a. Narkotik (Uyuşturucu) etki edenler (Eroin, Opioid , morfin, metadone vb.)
- b. Stimulan (Uyarıcı) etki edenler (amfetamin, metamfetamin, kokain, kafein ve ritalindir.)
- c. Halüsinojen (Halüsilasyon) etki edenler (LSD, meskalin, kanabioidler)
- d. Depresan (Bastırıcı) etki edenler (alkol, barbituratlar ve nefesle çekilen bazı birleşimlerdir).

Dünya Sağlık Örgütü ise psikotrop ilaçları madde kullanımına bağlı ruhsal ve davranışsal bozukluklar ana başlığı altında şu maddeler altında sıralamaktadır.

- a. Alkol

- b. Opioid (Afyon türevi ve benzeri)
- c. Kannabinoid (Esrar ve benzeri)
- d. Sedatif yada Hipnotik (Yatıştırıcı yada uyku verici)
- e. Kokain
- f. Kafein ve başka uyarıcılar
- g. Halisinojenler (LSD ve benzerleri)
- h. Tütün
- i. Uçucular (Solukla içe çekilerek alınan benzen içeren maddeler)
- j. Karışık türden ilaç ve başka psikoaktif maddeler olarak sıralanır (77).

Uyuşturucu maddelerin bir kısmı tedavi amacıyla kullanılır. Bir kısmı ise sadece keyif verici veya uyarıcı etkileri sebebiyle kullanılmaktadır. Tedavi amacıyla kullanılan maddeler de doktor kontrolü dışında sakinleştirici veya keyif verici etkileri sebebiyle kötü kullanılmakta ve bağımlılığa yol açmaktadır (78).

Bu maddeler ayrıca iki ana grupta da toplanabilir:

- a. Tedavi amaçlı kullanılan ilaçlar

Barbitüratlı uyku ilaçları

Barbitüratlı ağrı kesiciler

Yatıştırıcı ilaçlar

Afyonlu ilaçlar

Kodeinli öksürük ilaçları

- b. Tedavi amacıyla kullanılmayan kaçak olarak satılan maddeler

Esrar

Eroin

Kokain

LSD

Uyarıcılar

Uçucu maddeler (46).

2.7. Psikoaktif Maddelerin Etkileri

Psikoaktif maddelerin en belirgin özelliği merkezi sinir sistemine etki etmesi ve bağımlılık yapmasıdır. Günümüzde tomografi ve manyetik rezonans gibi tıp cihazlarının kullanılmasıyla, bu maddelerin beyin üzerindeki etkileri de daha fazla anlaşılmaya başlanmış ve tıbbi boyutunun dışında psikolojik ve sosyal boyutuna da ışık tutulmuştur (79).

2.7.1. Merkezi Sinir Sistemine Uyuşturuucu (Narkotik) Etki Edenler

Akli faaliyetleri yavaşlatan ve merkezi sinir sistemini uyuşturan maddelerdir. Tıpta küçük dozlarda ve denetim altında kullanıldığında faydalı, uzun süreli kullanımlarda bağımlılık yapmakta ve bağımlılık yapan diğer maddelerle kullanıldığında tehlikeli sonuçlar doğurmaktadır (79).

Afyon: M.S. S'ne narkotik olarak etki eden maddelerin başında Afyon (opium) ve alkaloidleri gelmektedir. Afyon Latince; papaver samniferum, Türkçede haşhaş denilen bitkinin olgunlaşmamış kovuk şeklindeki meyvelerinin çizilip özünün (süt renginde yapışkan bir maddedir) alınmasıyla elde edilir (77).

Afyon genelde sigara olarak veya bir demlikte yakılarak normal pipoyla ya da nargile ile içilmektedir. Maddenin duman ile solunmasından sonra yarım saat, ağızdan alınmasından sonra ise bir saat içinde psikolojik etkileri baş göstermektedir. Afyon ne şekilde alınırsa alınsın aynı etkiyi göstermektedir. Başlangıçta var olan ağrıyı geçirmekte, üzüntüler kaybolmakta, sıkıntılar geçmekte ve geçici bir keyif hali başlamaktadır. Bağımlılar bu döneme balayı dönemi demektedirler. Bu keyif döneminin ardından mide bulantısı, baş dönmesi, cilt solgunluğu, kalp ve solunumun yavaşlaması ile birlikte zehirlenme tablosu gelişmektedir. Afyon çok miktarlarda alınmışsa kişiyi komaya sokabilmekte ve ölüme götürebilmektedir (80).

Morfin: Afyonun içinde en fazla bulunan ve en önemli alkaloididir. Morfin emiliminin kolay olması için kullanıcılar tarafından burun mukozası gibi kılcal damarların bol olduğu yerlerden alınır. Bağımlılık yapmasını takiben kullanıcılar, daha çabuk etkisini alabilmek amacıyla damar yolunu tercih etmeye başlarlar. İlk 30-60 dakika içerisinde etkisini gösterir ve 24 saatin sonuna doğru etkisi gittikçe zayıflamaktadır. Normal etkisi 4-6 saattir. Zehir etkisi yapabilecek dozlarda beyinde oksijen alımını azaltır (76,77).

Fizyolojik etkileri: çok güçlü ağrı gidericileridir. Duygudurumda olağandışı değişiklikler yaparlar. Aşırı bir iyilik, genel bir gevşeme ve rahatlama, sersemlik ve uyuklama, zihinsel bulanıklık ve apati görülür (81).

Tedavi edici dozlarda baş dönmesi, zihinsel bulanıklık ve analjezi meydana getirmektedir. Normal kişilerde keyif verici etkisi bulunmamaktadır. Normalde disfori, korku ve heyecana sebep olmaktadır. Bulantı, kusma, kulaklarda ve burunda kaşıntılar görülebilmektedir. Normal bağımlılarda ise keyif verici bir etkisi vardır. Morfin solunumu yavaşlatır ve çabuk tolerans oluşturur. Morfin kullanan kişilerde ağrı eşığı düştüğü için ses, ışık ve dokunma benzeri duyuları vücut normalin çok üstünde

algılamaya başlar. Bu maddelerin yoksunluğundan doğan krizlere sebep de işte bu durumdur (77,82).

Eroin: Morfinin yarı sentetik bir türevidir. Morfinden daha güçlü analjezik etkisi bulunmaktadır (46).

Eroin bu grupta en fazla kötüye kullanılan maddelerden biridir ve genellikle enjeksiyon yoluyla alınır, oldukça saf olarak elde edildiğinde içilebilir ya da burundan çekilebilir (40).

Eroin başlangıçta endişe, sıkıntı ve ruhi gerginliği azaltır, öfori yapar; geçici ferahlık verir, rüya alemine daldırır ve düşüncelerin zorluk olmadan açığa çıkmasını sağlamaktadır. Bu geçici etkisinden sonra kişide uyuşukluk meydana gelmektedir. Zihinsel bulanıklıklar olur ve düşünce sırasında fikir akışını sürdürmek zorlaşmıştır. Hareketlerde azalma, çevreye karşı ilgisizlik ve karakter yıkılması başlamakta, doğru ile yanlış ayırt edilememektedir. Eroinin etkisi 6–8 saat içinde sonlanmakta ve şiddetli yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. Bunlar şiddetli kas ağrıları ve kramplar, uykusuzluk, gözde yaşarma, burun akıntısı, ishal, kilo kaybıdır. Bu belirtileri gidermek için 6 saatte bir eroin dozunu yinelemek gerekmektedir (77,83).

2.7.2. Merkezi Sinir Sistemine Uyarıcı (Stimulan) Olarak Etki Edenler

Bu tür maddelerin M.S.S'ne uyarıcı etkileri vardır. Kişideki uyku açlık, yorgunluk gibi bazı hisleri ilk kullanımlarda bastırır. Kişiyi geçici olarak dinç tutar, öfori etkisiyle neşe hali yaratır. Bir süre sonra maddenin etkisinin azalması ile birlikte bu tür hisler daha şiddetli geri tepme olarak su yüzüne çıkar. İlk başlarda bu maddelerin zararlı olmadığı düşünülmüş, fakat daha sonra paranoid şizofreni benzeri Psikotik reaksiyonlara sebep oldukları anlaşılmıştır (76,77).

Kokain: Coca bitkisinin yapraklarından elde edilen bir alkaloid olan kokain, bütün maddeler içinde en hızlı bağımlılık yapan ve en tehlikeli olanlardan birisini oluşturmaktadır (77).

Beyaz renkli, toz şeklinde bir maddedir. Çoğunlukla buruna çekilerek kullanılmaktadır. Buharının içe çekilmesi, sigara ya da enjeksiyon tarzında da kullanılabilir. Piyasa fiyatı oldukça yüksek olduğundan ekonomik durumu iyi kişiler tarafından tercih edilmektedir (83).

Kokainin etkisi vücutta çabuk belirir, 1 saat gibi bir sürede de kaybolmaya başlar. Alımı genelde burun, damar ve sigara yoluyla olur. Kokainin psikolojik bağımlılık yapıcı etkisi tek bir kullanımla bile başlayabilir. Bunun nedeni davranışların hemen bütün alanlarında pozitif güçlendirici olarak algılanışındır (84).

Kokainin alınışı ile birlikte kişide aşırı hareketlenme, uyanıklık, kendine güven ve coşkunluk gibi olumlu hislerde artış gözlenir. Yüksek dozda alımında ise aşırı cömertlik, büyüklük, sorumsuzluk, cinsel istek, uyanıklık ve sinirlilik görülür. Dokunma halüsinasyonları artar, deri altında karıncalanma vb gibi hareketlenmeler olduğu hissi uyandırır. Kokain vücutta sinirsel iletişimci (nörotransmitter) maddelerin (dopamin, nörepinefrin, seretonin) geri alımını (feedback) engeller. Bu nörotransmitterin sinir uçlarında aşırı birikmesi bunların işlevlerinin fazla artmasına dolayısıyla da bu maddelerden kaynaklanan fizyolojik hareketlerde artış olmasına sebep olur. Bu fizyolojik hareketler çok çeşitlidir. Bir örnek verecek olursak karaciğerde glikojen yakımında artış olur. Bu da kişideki hareketlenmenin sebeplerinden biridir. Kokain tolerans oluşturan bir maddedir. Diğer psikoaktif maddelere geçitse basamak teşkil eder. Psikolojik bağımlılığı fizyolojik bağımlılığından fazladır. Aşırı alımlarda kişiyi ölüme götürür. Kokainin damarları daraltıcı etkisi beyinde de damar tıkanıklığına sebep olur ve bu durumda kişiyi ölüme götürür (76,77).

Amfetaminler: Amfetaminler ruhsal yaşantıyı uyarıcı ilaçlar arasında yer almaktadır. Değişik türleri bulunmaktadır. Bağımlılar tarafından en çok kullanılan türleri arasında benzedrine, dexedrine, captagon ve ritalin yer almaktadır. İlk olarak 1887 yılında bulunmuş, ardından 1937 yılından sonra değişik hastalıkların özellikle narkolepsi ve hiperaktif çocukların tedavisinde kullanılmıştır. Fakat zamanla kötüye kullanımı artmıştır. Bu sebeple dünya ülkelerinde satışına sınırlandırmalar getirilmiş, bazı ülkelerde de yasaklanmıştır. Günümüzde halen tıpta kullanılan ilaçlar arasındadır. Fizyolojik bağımlılığı az fakat tolerans yapan bir madde olarak tanımlanmaktadır (46,76).

Hap ya da toz halinde bulunmakta, ağızdan, burna çekilerek veya damardan alınabilmektedir. Uzun süre dikkatini odaklaştırabilme ve uyanık kalabilme için öğrencilerin özellikle sınav zamanlarında uzun saatler çalışabilme için başvurdukları bir ilaç olarak geçmektedir. Kişiyi canlılık ve güçlülük hissi vermektedir. Uyku ve iştah kaçıran özellikleri olduğu için kilo vermek isteyenlerin ve doping amacıyla bazı sporcuların tercih ettiği görülmüştür. Bu etkileri geçtikten sonra kişide yorgunluk ve çöküntüye neden olmaktadır (74,84).

Amfetamin alımını takiben şizofreniye benzer bir tablo gelişmektedir. Yoksunluk belirtileri arasında sıkıntı, mutsuzluk ve çöküntü hali, güçsüzlük, hareketsizlik, kabuslar, fazla uyuma, baş ağrısı, terleme, mide ve kas krampları sayılabilmektedir.

Kalp damarlarında tıkanma, beyin damar hastalıkları, şiddetli hipertansiyon ve iskemik kolite yol açmaktadır (83).

Ecstasy: Etkileri amfetaminlere benzemektedir. Tablet ve kapsül şeklinde olan türleri bulunmaktadır. Beyaz, kahverengi, pembe ya da sarı tabletler ya da kapsüllerdir. Kullanımdan sonra 20 dakika içinde enerji artışı, canlılık, algılamada artış başlamaktadır. Cinsel uyarıcı etkisi de bulunmaktadır. Geçici paranoya ve uykusuzluğa neden olmaktadır. Kalp rahatsızlığı, yüksek tansiyon, epilepsi hastalığı olanların bu maddeyi kullanmaları ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Aşırı hareketten dolayı su kaybı, beden ısısında aşırı yükselme, ölüme neden olabilmektedir. Böbrek ve karaciğer üstüne yan etkileri olduğu da bildirilmiştir (74,83).

Kat: Arap yarımadasının güney kıyıları ile doğu Afrika'da yetişen Latince adı "catha edulis" yerel dillerde kat (cat) adlı bitkinin yaprak, sürgün ve körpe kabuklarıdır. Yapraklar çiğnenerek veya kaynatılarak suyu çay gibi içilmektedir. Hafif ekşi ve şekerli olan bu sıvı keyif vermekte, uyandırıcı etki yapmakta ve sarhoşluk vermektedir. Bölgenin dışında pek fazla kullanılmayan bir bitki olduğundan Avrupa'da pek bilinmemektedir. Yakın zamana kadar Güneydoğu Anadolu bölgesinde bulunan bu bitki bazen İslam ülkelerinden geldiği için sünnet sanılarak kullanılmaktadır (84).

Nikotin: Kafeinden sonra dünyada en çok alınan uyarıcı (stimulan) türünü oluşturmaktadır. Nikotin de diğer stimulanlar gibi kişide geçici olarak öfori etkisi yapıp, pozitif algılanmasından dolayı çabuk psikolojik bağımlılık meydana getirmektedir. Kokain ve amfetamin ile birlikte en hızlı bağımlılık yapan maddeleri oluşturmaktadır. Ayrıca yarılanma süresi 1,5–2 saat kadar olduğundan sürekli kullanımına yol açmış olmaktadır (77,84).

Kafein: Çay, kahve gibi temel içecek maddelerinde bulunmasından dolayı dünyada en çok kullanılan psikoaktif maddedir. Xanthine türevleri denilen kimyasal gruptadır. Bu grupta kafeinin yanında " ksantin, teobromin, ve teofilin" gibi türlerde bulunmaktadır (77).

Kafein kahve (*Coffea arabica*)'de % 1, kola (cola) tanelerinde % 2 oranında bulunmaktadır. Çayda % 1 oranında kafein bulunur. Aynı zamanda çayda teofilin dem bulunmaktadır. Bu ikisi çayın etkisini daha da arttırmaktadır. Kakaoda da teobromin denilen bir maddenin bulunmasından dolayı çikolata türleri çocuklara da bağımlılığa neden olmaktadır (77).

Ortalama bir fincan kahvede 100–150 mg. kafein bulunmaktadır. 1 gr veya daha fazla kafein bir günde alındığında kendini ifade edememe, kalp çarpıntısı görülmektedir.

Devamlı kullanılması ise kalp, mide hastalıklarını ağırlaştırabilmektedir. 250 mg. Kafein alındıktan sonra huzursuzluk, sinirlilik, uykusuzluk görülebilmektedir (74).

2.7.3. Merkezi Sinir Sistemine Halüsinojik Etki Edenler

Halüsinojenik maddeler, alındıkları zaman halüsinasyonlara neden olan maddelerdir. Bu maddeler, gerçek ile olan ilişkinin kopmasına, bilincin genişlemesine yol açarlar. Bazen madde alınması kesildikten, günler, hatta aylar sonra da belirtiler yeniden yaşanabilir (46).

Esrar: Hem antik hem de modern çağın uyuşturucu maddesini oluşturmaktadır. Esrar hint kenevirinin yaprak, filiz, çiçek ve tohumlarından elde edilen yeşilimsi bir madde olarak tanımlanmaktadır (82).

Esrarın yaygın kullanım şekli sigara tarzı içimdir. Tolerans yapar, alımının artması ile de fizyolojik ve psikolojik tahribatı da artar. Kullanıcılarda zaman kavramı uzar, çocuksu davranışlar görülebilir, antisosyal davranışlar yoktur (77).

Esrar cinsine, kullanıldığı ortama, miktarına, kullanan kişilerin özelliklerine ve tecrübesine göre değişik etkiler göstermektedir. Esrar öfori durumu, rüya hali, şakacı bir yapı, kognitif yeteneklerde artış meydana getirmektedir. Topluluk halinde içildiğinde kişiler gülmeye, gevezelik etmeye meyilli bir duruma gelmektedirler. Ayrıca esrar alınmasıyla resim, ses, renk ve müzik gibi uyaranlara karşı canlılık artmakta, daha önceden gözden kaçabilen ince ayrıntılar fark edilmeye başlanmaktadır. Bu özeliğinden dolayı eskiden yazarlar, müzisyenler, sanatkarlar daha iyi eserler ortaya çıkarabilmek için kullanmışlardır (82).

Esrar bedende olumsuz etkilere yol açmaktadır. Unutkanlık, refleks ve koordinasyonda bozulma, bronşit ve akciğer kanseri (bu etkisi sigaradan beş kat daha fazladır), erkek ve kadın üreme sistemlerinde olumsuz etkiler (erkeklerde testosteron hormonunda %25–35 azalma) gibi etkilere neden olmaktadır. Bağımlılık yapmayan bir madde olarak kabul görmesine karşın bağımlılık yapmaktadır. Ayrıca esrar kullanan bir kişi ileride diğer maddeleri de kullanmaya başlayabilmektedir (83).

LSD: En çok kullanılan sentetik uyuşturucu maddeler arasında yer alan LSD; çavdarda bulunan lysergic asitten elde edilir (85).

LSD ilk alındığında aldatıcı etkisini göstermekte ve beyinin hızla çalışmasını sağlamaktadır. Bu anda, insan kendisini bir rüya aleminde zanneder. Fakat renkli rüya alemini, bir umarsızlık ve donukluk hali izler ve 13 saat kadar sürer. Kullanan kişinin kavrama yeteneği tahrip olduğundan, gerçekle gerçek olmayı ayırt edemez, mesafe kavrayışları orantısızdır (86).

LSD genelde ağız yoluyla alınır ve kolayca kana geçmektedir. LSD' de fizyolojik bağımlılık ve yoksunluk çok az olmasına karşın psikolojik bağımlılık yapmaktadır. Çok çabuk tolerans oluşturmaktadır. 3-4 günlük kullanımdan sonra bile tolerans gelişebilmektedir. Alımını takiben kişiyi güzel düşlere götürürken, kabuslara da sürükleyebilmektedir. Kişinin o anki psikolojisine göre bu durum değişebilmektedir (77).

LSD' nin fizik etkileri; göz bebeklerinde genişleme, kan basıncında artış, titreme ve reflekslerde canlanma, ağız kuruluğu, mide bağırsak hareketlerinde artış, kas zayıflığı, bulantı, terleme ve hiperglisemi görülmektedir. Bu etkiler dalgalanmalarla beraber 24 saat devam etmesine karşın alındıktan 1-2 saat sonra en şiddetli olmaktadır. Ardından bu şiddetli durum 1-3 saat devam eder ve giderek azalmaya başlamaktadır (82).

2.7.4. Merkezi Sinir Sistemini Yavaşlatanlar (Depresanlar)

Akli faaliyetleri yavaşlatan ve merkezi sinir sistemini uyuşturan maddelerdir. Tıpta küçük dozlarda ve denetim altında kullanıldığında faydalı, uzun süreli kullanımlarda bağımlılık yapmakta ve bağımlılık yapan diğer maddelerle kullanıldığında tehlikeli sonuçlar doğurmaktadır (86). Depresan etki edenlerin basında alkol, uçucu maddeler ve sedatif-hipnotik ilaçlar gelmektedir. Bunlardan alkol en çok bilinen ve kullanılan depresan diye geçmektedir. Alkol ve uçucuların yağda yüksek çözünürlüğünün olması ve beyinde çok miktarda yağ molekülünün bulunması bu maddelerin beynin tamamına işlemesine sebep olmaktadır (79).

Alkol: Psikoaktif maddeler içerisinde en çok kullanılan maddelerdir (79). Alkol vücutta hızla dağılıp yağ moleküllerinden geçmektedir. Diğer uyuşturucuların beynin bazı bölgelerine etkisine karşın alkol yağca zengin olan beynin tamamına etki etmektedir (77).

Alkol yoksunluk belirtileri; bedende titreme, baş ağrısı, ateş yükselmesi, yüzde kızarma, iç sıkıntısı, uykusuzluk, korkular, saldırganlık ve panik durumu olarak değerlendirilmektedir. Daha ağır bağımlılarda deliryum tremens ortaya çıkmaktadır. Hastada bilinç bulanmakta, yönelim bozulmakta, görme, işitme ve dokunma varsanıları belirlemektedir. Bu nöbet sırasında ölümler de görülebilmektedir (79).

Uçucu Maddeler: Tüketim ekonomisiyle sayıları ve türleri hızla artmıştır. Çok değişik kullanımlarda kimyasallardır. Sınırlandırırsak, uçucu, yapıştırıcı, yapışıcı vb. Uçucu madde kullanımı 7-19 yaşları arasında yaygındır. Ucuz ve bol bulunduğu için çocuklar ve ekonomik yönden zayıf olan gençler tarafından tercih edilmektedir. Bunların hemen tamamı solunum yoluyla alınır. Çözünürlükleri yüksek olduğu için beyine çok çabuk

etki eder. Alınımını takiben bas dönmesi, uyku hali, reflekslerde azalma ve görme bulanıklığı oluşur. Yoğun soluma durumunda oksijensiz kalma neticesinde ani ölümler görülebilmektedir. Vücutta biriktiği için akciğer, böbrek ve karaciğer yetmezliğine yol açabilmektedir. Ayrıca kalem ve silgilere verilen hoş kokular ileriki zamanlarda çocukları uçucu madde bağımlılığına sürükleyebilmektedir (77).

Ciddi bir sarhoşluk, dengesizlik, hissizlik, uyuşma, yürüme güçlüğüne neden olurlar. Baş ağrısı, bulantı, kusma, tıkanma, boğulma ve ani ölümlere yol açabilirler. Beynin yapısında kalıcı hasarlara neden olurlar. Bir takım hayaller görülebilir ve saldırgan, tehlikeli davranışlar gözlenebilir (76).

Sedatif Ve Hipnotikler: Tıpta sakinleştirici ve uyutucu amaçla kullanılan etkileri birbirine yakın ilaçlar grubudur. Eczanelerde yeşil reçete ile satılan bu ilaçların da günümüzde kötüye kullanımı oluşmuştur. Günümüzde hap kullanımı ya da hapçılık denilen kullanıma en çok bu ilaçlar girmektedir. Bunlara örnek verecek olursak, uyku vericiler: nembutol, phanaderm, veranal, medomin, vespurax, adalin; sakinleştiriciler: valium, nabrium, crypan (76,77).

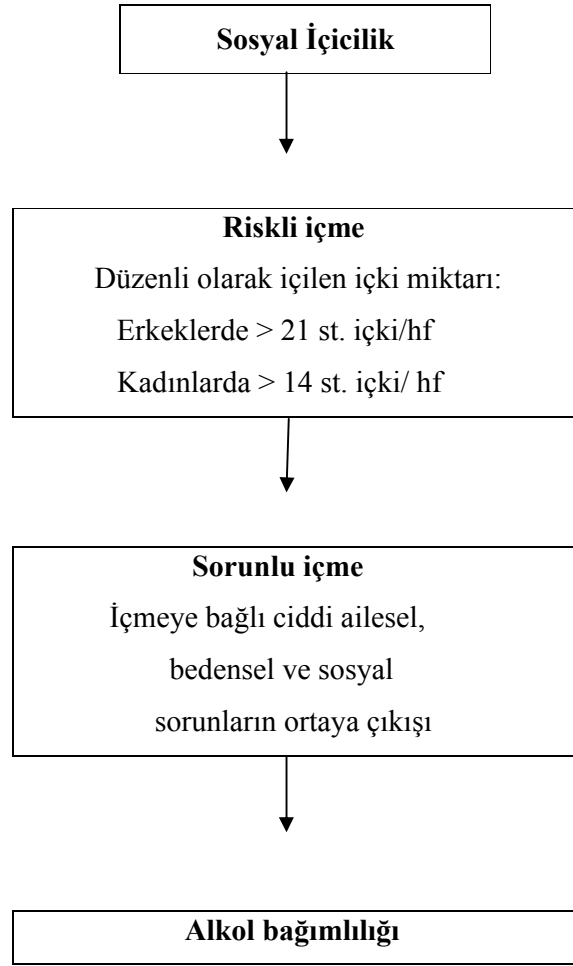
2.8. Alkol Kullanım Bozuklukları

Alkolizm, bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, sosyal ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alma; alkol alma isteğini durduramama ile belirli bir bozukluktur (68). Alkol, bağımlılık yapıcı psikoaktif maddeler arasında en sık kullanılanlardan biridir. Düşük miktarlarda alındığında uyarıcı, keyif verici ve davranışlar üzerinde kontrolü azaltıcı etkileri vardır. Ancak yüksek miktarlarda alındığında sedasyon ve depresyona yol açar (87).

Erişkin ve ergenlerde alkol kullanımının yaygınlığı göz önünde tutulduğunda bir uçta sosyal içicilikten diğer uçta alkol bağımlılığına uzanan değişik tüketim biçimleri tanımlanmıştır (Şekil 3). Bu biçimlerin birbirinden ayırt edilmesi bazen güç olabilmekte, bireysel değerlendirme ve tanı ölçütlerinin kullanılması ile bu güçlük aşılabilmektedir (87).

Güvenli içme sınırları haftada en az iki içkisiz gün olması şartı ile erkekler için haftada 21 birim, kadınlar içinse 14 birim olarak belirlenmiştir. Bir standart birim, içinde yaklaşık olarak 10 g (10 ml) alkol içermektedir. Bir birim bir kadeh şarap, bir küçük kutu bira ya da bir tek rakı, cin, votka vb.' ne karşılık gelmektedir (87).

Şekil 3.Sosyal İçicilik ve Alkol Bağımlılığı



2.9. Tanı ve Sınıflama

DSM-IV'e göre alkol kullanımı ile ilişkili bozukluklar Alkol Kullanım Bozuklukları ve Alkol Kullanımının Yol Açtığı Bozukluklar olmak üzere iki ana başlık altında sınıflandırılmaktadır. DSM-IV' ün düzeltilmiş son baskısında (DSM-IV-TR) alkol kullanımıyla ilişkili bozukluklar şu şekilde sınıflandırılmıştır (88).

1. Alkol Kullanım Bozuklukları

a) Alkol bağımlılığı

b) Alkol kötüye kullanımı

2. Alkolün yol açtığı bozukluklar: Bu başlık altında alkol entoksikasyonu, yoksunluğu, alkol entoksikasyonu deliryumu, alkol yoksunluğu deliryumu, kalıcı demans, kalıcı amnestik bozukluk, psikotik bozukluk, halüsinasyonlar, duygudurum bozukluğu,

anksiyete bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan alkolle ilişkili bozukluklar olarak adlandırılır.

DSM-IV –TR’ ye göre Alkol Bağımlılığının (Şekil 4) ve Alkol Kötüye Kullanımının (Şekil 5) tanı ölçütleri şu şekildedir (88).

Şekil 4. Alkol Bağımlılığının DSM-IV'e Göre Tanı Ölçütleri

A. Klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan, 12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, uygunsuz alkol kullanım örüntüsü:

1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere direnç artımı olması:

a. Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlaması için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol kullanma gereksinimi.

b. Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanımı ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması.

2. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

a. Alkole özgü yoksunluk sendromu.

b. Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alımı süresince alınır.

3. Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.

4. Alkolü sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.

5. Alkol kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.

B. Alkolün neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik yada psikolojik bir sorununun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımını sürdürülür.

Şekil 5. Alkol Kötüye Kullanımının DSM-IV' e Göre Tanı Ölçütleri

A. 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri (ya da birden fazlası) ile kendini gösterdiği üzere, klinik açıdan belirgin bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz alkol kullanımı örüntüsü:

1. İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici biçimde alkol kullanımı (örn. alkol kullanımı ile ilişkili olarak sık sık işe gitmemeler ya da işte başarı gösterememe; okula gitmemeler, okulu asmalar

ya da okuldan kovulmalar; eş ya da çocuklara gereken ilgi ve özenin gösterilmemesi).

2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici biçimde alkol kullanımı (örn. alkol kullanımını yarattığı bozukluklar sırasında araba kullanma ya da bir makineyi işletme).

3. Alkolle ilişkili, yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (örn. alkolle ilişkili davranım bozukluğuna bağlı tutuklanmalar).

4. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli yada yineleyici toplumsal yada kişilerarası sorunlara karşın sürekli alkol kullanımı (örn. eşle tartışmalar, kavgalar, fiziksel saldırı).

B. Bu semptomlar, alkol bağımlılığının ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamıştır.

2.10. Alkol Bağımlılığının ve Kullanımının Epidemiyolojisi

Alkol bağımlılığı gelişmiş ülkelerin en önemli sağlık sorunlarından biridir. Yapılan araştırmalar ‘önlenebilir hastalıklar’ ortaya çıkışında yoğun alkol kullanımının 5. sırada yer aldığını göstermektedir (89). Her ne kadar gelişmekte olan ülkelerde alkol kullanım oranları gelişmiş olan ülkelere göre daha düşük olsa da durum değişiyor görünmektedir (90).

WHO ya göre, alkol bağımlılığı insidansı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre %1-5 arasında değişmektedir (91). Epidemiyolojik çalışmalar tüm dünyada alkol tüketme davranışı, alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığının erkekler arasında kadınlardan ve genç yaş grubunda ileri yaştakilerden daha yaygın olduğunu göstermektedir (90). ABD de alkol bağımlılığının yaşam boyu prevalansının erkekler arasında %10, kadınlar arasında %3-5 olduğunu saptanmıştır (92). Ancak alkol kullanımının kadınlar arasında hızla yaygınlaştığı ve kadınların %10 kadarının gebelikleri sırasında da alkol kullandıkları bildirilmektedir (90).

İngiltere’de 1993’ de geniş bir toplum örnekleme ile yapılan bir epidemiyolojik çalışmada alkol bağımlılığı için 12 aylık yaygınlık oranı erkekler için %7.5, kadınlar için %2.1 olarak verilmiştir. İsveç, Norveç gibi Kuzey Avrupa ülkelerinde erişkin nüfusta yaşam boyu yaygınlık oranları % 10-15 olarak bildirilmektedir (87).

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yapılan Epidemiyolojik Kaynak Alanı (ECA) çalışmasına göre alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı yaygınlığı yaşam boyu %13.6; 6 aylık yaygınlığı ise %5 oranında verilmektedir (93).

2.10.1. Türkiye’de Alkol Kullanımı

Günümüzde insanların yaşamlarında alkole verdikleri yer git gide artmaktadır. Bu artışla birlikte alkole bağlı kişisel ve toplumsal sorunlarda da artış olmakta, insanların

beden ve ruh sağlıkları bozulmakta aynı zamanda alkole bağlı aile ve iş çatışmaları ortaya çıkmaktadır (94). Bu yüzden alkol bağımlılığı, hem ÷lkemizde hem de gelişmiş ÷lkelerde giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

÷lkemizde alkol kullanımını ve alkol bağımlılığı ile ilgili araştırmalar küçük gruplarda yapılan oldukça kısıtlı çalışmalardır (95). Bu alanda ilk kapsamlı çalışma, 1995 yılında, İstanbul'da 15 ayrı okulda yapılan, Alkol ve Diğer Madde kullanımına yönelik Avrupa Okul Araştırmasıdır (ESPAD). Bu araştırmaya göre son 12 ay içinde alkol kullananların oranı %51, son 12 ay içinde sarhoşluk yaşayanların oranı ise %24 olarak saptanmıştır (96).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili (1997) araştırmasının sonuçlarına göre, Türkiye'de 18 yaş ve üzeri kişilerde alkol bağımlılığının sıklığı % 0,8 bulunmuştur (97).

Ankara'da yarı kentsel bir bölgede 20000 kişi ile yapılan alkolizm yaygınlığı araştırmasında, alkol bağımlılığı sıklığı %0,9 olarak saptanmış, ancak araştırmaya katılan kadınlardan alkol bağımlılığı tanısı alan olmadığı için, bu oran erkeklerde %1,9 olarak belirlenmiştir (95).

Ekuklu ve arkadaşlarının 2004 yılında Edirne şehir merkezinde 15 yaş ve yukarısı 645 kişi ile yaptıkları araştırmaya göre alkolizm oranı %8,3 olarak saptanmıştır (98).

Son yıllarda, ÷lkemizde alkol kullanım bozuklukları nedeniyle tedaviye başvuran hastaların sayılarının artışı, bu sorunun giderek artan boyutlara ulaştığını göstermektedir. Bu verilerdeki artışa rağmen ÷lkemizde alkol kullanım oranlarının diğer ÷lkelere oranla daha düşük olmasının nedeni ise, alkol kullanımının İslam dinince yasaklanmış olması ve kullanıcıların sosyal baskılar nedeniyle kendilerini gizleme eğiliminde olmalarından kaynaklanabileceği düşün÷lmektedir (99).

2.10.2. Dünya da Alkol Kullanımı

Sanayi devriminden sonra batı toplumunda alkol tüketimi ve alkole bağlı sorunlar hızla artmıştır. Gelişmemiş ya da gelişmekte olan ÷lkelerde hızlı, düzensiz ve çarpık kentleşme, eğitim, sağlık, ekonomik sorunlara koşut alkol tüketimi ve alkole bağlı sorunlar da artmaktadır (42).

İsveç, Norveç, Amerika, Fransa gibi ÷lkelerde yaygınlık oranı yetişkin nüfusta %10-15'dir. Ortadoğu ve Asya ÷lkelerinde oran düşüktür. Fakat bu ÷lkelerde de hızlı bir artış söz konusudur. Alkolizm en çok 22-35 yaşları arasında görülür. Bütün dünyada kadınlarda alkolizm görülme oranı çok daha azdır. Gelişmiş ÷lkelerde kadın-erkek oranı birbirine daha yakındır (68).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yetişkinlerin %90'ının yaşamlarının her hangi bir döneminde alkol kullandıkları saptanmıştır. Epidemiyolojik Kaynak Alanı Çalışmaları (Epidemiologic Cathment Area 'ECA') verilerine göre erkeklerin %10'unda, kadınların ise %3-5'inde alkol bağımlılığı gelişme riski vardır. Aynı çalışmada alkol kullanım bozukluğu ya da madde kötüye kullanımı olan kişilerin %53'nün başka bir psikiyatrik ek tanı aldıkları bildirilmiştir (100).

Regier ve Robins'in 1990 yılında yaptıkları ECA çalışmasında, DSM-III kriterlerine göre, alkol bağımlılığının yaşam boyu prevalansı %13.76 bulunmuştur .Ayrıca bu çalışmada alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin % 45'inde eş zamanlı olarak en az bir ruhsal bozukluk olduğu saptanmıştır (101).

Grant ve arkadaşlarının 1994 yılında yaptığı NLAES çalışmasının sonuçlarına göre; DSM-IV kriterleri göz önüne alındığında; son bir yıl içinde alkol bağımlılığı ve kötüye kullanım prevalansı % 7.4, ömür boyu alkol kötüye kullanım ve bağımlılık prevalansı ise %18.2 bulunmuştur. Aynı çalışmada sadece alkol bağımlılığı değerlendirildiğinde; son bir yıllık prevalansın %4.4, ömür boyu prevalansın ise %13.3 olduğu saptanmıştır (102).

2.11. Madde ve Alkol Kullanım Bozukluklarında Tedavi ve Savaş

Madde bağımlılığı tedavisi, bağımlının kullandığı maddeye, kullanım süresine, kişisel özelliklere, oluşabilen komplike durumlara göre değişiklik gösterir. Tedavi ortamının seçiminde bu konuda özelleşmiş belirli bir tedavi programı olan tedavi birimleri tercih edilmelidir. Bu program, hastanın yoksunluk ve sonrasında devam eden maddesiz yaşamına yönelik ilaç tedavilerini ve psikososyal bir iyileştirme programını kapsamalıdır. Madde bağımlılarının psikososyal tedavisinde temel amaç bağımlı kişiyi yeniden topluma kazandırmadır. Bu tedavide, sıralama olarak kişinin maddeden arınması, bağımlılığa neden olan bedensel, ruhsal, toplumsal etkilerden kurtulması ve sonrasında bağımlılığı nedeniyle yitirdiği toplumsal rolünü yeniden kazanması gerekmektedir (40).

Alkol ve madde bağımlılığının tedavisinde olumlu sonuçlara ulaşma; bütüncü ve tamamlayıcı yöntemlerle olur. Bütüncü ve tamamlayıcı tedavide rol alan sağlık ekibi üyelerinden biri psikiyatri hemşiresidir. Psikiyatri hemşiresi, mesleğine profesyonel bir kimlik kazandıran, veri toplama, tanılama, sonuç kriterleri, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşan hemşirelik sürecini bağımlılığın tedavisinde kullanmalıdır. Psikiyatri hemşirelik sürecinin alkol ve madde bağımlılığın tedavisinde kullanımın, hastalara kaliteli bakım hizmeti verilmesi açısından önemlidir. Bu nedenle

problem çözme yöntemi olan hemşirelik süreci, klinikte uygulanmalı ve hemşirelik bakımının sürekliliği sağlanmalıdır (103).

Hemşireler madde kullanımını önlemede ve tedavisinde çok önemli bir role sahip olmaları nedeniyle, bireyleri, aileleri veya grupları destekleyici, rehabilite edici, önleyici ve tedavi edici yaklaşımda bulunmak, hastalara ve sağlık ekibinin diğer üyelerine bu konuda eğitimler vermek, sağlık ekibinin içinde etkili bir üye olarak rol almak ve hemşirelik uygulamalarının daha da gelişimi için araştırmalar yapmak ve bunları paylaşmak durumundadır (79).

2.11.1. İlaç tedavisi:

Madde kullanım bozukluklarının tedavisi kısa ve uzun süreli olmak üzere iki aşamada gerçekleşir (46,79). Kısa süreli ya da ilk basamak tedavisinde entoksikasyonla mücadele ya da arındırma tedavileri uygulanır. Entoksikasyon tedavisinde birincil amaç hastanın yüksek miktardaki maddenin öldürücü etkilerinden kurtulmasını sağlamak ve daha sonra da ortaya çıkan yoksunluk tablosunun getirdiklerini tedavi etmektir. Bu amaçla maddelere özel antagonist ilaçlar kullanılabilir, çeşitli organ fonksiyonlarında ortaya çıkan yetmezliklerin düzeltilmesine çalışılır. Yoksunluk tedavisi bir maddenin kullanımının kesilmesi sonrasında ortaya çıkan ve her maddeye göre değişebilen belirtilerin denetim altına alınması ve giderilmesi amacıyla yapılır. Arındırma ya da yoksunluk dönemi tedavilerinde, hastanın genel durumuna göre yapılması gerekli tedavi dışında, çeşitli ruhsal belirti, bulgu ve yakınmalara göre özellikle yatıştırıcı türde psikotrop ilaçlar kullanılır. Hastanın uyku düzeni sağlanmaya çalışılır. Sıvı ve elektrolit dengesi kontrol altında tutulur. İlk basamağı oluşturan bu tedavi döneminden sonra hastanın uzun süreli tedavisine geçilir (79).

Uzun süreli tedavi ise taburcu olduktan sonraki tedaviyi içermektedir (46). Uzun süreli ilaç tedavisi genelde antagonist tedavi, yerine koyma tedavisi, kişinin psişik durumuna göre değişen psikotrop ilaç kullanımından ibarettir. Bu tür maddeleri kullanan kişilerin herhangi bir süreci disiplinli bir şekilde devam ettirmeleri zordur. Tedavi sürecinde kopmalar ya da düzensizlikler sıklıkla yaşanır. Hasta, kendisini madde kullanımından uzak tutacak bir ilaç tedavisini devam ettirmekte ya da içinde yaşamaya alıştığı alt kültürden kopmakta güçlükler yaşayabilir ve nüks ihtimali artar. Bağımlının tedavisi ne kadar erken yasta başlatılır ve içine girdiği alt kültürden ne kadar kopartılırsa, bir tedavi disiplini içine ne kadar sokulabilirse ve yeni sosyal çevresinde bir kimlik kazanması ne kadar sağlanırsa iyileşme süreci o kadar kolaylaşır (79).

Tedavinin devamlılığı, iyileşme için motivasyonun gelişmesine, dürüstlüğe, içine kapanmamaya ve ayaktan tedaviye devama dayanır. Dikkatle hazırlanmış ayaktan tedavi planı esastır ve uyuşturucusuz bir hayat için şarttır. Hastane tedavisi kısa sürerken nüks riski bir ömür boyu devam eder. Hastane tedavisi uyuşturucu madde bağımlılığında kurtulmak için sadece bir basamak ve şanstır. Başarılı olursa iyileşme sürecinin devamı için bir basamak oluşturur ve bağımlının yeniden normal hayatlarına dönmelerinde yardımcı olur (82).

2.11.2. Ruhsal – Toplumsal Tedavi İlkeleri: Madde bağımlılığı tedavisinde başarı sağlamak için iki önemli etken bulunmaktadır. Bunlardan ilk sırayı kişinin tedavi olmak istemesi almaktadır. Eğer kişi tedavi olmayı kendisi istemiyor ise, kimse ona zorla bıraktırmayı başaramamaktadır. Diğeri ise kişiyi maddeyi bırakmaya kendini hazır hissetme durumu olmaktadır. Çünkü kişi maddeyi bıraktığı zaman alışkanlıklarını, arkadaşlarını, yaşadığı ortamı değiştirmek zorunda kalabilmektedir. Eğer tüm bunlara hazır değil ise, yapılacak çok fazla şey bulunmamaktadır. Ayrıca değişmeye karar vermek, ailenin pozitif desteği ve tedavinin sürekliliğinin kabulü de tedavi ilkeleri arasında yer almaktadır (79).

2.11.3. Tedavinin Aşamaları

Madde bağımlılığının tedavisi oldukça güç ve zahmetli bir iş olmaktadır. Bağımlılık tedavisinde bugün çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin birbirine olan üstünlüğü henüz ispatlanamamaktadır. Bağımlılığın tedavisinden söz edildiğinde tek bir tedaviden ve aşamadan söz etmek mümkün bulunmamaktadır. Tedavi uzun bir süreç olduğu için, bu süreç içinde çeşitli aşamaların sırayla geçilmesi gerekmektedir (82). Bu aşamalar şöyle özetlenebilmektedir:

2.11.3.1. Tedaviye Yönlendirme:

Tedaviye yönelme oldukça önemli bir aşama olarak görülmektedir. Kişinin kendisinin istemesi maddeyi bırakma şansını artırmaktadır. Bu nedenle kişinin maddeyi bırakma yönünde motive olması gerekmektedir. Motivasyonel görüşme teknikleri ve tedavisi son yıllarda büyük önem kazanmıştır. Kısa süreli bir yöntem olan Motivasyonel artırma tedavisi, madde kullanan kişinin maddeyi bırakmaya karar vermesini sağlamak için iyi bir araç olmaktadır. Bazıları detoksifikasyonun iyileşmek için yeterli olduğunu sanmaktadırlar; bunların tedavi ve rehabilitasyona devam etmeleri için motive edilmeleri lazımdır. Tedavi personeli uyuşturucu kullanımının kişi için ne ifade ettiğini anlarsa, onları normal hayata döndürmek için daha çok yardımcı olabilirler (82).

2.11.3.2. Detoksifikasyon (Arındırma)

Madde bağımlılığının tedavisinde en önemli problemlerden biri, madde kesildiğinde ortaya çıkan yoksunluk sendromudur. Maddeyi bırakan kimsenin uygun bir tedavi ile bu kriz durumundan fazla sıkıntı çekmeden kurtarılması gerekir. Withdrawal ya da detoxification isimleri verilen bu toksik maddeden temizleme tedavisinde amaç, mümkünse yoksunluk sendromunun ortaya çıkmasını önlemek, bu mümkün olmuyorsa yoksunluk sendromlarının şiddetini azaltmak ve muhtemel komplikasyonları önlemektir (104).

Detoksifikasyon tıbbi bir dönemdir ve kullanılan maddenin bırakıldıktan sonra ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin kaldırılmasını hedeflemektedir. Her maddenin yoksunluk belirtisinin niteliği ve şiddeti farklı olmaktadır. Yoksunluk belirtilerinin şiddeti kişiden kişiye de değişebilmektedir. Madde kullanımı sırasında bedenin kurduğu denge, madde bırakıldıktan sonra yeni bir denge oluşturmaya çalışmaktadır. İşte bu dönemde önemli bedensel sorunlar yaşanabilmektedir. Bu bedensel belirtileri gidermek için tıbbi müdahaleler gerekmektedir. Detoksifikasyon süreci tek başına tedavi için yeterli olmamaktadır. Detoksifikasyon aşamasını takiben terapi ve rehabilitasyon sürecinin başlaması, iyilik sürecini uzatmaktadır (79).

2.11.3.3. Bağımlılığın Terapisi

Bağımlılığın detoksifikasyon yolu ile ortadan kaldırılacağı düşüncesi ile tedavinin bittiği anlaşılmamalıdır. Bu kişiye geniş çapta yapılacak yardım için ilk adımdır. Alınacak tedbirlerin amacı hastanın etkin bir şekilde fonksiyon gösterme yeteneğini geliştirmektir. Kişiliği incelenerek soruna çare aranır (82).

Terapi kişinin kendini tanıması, anlaması ve kendini değerlendirme yetisini kazanmasını, madde kullanmaya başlama nedenlerinin araştırılmasını ve bununla ilgili etkenlerin ortadan kaldırılmaya çalışılmasını (kişilik sorunları, güvensizlik vb) söz konusu maddelerin kendisinde yarattığı etkileri tanımasını, tekrar kullanmaya başlamasının engellenmesi için gerekli bilgileri ve yetileri kazanmasını, dış dünyaya karşı kendisini hazırlamasını sağlamaya yönelik programları içermektedir (79). Hastanın madde kullanımının yakın ve uzak risk ve zararları açısından eğitilmesi ve maddeyi bırakmak için harcadığı çabalarının desteklenmesine yönelik bireysel psikoterapi yanında, aile tedavileri ve grup tedavilerinden yararlanılmalıdır. Grup psikoterapilerinde hastaya kişisel ve kişiler arası problemleri hakkında içgörü kazandırılabilir. Kognitif ve davranışçı tedavi tekniklerinden de faydalanılabilir. Bu tedavi tekniklerinde kişinin maddeyi ve madde alt kültürünü bir zevk ve tatmin olma

kaynağı olarak görmekten kurtarılması amaçlanır ve bunun için zevk ve ilgi alanlarının değiştirilmesine ve kişisel becerilerinin desteklenip güçlendirilmesine çalışılır.

Nüks önleme yöntemi, alkolizm tedavisinde olduğu gibi, madde kullanıcılarının maddeyi bıraktıktan sonra tekrar başlamalarını önlemek için uygulanabilir (104).

2.11.3.4. Rehabilitasyon Ve Topluma Kazandırma

Rehabilitasyondan amaç kişilere fiziki, psikolojik ve sosyal olarak bir güç kazandırmak, karşılaştıkları durumlarla mücadele edebilmelerini sağlamak, toplum içindeki aynı yaş gruplarından olan insanların faydalandıkları imkanlardan yararlanmalarını temin etmektir (82).

Topluma kazandırma: Rehabilitasyonun bir parçasıdır (82). Madde alkol kullanıcılarının ve bağımlıların en önemli problemi toplum tarafından dışlanmaları ve kendilerini ayrı bir dünyanın insanı olarak görmeleridir (104). Uyuşturucu bağımlıların çoğunluğu topluma uyum sağlayamayan ve toplum içine gerektiği kadar giremeyen kişilerdir. Bu anlamı ile olay kişinin toplum içine ilk adımıdır (82).

Uyuşturucu bağımlıların rehabilitasyonu ve topluma kazandırmanın amacı, bağımlılığın getirdiği davranış kalıplarının yıkılıp yerlerine yeni davranış biçimlerinin yerleşmesini, içinde bulunduğu ortamda diğer insanlar ile ilişki kurmaya başlamasını ve yeni ilişki biçimlerinin kurulması, madde kullandığı süreç içinde bozulan aile ve çevre ilişkilerinin tekrar düzenlenmesini içermektedir. Kişinin tekrar topluma dönmesinin sağlanması, bozulan dengelerinin kurulması, yeni bir hayat ve davranış biçimini kazanması oldukça zaman alan bir uğraş olmaktadır. Yeni bir hayat kurma, kurulan bu yeni hayata alışma bu dönemde öğrenilmektedir. Bu dönemde aynı zamanda başlanan terapiler devam etmektedir. Kişinin yeni bir çevre edinmesi önemli olmaktadır. Bu çevre içinde kişi yaşamayı öğrenmektedir. Kişinin kendisinin ya da çeşitli yardım kuruluşlarının desteği ile ona bir iş bulunmakta ve çalışması sağlanmaktadır (105).

2.12. Sosyal İşlevsellik

Sosyal işlevsellik kişinin doğal çevresindeki (iş, ev ya da sosyal ve haz aldığı etkinliklerde) işlevsellik yetisi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca kişinin doğal ortamındaki rollerindeki (eş, ebeveyn, arkadaş ve iş arkadaşı olarak) yeterliliğini ve doyumunu kapsamaktadır (106). Daha genel bir açıklamayla sosyal işlevsellik çalışabilme, kişilerarası ilişkileri sürdürebilme ve kendi bakımını yapabilme biçiminde tanımlanmaktadır. Kişinin sosyal işlevsellik düzeyi sosyal destek, aktivite düzeyi ve genel yaşam işlevselliğini etkilemektedir (107,108).

Son yıllardaki çalışmalarda ruhsal bozuklukların değerlendirilmesinde sosyal işlevsellik kavramı öne çıkmıştır. Ruhsal bozukluklarda genel olarak bireyin sosyal işlevselliği etkilenmektedir. Sosyal geri çekilme, kişiler arası ilişkilerin azalması, sosyal etkinliklerde azalma, kendi başına yaşamını sürdürememe ve iş alanında işlevselliğin yitirilmesi ile ilgili becerilerin kaybı gibi belirtiler ruhsal hastalıkların bir çoğunda ortaya çıkan belirtilerdir. Bu yetersizlikler hastanın ailevi, mesleki ve sosyal performansının düşmesine, ekonomik kayba, yaşam kalitesinde düşmeye, çeşitli nedenlerle daha fazla sağlık yardımı alabilmek için sağlık kurumlarına başvurmasına ve genel olarak toplum ve sağlık sistemi için ciddi bir yük oluşmasına neden olmaktadır. (106,109).

1950 ve 1960'lı yıllarda yapılan çalışmalar tedavi sonucunda belirti şiddetinin azaltılmasına odaklanmıştır. Oysa, hastalık belirtileri çok fazla olan kimi hastalar iş ve sosyal yaşamlarını görece iyi düzeyde sürdürebilirken, belirti sıklığı ve şiddeti az olan bazı hastaların ağır yetiyitimine uğrayabildikleri görülmüştür. Hastaların sosyal işlevselliğine olan ilginin artmasıyla birlikte sosyal uyumun değerlendirilmesi için ölçekler geliştirilmiştir (108).

Sosyal işlevsellik düzeyi ruhsal bozuklukların seyrinde belirleyici olabilir ve bu nedenle de tedaviye cevabın değerlendirilmesinde önemsenmelidir. (106).

Psikiyatrik rehabilitasyon çalışmaları ruhsal bozukluğu olan hastalarda yeti yitiminin azaltılmasına, ruhsal, toplumsal ve mesleki işlevselliğin artırılmasına, sonuç olarak da yaşam doyumunun/ kalitesinin yükseltilmesine odaklanmaktadır. Hastaların hasta kimlikleri dışında toplumsal bir birey olabilmelerini sağlamak ve kişiliklerine yeni boyutlar katabilmek rehabilitasyonun temel amaçlarından biridir (108).

2.12.1. Madde Bağımlılığı ve Sosyal İşlevsellik

Bağımlılık sorunu, bireylerin sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen ve toplumsal yansımaları olan önemli bir sosyal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sosyal sorunun tıbbi boyutu çok önemli olmakla birlikte; determinist bir bakış açısıyla ele alındığında psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları da büyük bir önem arz etmektedir (110).

Madde bağımlılığı sorununa çözüm yolları üretirken bu yönlü bir bakış sergilenmediği takdirde, nüksetme ve kalıcı çözüm üretememe sorunları ortaya çıkmaktadır. Öyle ki bu şekildeki bir süreç, yalnızca bağımlılık sorunu olan bireyi değil, ailesini ve en genelinde içinde yaşadığı toplumun üyelerini de olumsuz etkilemektedir (110).

Madde bağımlılığını, sosyal sorunlar bağlamında ele alındığında, tek boyutlu ve tek sonuçlu bir sorun gibi düşünmek büyük bir yanlış olacaktır, çünkü madde bağımlılığı, birçok sosyal sorunla bağlantılı ve iç içe bir sorundur. Birçok sosyal sorunun hem nedeni hem sonucu durumundadır. Bu çok yönlü bakışla konuya yaklaşılması gereği açıktır. Madde bağımlılığı tedavisi sonrasında ortaya çıkan sorunlara kalıcı çözümlerin üretilmesi, bireyin sosyal ve psikolojik olarak iyilik halinin sağlanması, sorunlara yönelik bütüncül ve kapsamlı bir sorun analizini gerektirmektedir (110).

Şema 6'de ifade edilen tüm sorunlar, ayrı ayrı ancak paralel müdahale planları gerektiren sorunlar olup, kalıcı çözümler üretilmediği takdirde madde bağımlılığının nüksetmesine olanak sağlayıcı bir sürecin başlangıcı olabilir. Madde bağımlılarının tedavi sonrası süreçte yaşadıkları çeşitli sıkıntılar bulunmaktadır. Bunları Collins; aile problemleri, ekonomik problemler ve psikolojik problemler olarak sıralamaktadır (111). Madde bağımlılığının en önemli sosyal etkisi, ailede kendini göstermektedir. Yetişkinler açısından madde bağımlılığı sorununu yaşamış ve ekonomik anlamda ailesine katkı sağlayamayan bir birey, hem ailedeki rol modelini kaybetmekte hem de aile ciddi ekonomik sıkıntılar içerisine girmektedir. Özellikle ekonomik düzeyi yetersiz aileler için bu durum söz konusu olabilmekte ve ailedeki yoksulluk sorunu çok daha karmaşık olabilmektedir. Bu süreçte ailede kadınlar, lider ebeveyn rolünü üstlenmekte ve ailedeki yükü omuzlarına almaktadırlar (110).

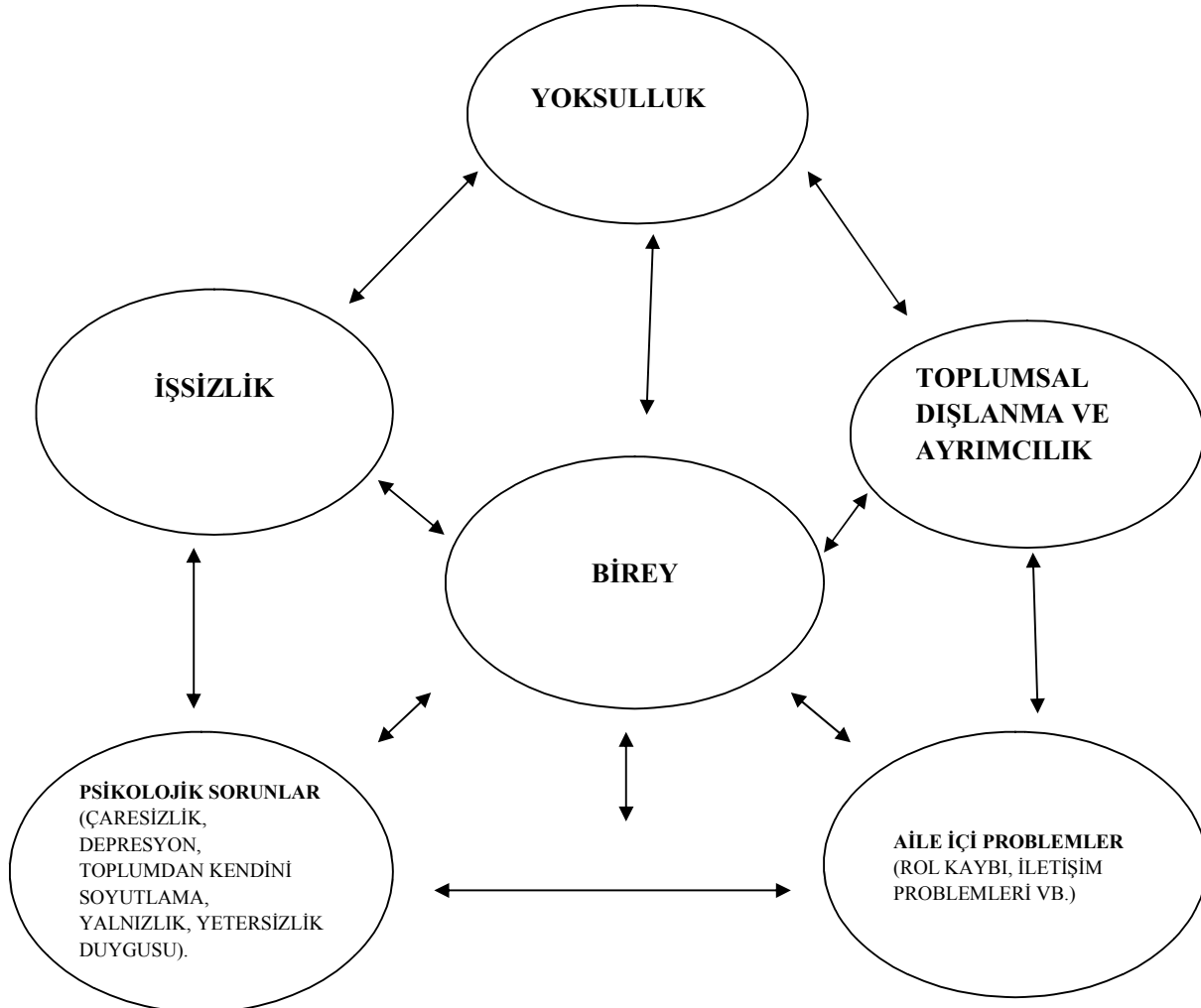
Madde bağımlılığının ailedeki çocuklara etkisi ise en önemli başlıklardan birisidir. Madde bağımlılığı ve beraberinde yaşanan sorunları deneyimleyen bir aile ortamında çocuğun olumsuz bir psikolojik etki altında kalmaması düşünülemez. Çocukların ailede model olarak seçtikleri ebeveynlerin bu tür bir sorun yaşamaması, ailedeki dengenin bozulmasına ve çocuğun aile dışı çözümler aramasına neden olabilmektedir. Öte yandan çocuğun sağlıklı gelişimi için gerekli fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçları ailede tam anlamıyla karşılanamamaktadır. Ailede çocuk veya genç, madde bağımlısı ise sorun şekil değiştirmekte ancak ailenin bu durumdan olumsuz etkilenme süreci baki kalmaktadır. Kişi üzerindeki etkileri; çocuğun veya gencin eğitim sürecine yansımakta ve kendisini başarısızlık ve okul yaşamından kopma ve arkadaş çevresinden dışlanma gibi noktalarda gösterebilmektedir. Madde bağımlılarının tedavi sonrası süreçte yaşadığı en önemli sorunlardan birisi de işsizliktir. *İşsizlik sorunu*, aynı zamanda ayrımcılık sorunuyla bağlantılı olarak gelişebilmektedir. Bunun dışında eski bir madde bağımlısına karşı toplumda bir ayrımcılık her zaman söz konusu olabilmektedir. Toplumda istihdam sürecine katılamayan bir birey, sosyal işlevselliğini tam olarak yerine getirememekte ve

böyle bir süreç bireyde bir takım olumsuz psiko-sosyal etkiler oluşturmaktadır. Bu psiko-sosyal etkiler; güven eksikliği, depresyon, yetersizlik duygusu, çaresizlik, toplumdan kendini soyutlama ve yalnızlık gibi etkilerdir. Bu sayılan psiko-sosyal etkiler ve en temelde toplumda kabul görmeme, çareyi yeniden maddede arama olarak karşımıza çıkabilmektedir (110).

Madde bağımlılığı olan bireyler, toplumdan kendilerini soyutlayarak kendileri gibi madde kullanan bireylerle birlikte olmayı tercih etmektedirler. Kişiyi bu tarz bir grubaşmaya toplum da itmektir. Toplum tarafından dışlanan birey, çalışıyorsa işine, okuyorsa okuluna gitmemekte; hem aile ortamında hem sosyal ortamda ilişki bozuklukları yaşamaktadır (110).

Madde bağımlılığı sorunu olan gençlerin stres faktörleri araştırılmalı, aile yapıları, arkadaş çevresi gözden geçirilmelidir (112,113).

Şekil 6: Madde Bağımlılığı Tedavisi Sonrası Sosyal Yaşamda Ortaya Çıkan Sorunlar



2.13. DAMGALANMA

Damgala(n)ma, kişinin, ruhsal bozukluk, etnik köken, ilaç kötüye kullanımı veya fiziksel yeter-sizlik gibi niteliklerine dayanarak kusurlu veya itibarsız gibi olumsuz değerlendirilmesidir. Damgalanan bireylerin, insanların kendilerini reddedeceği ve değersizleştirdiklerine inanma, demoralizasyon, benlik saygısında azalma, sosyal uyumda bozulma, işsizlik, gelir kaybı, psikiyatrik tedaviye uyumda azalma gibi birçok olumsuz sonuçlar yaşadıkları belirtilmektedir. Ayrıca ayrımcılığa ve ön yargıya sebep olur (104).

Ruhsal bozukluklar içinde en olumsuz tutumlara maruz kalan iki hasta grubu şizofreni ve alkol/ madde bağımlılığı hastalarıdır (30). Ruhsal bozukluğu olan kişiler ve ailelerinin çevreden somut olarak bir damgalanma, dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalmadıkları halde, bu duyguyu yaşadıkları görülmüştür (32).

Ruhsal bozukluğu olan kişiler ve yakınları toplumdan önce kendilerini damgalamaktadır. Bu süreç kişiye ruhsal bozukluk tanısı konmasıyla başlar, bu kişilerde önceden var olan “ruhsal olarak hasta kişi” kalıbı canlanır. Kişinin bu kalıp yargısı ne kadar olumsuzsa, algıladığı damgalanma da o kadar yüksek olmaktadır (32). İçselleştirilmiş damgalanma olarak isimlendirilen bu kavram, bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesidir (115). Bir bakıma damgalanma algısı kişinin damgalandığını hissetmesiyle, içselleştirilmiş damgalanma kişinin kendisini damgalamasıdır. Bu kavram nesnel olarak dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalma eğiliminden bağımsızdır ve ruhsal hastalık tanısı ve etiketi alma ile birlikte kendisini göstermektedir. En önemli kaynak kişinin kendisidir. Hastanın yakın çevresi ve toplumdaki damgalama eğilimiyle artış gösterir (15). İçselleştirilmiş damgalanma, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumda var olan damgalanmayla da baş etmelerini güçleştirmektedir. Toplumdaki damgalamanın içselleştirilmesi, bireylerin ciddi şekilde örselenmesine yol açmaktadır. Bu süreçte kişi somut bir kanıt olmaksızın kendisi için bazı olumsuz değerlendirme ve yargılarda bulunmaya başlamakta ve ardından toplumun da kendisini değersizleştirdiği, hasta olduğu için damgalandığı ve dışlandığı duygusunu yaşamaya başlamaktadır. Toplumdaki damgalamanın içselleştirilmesi, bireylerin ciddi şekilde örselenmesine yol açmaktadır. Bu bireyler bir kez kendileri ya da başkaları tarafından “akıl hastası” olarak etiketlendiklerinde, istemeyerek de olsa kendilerini bu grubun bir üyesi olarak görürler. Damgalanmanın içselleştirilmesiyle birlikte bu olumsuz kalıp yargılar kendileri için de geçerli “gerçekler” haline gelir ve kişide utanma

duygusuna yol açar. Algılanan damgalanmanın, bireylerin benlik saygısı ve öz yeterliliğini azalttığı ve iyileşme olasılıklarını sınırladığını belirtilmektedir. Damgala(n)ma ve içselleştirilmiş damgala(n)ma da etkili olan olumsuz kalıplaşmış yargılar belirlenip bunların olumluya dönüştürülmesinde hasta, aile ve topluma yönelik duyarlılığı artırarak, bilinçlendirme çalışmalarının yasalar, sivil toplum örgütlerini kapsayacak şekilde genişletilerek yürütülmesi, gelecekte ruhsal yönden daha sağlıklı bir topluma ulaşılması açısından önemlidir (32).

2.13.1. Madde Bağımlılığı ve İçselleştirilmiş Damgalanma

Alkol ve madde kullanımı günümüzde özellikle ergenleri ve genç erişkinleri etkilemekte ve ruhsal toplumsal birçok soruna neden olmaktadır. Damgalama sosyal grup içinde kişinin farklılıkları nedeniyle olumsuz ayrımcılığa maruz kalmasını tanımlamaktadır. Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama hastanın etkin bir tedaviye ulaşmasını engellediği için önemli bir sorundur. Alkol ve madde bağımlılarına yönelik damgalama şizofren hastaları ile benzer düzeydedir. Bu damgalama, bağımlıların kişilik özellikleri, suç işleme durumları, cinsiyet özellikleri, kullanılan maddenin özellikleri, işsizlik, medeni durumları, komorbid ruhsal hastalıkların olması gibi bazı özelliklerden doğrudan etkilendiği gibi, yasal olmayan madde kullanımı ve kültürel özellikler damgalamanın diğer önemli bir nedenidir (20).

Alkol bağımlılığı ve diğer bağımlılığı olan insanlar özellikle ciddi oranda damgalanırlar. (38). Madde ve alkol bağımlılığına (birçok ülke de tütün hariç) ilişkin bu etiketlenme çoğu kez; ahlaki açıdan düşük değerlilik, kişilik zayıflığı, kişilik bozukluğu, suç eğilimi gibi olumsuz yargılar şeklinde olmaktadır. Bu damgalama kişiye bir çok alanlarda sorun getirmektedir. İş bulamama riski, toplumsal statü kaybı, toplumsal red, toplum içinde izole edilme, yaralı benlik, lekeli kimlik algısı gibi pek çok biçimde kendisini göstermektedir (24). Damgalanmanın olumsuz sonuçları çok fazladır ve sonuçların hemen hepsi yıkıcı niteliktedir. Ruhsal dengelerinde bozulmalara, utanç duygusu yaşamalarına neden olur ve kişiler bu durumu saklamayı ve sessiz kalmayı tercih ederler (116).

Damgalanma her iki cinsiyette de görülmesine karşılık kadınların iki kat daha ağır sorunlar yaşamasına neden olur. Kadın alkoliklerin çoğu da ev hanımlarıdır ve alkol bağımlısı olduklarını ev içinde kolaylıkla saklayabilirler (116).

Alkol ve diğer madde bağımlılıkları damgalama nedeniyle genellikle gizlenir. Damgalanmanın en kötü formunda, bu durumun bir hastalık olduğu tamamıyla reddedilir. Daha da ötesi kendi isteğiyle yapılan bir hata olduğu, ahlaki bir

yetersizlikten, kişilik zayıflığından, zayıf iradeden kaynaklandığı düşünülmektedir (117).

Yargılar bu şekilde olumsuz olunca bağımlılığı olan bireyin hastalığını kabullenmesi, tedaviye uyumu, toplum içinde uyumlu yaşamasında zorluklar ortaya çıkmakta yalnızca hastalar değil hasta yakınları da bu yargılardan payını almakta ve bağımlılık mümkün olduğunca uzun süreler inkar edilmekte, saklanmakta ya da göz ardı edilmektedir (20).

Damgalamanın önüne geçmek için bağımlılığı biyopsikososyal bir model içinde hastalık olarak ele almak, bağımlılık konusunda yapılacak araştırmaları desteklemek, bağımlılığın tıbbi ve psikososyal tedavisine vurgulama yapmak, yasal düzenlemeler ile ceza konusunda iyileştirmeler yapmak, sürekli eğitim toplantıları ile bağımlılık konusunda farkındalığı artırmak gerekir. Damgalanmanın bağımlı üzerindeki en önemli etkisi etkili bir tedavi ve değerlendirme sürecinden yoksun kalmasıdır. Bu durum bağımlının sosyal olarak izole olması, maddeyi kullanmayı sürdürmesi, işsizlik, evlilik sorunları damgalanan bağımlıda kaçınılmaz olarak görülür. Bağımlılık tedavisi süreci kişi üzerinde utanç ve suçluluk düşünceleri yaratabilir. Bunların hepsi bağımlı kişilerde olumsuz etiketlenme yaratabilir (24).

1944'te A.B.D.'de damgalamayı azaltmaya yönelik bir organizasyon olarak Ulusal Alkolizm Birliği Marty Mann tarafından alkoliklere ve onların ailelerine uygun hizmet vermek için kurulmuştur. 60 yıldan fazla bir süre geçmiş olmasına rağmen maalesef damgalama ve ayrımcılık halen devam etmektedir. Toplumun eğitilmesine, damgalamayı azaltıcı stratejiler geliştirilmesine ihtiyaç duymaktayız. Alkolizm ve diğer bağımlılıklar konusunda toplumsal dikkati, uyanıklığı arttırarak damgalamayı azaltmak amaçlanmalıdır (118).

2.13.2. Damgalamayı Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Birey, aile ve toplumun ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi ancak multidisipliner ekip anlayışı ile işleyen sağlık hizmetiyle gerçekleştirilir. Bu ekibin üyelerinden biri de hemşiredir. Hemşirelik; birey, aile ve toplumun sağlığını birincil, ikincil ve üçüncül korumada rol alan, birey ya da topluma doğrudan ve günün 24 saati kesintisiz hizmet veren, önemli konumda olan bir meslektir (119). Psikiyatri hemşirelerinin damgalanmayı önleme ile ilgili olarak, ruhsal bozukluklara yönelik tutumları, tüm sağlık profesyonelleri ve halk arasında köprü oluşturması açısından önemlidir. Hastalarla doğrudan temas içinde olan, hasta ve hasta yakınları ile psikiyatrik tedavi arasında bir köprü olan hemşirelerin, halkın geniş kitlelerine ulaşacak şekilde

eğitilmeleri, halkın bu konuda doğru bilgiye ulaşması ve olumlu tutumlara sahip olması adına önemlidir (120).

Ruhsal hastalıklarda koruyuculuk önemli bir basamaktır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin etiketlenme endişesiyle psikiyatrik kliniklere başvurmadan ve tedaviden kaçındıkları düşünöldüğünde koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Bu anlamda erken tanı ve tedavi ile ilgili olarak yapılacak hemşirelik girişimleri ile ruhsal hastalıklar erken dönemde belirlenebilir, psikiyatrik sağaltım süreci kısaltılabilir ve ruhsal sorunu olan bireylerin ve ailelerinin damgalanma ile ilgili korkuları ve sorunları erken dönemde farkedilebilir. Bu durumu belirleyen ruh sağlığı hemşiresinin etiketlenme ile etkili baş etme yöntemleriyle ilgili danışmanlık girişimleri, damgalanma ve damgalanmanın bireyler üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabilir (121).

O halde, ruhsal hastalıkları tanıma, etiyoloji ve sağaltımı konusunda eğitim almış olan psikiyatri hemşireleri, hastaların yaşadığı duyguları anlayabilmek ve kaliteli bakım verebilmek adına ruhsal hastalıklardan korunmada birincil, ikincil ve üçüncül korunma basamaklarında, etiketlenme ve ayrımcılığın azaltılması çalışmalarında ön safhada yer almalıdırlar (121).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran madde-alkol bağımlılarının sosyal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde 15 Ağustos 2010 - 1 Haziran 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Psikiyatri kliniğinde 2 profesör, 1 doçent, 2 yardımcı doçent, 9 araştırma görevlisi, 7 hemşire, 1 psikolog çalışmaktadır. Psikiyatri kliniği 6 özel, 1 tecrit, 8 çift yatak kapasiteli odaya sahip olup, 23 hastaya hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri kliniğinde araştırmanın yapıldığı tarihlerde DSM-IV tanı ölçütlerine göre madde bağımlılığı tanısı alan, yatarak tedavisi devam eden, 122 hasta araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Ancak hastalardan 17 tanesinin komorbid psikiyatrik tanısı olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiş ve araştırmanın örneklemini, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 105 madde bağımlısı hasta oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

1. Okur yazar olması,
2. İletişime ve işbirliğine açık olması,
3. DSM-IV'e göre madde bağımlılığı ölçütlerini karşılıyor olması,
4. Tedavi olmaya karar vermiş olması,
5. Fiziksel kısıtlılığının olmaması,
6. Çalışmaya katılmayı kabul etmesi,
7. En son madde kullanımının üzerinden 10 gün geçmiş olması.

Araştırmadan Dışlama Ölçütleri:

1. Madde yoksunluk döneminde bulunma,
2. Araştırmanın yapıldığı zamanda herhangi bir fiziksel kısıtlılığının olması,
3. Okuma yazma bilmeme,
4. Mental retardasyonun olması,

5. 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olma,
6. Komorbid psikiyatrik tanısının (psikotik bozukluk, kişilik bozukluk, depresyon vs.) olma.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, hastalarla yüzyüze görüşülerek araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, “Tanıtıcı Bilgi Formu”, damgalanma düzeyini belirlemek için “Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)”, işlevsellik düzeylerinin değerlendirilmesi için “Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)” ölçeği uygulanarak toplanmıştır. Tanıtıcı bilgi formu ve anketlerin uygulanması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatüre (2,79) dayandırılarak geliştirilen, hastaların sosyodemografik ve madde kullanımı özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 16 sorudan oluşmaktadır. Tanıtıcı bilgi formunda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik ve madde kullanım özelliklerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

3.4.2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilen ve Ersoy ve Varan (2007) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan RHİDÖ 29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. Geçerlik-güvenirlik çalışmasında ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.94 bulunmuştur. Bu çalışmada da güvenilirlik katsayısı 0.87 olarak saptanmıştır.

Ölçek beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; 1. Yabancılaşma (6 madde), 2. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde), 3. Algılanan Ayrımcılık (5 madde), 4. Sosyal Geri Çekilme (6 madde) ve 5. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde). RHİDÖ’nde yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dörtlü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. RHİDÖ toplam madde puanı 1 ve 4 puan arasında değişmektedir (128). RHİDÖ’nde 2 ve daha düşük puan alanlar minimum, 2-2.49 arasındakiler hafif, 2.5-3 arasında değer alanlar orta, 3 ve yukarısı ciddi düzeyde damgalanma yaşadıklarını ifade etmektedir (39). RHİDÖ’nde yüksek puanlar, kişinin

içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir (144).

3.4.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)

Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) kişinin bütün sosyal rolüne yapılan yargıyı gerektiren rol işlevlerini değerlendiren bir araçtır. SİÖ temel yetileri, sosyal davranışı nicelik yönünden değerlendirir.

Ölçek 1990 yılında Birchwood ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Erakay tarafından yapılmıştır. Bu araştırmada cronbach alpha katsayısı 0.91 olarak saptanmıştır.

Ölçek, 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; 1. Sosyal çekilme, 2. Kişilerarası işlevsellik, 3. Öncül sosyal etkinlikler, 4. Boş zamanlarını değerlendirme, 5. Bağımsızlık-yetkinlik, 6. Bağımsızlık-performans, 7. İş/meslek.

Alt boyutların puanlamasına bakıldığında; sosyal çekilmede 5 madde vardır ve en düşük 0, en yüksek 15 puan alırlar. Kişiler arası işlevsellikte 4 madde vardır ama madde 1 ve 2 toplanır; böylece en düşük 0, en yüksek 9 puan alınır. Bağımsızlık yetkinlik için en düşük 0, en yüksek 39; bağımsızlık performans için en düşük 0, en yüksek 39; boş zamanları değerlendirme için en düşük 0, en yüksek 45; ve öncül sosyal etkinlikler için en düşük 0, en yüksek 66 puan alınabilir. İş meslek alanı için ise kişi için uygunsa iki madde doldurulur, ama son 6 ay içinde çalışmamışsa ya da iş aramıyorsa atlanır (108). Bu ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek toplam puan 0-223 olup, her alt ölçekten alınan toplam puanların yüksek olması işlevsellikte olumluya doğru gidişin olduğunu göstermektedir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.5 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanısıra gruplar arası karşılaştırmalarda Varyans Analizi, Kruskal Wallis , Mann Whitney U ve Bağımsız Gruplarda t testi kullanıldı. Gruplar arasındaki anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Tukey HSD ve Bonferroni analizi yapılmıştır. Ölçeklerin ve alt boyutlarının arasındaki ilişkinin analizinde Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Hastaların sosyo-demografik ve madde kullanıma ilişkin özellikleri.

Bağımlı değişken: Hastaların sosyal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanma ölçekleri ve alt boyutlarının puan ortalamaları.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı ve sözel izin alınmıştır. Araştırma kapsamındaki bireylerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce bireylere, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak “*Aydınlatılmış Onam*” etik ilkesine uyulmuştur. Bireylerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “*Özerklik*” ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*” etik ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmada “*insan onuruna saygı*” diğer bir etik ilke olarak göz önünde bulundurulmuştur. Ayrıca elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “*Kimliksizlik ve Güvenlik*” etik ilkesi yerine getirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın evreninin bilinmemesinden dolayı belli tarihler arasında ulaşılan hastaların alınması bu araştırmanın sınırlılığdır. Ayrıca örneklem küçüklüğünden dolayı araştırma sonuçları bu araştırmaya katılan hastalara genellenebilir.

Tek bir madde değil de tüm madde tiplerinin bir arada ele alınması da araştırmanın sınırlılıkları arasına dâhil edilebilir.

4. BULGULAR

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n: 105)

Özellikler	Sayı	%
Yaş Grupları		
18-25 Yaş	39	37.1
26-35 Yaş	36	34.3
36 Yaş ve Üzeri	30	28.6
Cinsiyet		
Erkek	97	92.4
Kadın	8	7.6
Eğitim Durumu		
Okur-yazar ve İlköğretim	69	65.7
Lise ve Üniversite	36	34.3
Medeni Durum		
Bekar	48	45.7
Evli	49	46.7
Boşanmış/Ayrı Yaşıyorlar	8	7.6
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	11	10.5
Çalışıyor	94	89.5
Gelir Durumunu Algılayışı		
Kötü	18	17.1
Orta	69	65.7
İyi	18	17.1
Sağlık Güvencesi		
Yok	12	11.4
Var	93	88.6
Göç Durumu		
İç ve Dış Göç	26	24.8
Göç Yok	79	75.2
Yaşadığı Yer		
İl	89	84.8
İlçe	16	15.2

Hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %37.1'ini 18-25 yaş grubunda olduğu, %92.4'ünün erkek olduğu, %65.7'sinin okur-yazar ve ilköğretim eğitim düzeyine sahip olduğu, %46.7'sinin evli, %89.5'nin çalıştığı, %65.7'sinin orta gelir düzeyinde olduklarını belirttiği, %88.6'sının sağlık güvencesine sahip olduğu, %75.2'sinin göç yaşamadığı, %84.8'inin il merkezinde yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Hastaların Aile ve Madde Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımları (n: 105)

Aile Özellikleri	Sayı	%
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Tek başına	8	7.6
Anne ve Baba ile	49	46.7
Eş ve Çocuklar/Büyük Ebeveynler ile	37	35.2
Arkadaş vb	11	10.5
Ebeveynlerin Hayatta Olma Durumu		
Yaşıyor	82	78.1
Yaşamıyor	23	21.9
Ebeveynlerin Birliktelik Durumu		
Hayır	25	23.8
Evet	80	76.2
Anne Eğitim Durumu		
İlköğretim mezunu değil	59	56.2
İlköğretim	43	41.0
Lise ve Üniversite	3	2.9
Baba Eğitim Durumu		
İlköğretim mezunu değil	31	29.5
İlköğretim	59	56.2
Lise ve Üniversite	15	14.3
Madde Kullanım Özellikleri		
Kullandığı Madde Türü		
Esrar	15	14.3
Eroin	34	32.4
Alkol	17	16.2
Alkol ve Madde	13	12.4
Karışık Madde	27	25.7
İlk Madde Kullanma Yaşı		
9-17 Yaş	39	37.1
18-35 Yaş	60	57.1
36 Yaş ve Üzeri	6	5.7
Birinci Derece Akrabalarda Madde Kullanma Durumu		
Kullanıyor	42	40.0
Kullanmıyor	63	60.0

Hastaların aile özelliklerine ait tanıttıcı özellikleri incelendiğinde; %46.7'sinin anne ve baba ile birlikte yaşadığı, %78.1'nin ebeveynlerinin hayatta, %76.2'sinin ebeveynlerinin birlikte olduğu, %56.2'sinin annesinin ilköğretim mezunu olmadığı, %56.2'sinin babasının ilköğretim seviyesinde eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Bireylerin madde kullanımına ilişkin özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %14.3'nün esrar, %32.4'nün eroin, %16.2'sinin alkol, %12.4'ünün alkol ve madde, %25.7'sinin karışık madde kullandığı saptanmıştır. İlk madde kullanma yaşına göre dağılımı incelendiğinde ise; %57.1'nin 18-35 yaş arasında olduğu, %60'ının birinci derece akrabalarında madde kullanımının olmadığı ve maddeyi kullanma süresinin ortalama 8.04 ± 7.93 yıl olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Bireylerin İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Alt boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları (n: 105)

Ölçekler ve Alt boyutları	Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	Alınan Alt ve Üst Değerler	$\bar{x} \pm SS$
İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Toplam Madde Puanı	1-4	1.55-4.00	2.92 \pm 0.48
1. Yabancılaşma	1-4	1.00-4.00	3.08 \pm 0.74
2. Kalıp Yargılarının Onaylanması	1-4	1.14-4.00	2.68 \pm 0.51
3. Algılanan Ayrımcılık	1-4	1.00-4.00	2.71 \pm 0.69
4. Sosyal Geri çekilme	1-4	1.00-4.00	3.01 \pm 0.69
5. Damga Karşı Direnç	1-4	1.60-4.00	3.14 \pm 0.52
Sosyal İşlevsellik Ölçeği Toplam Puanı	0-223	4 1.00-169.50	103.25 \pm 25.09
1. Sosyal Çekilme	0-15	2.00-14.00	9.31 \pm 2.21
2. Kişiler Arası İşlevsellik	0-9	0.50-8.00	4.68 \pm 1.63
3. Öncül Sosyal Etkinlikler	0-66	1.00-44.00	13.68 \pm 10.40
4. Boş Zaman Değerlendirme	0-45	2.00-42.00	13.16 \pm 8.46
5. Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	0-39	4.00-39.00	32.80 \pm 5.53
6. Bağımsızlık Düzeyi - Performans	0-39	.00-37.00	21.40 \pm 7.27
7. İş/Meslek	0-10	.00-10.00	8.22 \pm 2.57

Bireylerin İRHDÖ madde puan ortalaması Tablo 3'e göre 2.92 ± 0.48 olarak bulunmuştur. Bireylerin İRHDÖ'nün alt boyut madde puan ortalamaları ise; yabancılaşma için 3.08 ± 0.74 , kalıp yargılarının onaylanması için 2.68 ± 0.51 , algılanan ayrımcılık için 2.71 ± 0.69 , sosyal geri çekilme için 3.01 ± 0.69 , damga karşı direnç için 3.14 ± 0.52 olarak bulunmuştur.

Bireylerin SİÖ toplam puan ortalaması 103.25±25.09 olarak bulunmuştur. Bireylerin SİÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı sosyal çekilme için 9.31±2.21, kişiler arası işlevsellik için 4.68 ±1.63, öncül sosyal etkinlikler için 13.68 ±10.40, boş zaman değerlendirme için 13.16±8.46, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik için 32.80±5.53, bağımsızlık düzeyi –performans için 21.4 ±7.27, iş/meslek için 8.2 ±2.57 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Bireylerin İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyine Göre Dağılımları (n: 105)

Damgalanma Düzeyi	Sayı	%
Minimum (<2)	6	5.7
Hafif (2-2.49)	10	9.5
Orta (2.5-3)	43	41.0
Ciddi (>3)	46	43.8

Bireylerin damgalama düzeyine göre dağılım özellikleri incelendiğinde (Tablo 4); %43.8'inin ciddi, %41.0'ünün orta düzeyde damgalandıkları saptanmıştır.

Tablo 5. Bireylerin İçselleştirilmiş Damgalanma ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Alt boyutları	İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (Toplam)		İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Alt boyutları									
			Yabancılaşma		Kalp Yargılarının Onaylanması		Algılanan Ayrımcılık		Sosyal Geri Çekilme		Damgalanmaya Karşı Direnç	
	r	P	r	p	r	p	r	p	r	P	r	p
Sosyal İşlevsellik Ölçeği (Toplam)	-0.27	0.006	-0.26	0.009	-0.14	0.169	-0.34	0.000	-0.35	0.000	0.22	0.025
<i>SİÖ Alt boyutları</i>												
1.Sosyal Çekilme	-0.30	0.002	-0.27	0.006	-0.17	0.080	-0.30	0.002	-0.25	0.012	-0.10	0.323
2.Kişilerarası İletişim	-0.48	0.000	-0.39	0.000	-0.34	0.000	-0.46	0.000	-0.49	0.000	-0.02	0.827
3.Öncül Sosyal Etkinlikler	-0.23	0.020	-0.24	0.014	-0.11	0.279	-0.31	0.001	-0.32	0.001	0.27	0.005
4.Boş Zamanları Değerlendirme	-0.10	0.306	-0.14	0.158	-0.03	0.773	-0.15	0.125	-0.22	0.024	0.29	0.003
5.Bağımsızlık/Yetkinlik	-0.04	0.711	-0.04	0.676	0.00	0.978	-0.07	0.483	-0.01	0.951	-0.03	0.789
6.Bağımsızlık/Performans	-0.19	0.051	-0.13	0.202	-0.13	0.184	-0.25	0.011	-0.25	0.011	0.10	0.313
7.İş / Meslek	-0.16	0.112	-0.14	0.151	-0.07	0.470	-0.19	0.059	-0.13	0.189	-0.04	0.697

*Pearson Korelasyon analizi.

Hastaların/bireylerin sosyal işlevsellik ölçeği ile içselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir (Tablo 5).

Hastaların hem içselleştirilmiş damgalanma ölçeği madde puanları hem de sosyal işlevsellik toplam puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İçselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam puanları ile sosyal işlevsellik ölçeği alt boyutlarından sosyal çekilme, kişilerarası iletişim ve öncül sosyal etkinlikler puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İçselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin yabancılaşma alt boyutunun puanları ile sosyal işlevsellik ölçeği toplam puanı ve alt boyutlardan sosyal çekilme, kişilerarası iletişim ve öncül sosyal etkinlikler puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İlişkinin gücü, öncül sosyal etkinlikler alt boyutu ile zayıf düzeyde iken, toplam puan, sosyal çekilme ve kişilerarası iletişim puanları arasında orta düzeyde bulundu. Hastaların içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin kalıp yargıların onaylanması alt boyutunun puanları ile sosyal işlevsellik ölçeğinin yalnız kişilerarası iletişim alt boyutunun puanları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 5).

Hastaların içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin algılanan ayrımcılık alt boyutunun puanları ile sosyal işlevsellik ölçeği toplam puanı, alt boyutlardan sosyal çekilme, kişilerarası iletişim, öncül sosyal etkinlikler ve bağımsızlık/performans puanları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 5). Hastaların algılanan ayrımcılık puanları arttıkça sosyal işlevsellik ölçeği toplam ve dört alt boyutunun puanları azalmaktadır.

Hastaların içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin sosyal geri çekilme alt boyutunun puanları ile sosyal işlevsellik toplam puanları, alt boyutlardan sosyal çekilme, kişilerarası iletişim, öncül sosyal etkinlikler ve bağımsızlık/performans puanları arasında orta düzeyde, boş zamanları değerlendirme boyutunun puanları ile zayıf düzeyde olmak üzere negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların sosyal geri çekilme puanları arttıkça sosyal işlevsellik toplam ve beş alt boyutunun puanları azalmaktadır (Tablo 5).

Hastaların içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin damgalanmaya karşı direnç alt boyutunun puanları ile sosyal işlevsellik toplam puanları arasında zayıf düzeyde, alt boyutlardan öncül sosyal etkinlikler ve boş zamanları değerlendirme puanları arasında orta düzeyde olmak üzere pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastaların damgalanmaya karşı direnç puanları arttıkça sosyal işlevsellik toplam ve iki alt boyutunun puanları da artmaktadır (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 105)

Özellikler	Sayı	Sosyal İşlevsellik Ölçeği (Toplam)	Sosyal İşlevsellik Ölçeği Alt Boyutları						
			Sosyal Çekilme	Kişiler Arası İletişim	Öncül Sosyal Etkinlikler	Boş Zamanları Değerlendirme	Bağımsızlık: Yetkinlik	Bağımsızlık: Performans	İş/Meslek
			$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Yaş Grupları									
18-25 Yaş	39	107.96±25.83	9.60±2.19	4.72±1.63	17.23±11.17	13.26±8.74	32.95±5.14	22.18±7.30	8.03±2.98
26-35 Yaş	36	103.15±25.73	8.94±2.27	4.68±1.85	12.33±10.77	14.44±9.12	32.36±6.58	21.94±6.32	8.44±2.06
36 Yaş ve ↑	30	97.25±22.72	9.38±2.16	4.63±1.40	10.67±7.45	11.50±7.18	33.13±4.75	19.73±8.20	8.20±2.62
<i>F (sd:2/102/104*)</i>		1.563	0.850	0.022	4,063	0.994	0.179	1.118	0.246
<i>p</i>		0.214	0.430	0.978	0.020	0.74	0.836	0.331	0.783
Cinsiyet									
Erkek	97	103.52±25.79	9.30±2.22	4.64±1.65	13.99±10.72	13.13±8.73	33.03±4.84	21.12±7.45	8.29±2.52
Kız	8	100.06±14.59	9.44±2.13	5.13±1.41	9.88±3.44	13.50±4.34	30.00±11.12	24.75±2.96	7.38±3.20
<i>U</i>		378.500	360.000	304.000	352.000	330.000	349.500	250.000	270.000
<i>p</i>		0.909	0.734	0.308	0.663	0.483	0.641	0.095	0.120
Eğitim Durumu									
İlköğretim	69	99.50±24.05	9.41±2.29	4.38±1.53	12.23±9.59	11.86±8.57	33.20±4.71	20.61±7.07	7.81±2.78
Lise-Üniversite	36	110.44±25.78	9.14±2.07	5.25±1.70	16.44±11.42	15.67±7.77	32.03±6.86	22.92±7.49	9.00±1.91
<i>t (sd: 103)</i>		2.159	0.586	2.652	1.999	2.232	1.033	1.556	2.570
<i>p</i>		0.033	0.559	0.009	0.048	0.028	0.304	0.123	0.012
Gelir Durumu									
Kötü	18	99.86±16.95	8.97±2.03	4.72±1.49	10.83±6.31	12.50±6.53	33.94±2.82	22.11±4.83	6.78±2.78
Orta	69	99.34±24.29	9.14±2.29	4.34±1.47	12.55±9.46	11.59±7.76	32.61±5.82	20.68±7.60	8.42±2.56
İyi	18	121.64±27.75	10.31±1.85	5.94±1.81	20.83±13.98	19.83±9.85	32.39±6.48	23.44±7.85	8.89±1.91
<i>KW (sd: 2)</i>		9.608	5.633	13,194	5.550	12.338	0.081	3.567	9.013
<i>P</i>		0.008	0.060	0.001	0.062	0.002	0.960	0.168	0.011
Yaşadığı Yer									
İl	89	104.77±25.07	9.27±2.26	4.70±1.61	14.06±10.42	13.64±8.42	33.27±5.54	21.67±7.49	8.16±2.59
İlçe	16	94.81±24.22	9.56±1.95	4.56±1.82	11.56±10.33	10.50±8.49	30.19±4.86	19.88±5.80	8.56±2.53
<i>U</i>		510.500	682.500	672.500	586.500	532.000	409.500	573.000	639.000
<i>p</i>		0.072	0.791	0.723	0.262	0.108	0.007	0.215	0.478

Anne Eğitim Durumu									
Okur-yazar değil	59	97.81±22.72	9.28±2.11	4.38±1.47	11.81±8.36	11.34±6.91	32.36±6.18	20.37±7.43	8.27±2.43
İlköğretim	43	107.80±25.49	9.24±2.37	4.86±1.64	15.07±11.88	14.77±9.44	33.60±4.31	22.21±6.78	8.05±2.83
Lise ve Üniversite*	3	145.00±13.26	11.00±1.32	8.00±0.00	30.33±8.39	26.00±8.19	30.00±7.94	30.00±4.58	9.67±0.58
<i>T (sd: 100)</i>		2.082	0.080	1.549	1.541	2.020	1.138	1.278	0.430
<i>p</i>		0.040	0.937	0.124	0.128	0.047	0.258	0.204	0.668
Baba Eğitim Durumu									
Okur-yazar değil	31	98.92±22.13	9.19±2.37	4.27±1.19	11.81±8.23	10.94±7.17	33.55±4.60	20.68±7.90	8.48±2.31
İlköğretim	59	103.62±26.55	9.41±2.12	4.75±1.65	14.14±10.94	13.32±8.87	32.64±6.18	21.14±7.30	8.22±2.38
Lise, Üniversite	15	110.77±24.56	9.20±2.33	5.23±2.19	15.73±12.19	17.13±8.24	31.87±4.67	23.93±5.43	7.67±3.72
<i>KW (sd: 2)</i>		2.382	0.041	2.706	0.786	6.006	2.464	2.544	0.247
<i>p</i>		0.304	0.980	0.259	0.675	0.050	0.292	0.280	0.884

* Varyans analizinde serbestlik derecesi, Gruplar arası sd/Grup İçi Sd/Toplam Sd sırasıyla verildi.

KW: Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U, t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi

* Annesi lise ve üniversite mezunu olan grupta örneklem sayısı az olduğu için analize alınmadı.

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre sosyal işlevsellik ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılması incelenmiştir (Tablo 6).

Hastaların yaş gruplarına göre SİÖ'nün öncül sosyal etkinlikler alt boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), sosyal işlevsellik toplam puanı ve diğer altı alt boyutunun puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 6). Öncül sosyal etkinlikler alt boyutundaki farkın hangi yaş grupları arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tukey HSD ileri analizinde, 18-25 yaş grubundaki hastaların puan ortalamalarının 36 yaş ve üzerindeki hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0.05$), diğer ikili gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Hastaların cinsiyetlerine göre SİÖ ve yedi alt boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 6).

Eğitim durumlarına göre, sosyal işlevsellik toplam puanı ve kişilerarası iletişim, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, iş/meslek alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 6). İlköğretim mezunu olan hastaların sosyal işlevsellik toplam puan ve bu alt boyutlarının puan ortalamalarının lise/üniversite mezunu olanlarından anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur.

Hastaların gelir durumuna göre grupların sosyal işlevsellik toplam puanı, kişilerarası iletişim, boş zamanları değerlendirme ve iş/meslek boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu (iş/meslek $p<0.05$, diğerleri $p<0.001$, Tablo 6) saptanmıştır. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U ileri analizinde;

- Sosyal işlevsellik toplamı ve boş zamanları değerlendirme alt boyutunda geliri iyi olan hastaların puan ortalamalarının geliri hem kötü olan hastaların hem de orta düzeyde olan hastalarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0.05$), diğer ikili gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$),

- Kişilerarası iletişim alt boyutunda, geliri iyi olan hastaların puan ortalamalarının geliri orta düzeyde olanlarından ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0.01$), diğer ikili gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$),

- İş/Meslek alt boyutunda ise, hem geliri orta düzeyde olanların hem de iyi olanların puan ortalamalarının geliri kötü olanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0.05$), geliri orta ve iyi düzeyde olanların arasında ise anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Hastaların gelir durumuna göre grupların sosyal işlevsellik ölçeğinin sosyal çekilme, öncül sosyal etkinlikler, bağımsızlık: yetkinlik ve bağımsızlık: performans alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 6). Hastaların yaşadığı yere göre, ilde yaşayan hastaların yalnız bağımsızlık: yetkinlik alt boyutunun puan ortalamalarının ilçede yaşayanlarınkinden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.01$), grupların sosyal işlevsellik toplam puan ve diğer altı alt boyutunun puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 6).

Hastaların babalarının eğitim durumuna göre grupların sosyal işlevsellik ölçeği ve yedi alt boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$, Tablo 6).

Anne eğitim durumuna göre, annesinin okur-yazar olmayan hastaların sosyal işlevsellik ölçeği toplam puanı ve alt boyutlardan boş zamanları değerlendirme puan ortalamalarının annesi ilköğretim mezunu olanlarınkinden anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 6).

Tablo 7. Bireylerin Aile Madde Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Alt boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:105)

Özellikler	Sayı	Sosyal İşlevsellik Ölçeği (Toplam)	Sosyal İşlevsellik Ölçeği Alt Boyutları						
			Sosyal Çekilme	Kişiler Arası İletişim	Öncül Sosyal Etkinlikler	Boş Zamanları Değerlendirme	Bağımsızlık: Yetkinlik	Bağımsızlık: Performans	İş/Meslek
			$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kullanılan Madde Türü									
Esrar	15	118.32±31.91	10.36±1,54	5.61±1.29	20.71±15.10	16.07±11.40	32.79±6.00	24.93±6.70	7.86±3.08
Eroin	34	94.26±16.45	8.53±2,12	4.00±1.35	9.33±5.42	11.27±6.78	32.52±6.60	20.58±6.10	8.03±2.51
Alkol	17	100.41±26.70	9.47±2,31	5.35±1.54	11.41±8.94	11.88±6.42	33.59±5.55	20.18±9.10	8.53±2.32
Alkol ve Madde	13	112.15±29.04	9.77±2,42	5.31±1.96	17.38±12.78	15.92±11.29	32.31±6.16	22.31±5.36	9.15±1.72
Karışık Madde	27	103.91±23.56	9.41±2,26	4.32±1.61	14.93±9.57	13.43±8.01	32.89±3.65	20.93±8.18	8.00±2.88
<i>KW (sd: 4)</i>		8.221	9.689	14.413	8.789	2.424	1.516	4.615	2.587
<i>p</i>		0.084	0.046	0.006	0.067	0.658	0.824	0.329	0.629
İlk Madde Kullanma Yaşı									
9-17 Yaş	39	103.78±25.92	9.29±2.34	4.72±1.45	14.67±10.73	12.87±8.78	32.90±5.10	21.18±8.40	8.15±2.86
18-25 Yaş	49	103.45±25.63	9.53±2.03	4.53±1.78	13.80±11.25	13.51±8.55	32.76±4.64	21.06±6.12	8.27±2.33
26 Yaş ve Üzeri	17	101.47±22.79	8.74±2.42	5.03±1.62	11.06±6.31	12.82±7.88	32.71±8.52	22.88±7.77	8.24±2.70
<i>KW (sd: 2)</i>		0.049	0.975	1.253	0.458	0.248	1.435	0.810	0.202
<i>p</i>		0.976	0.614	0.534	0.795	0.883	0.488	0.667	0.904
Birinci Derece Akrabalarda Madde Kullanma									
Var	42	110.55±26.09	9.14±2.50	4.90±1.65	16.57±10.86	16.31±9.23	32.98±5.84	22.48±8.84	8.17±2.42
Yok	63	98.39±23.35	9.43±2.00	4.53±1.62	11.75±9.69	11.06±7.26	32.68±5.36	20.68±5.97	8.25±2.69
<i>t (sd: 103)</i>		2.493	0.648	1.148	2.382	3.252	0.265	1.152	0.170
<i>p</i>		0.014	0.518	0.254	0.019	0.002	0.791	0.253	0.866

* Varyans analizi için serbestlik derecesi: Gruplar arası Sd/Grup İçi Sd/Toplam Sd sırasıyla verildi.

KW: Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U, t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi

Hastaların madde kullanımına ilişkin özelliklerine göre sosyal işlevsellik ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelenmiştir (Tablo 7).

Hastaların kullandıkları madde türüne göre sosyal işlevsellik ölçeğinin sosyal çekilme ve kişilerarası iletişim boyutlarının puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu (boyut sırasıyla $p<0.05$ ve $p<0.01$), sosyal işlevsellik toplam puan ve diğer beş alt boyutunun puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 7). Sosyal çekilme ve kişilerarası iletişim boyutlarındaki farkın hangi madde grupları arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde (Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi); her iki alt boyutta da esrar kullanan hastaların puan ortalamalarının eroin kullananlarınkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu (sosyal çekilme $p: 0.004$, kişilerarası iletişim $p: 0.001$), diğer ikili gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Birinci derece akrabalarında madde kullanan bireylerin olma durumuna göre hastaların sosyal işlevsellik toplam puan, alt boyutlardan öncül sosyal etkinlikler ve boş zamanları değerlendirme puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu (boş zamanları değerlendirme $p<0.01$, diğerleri $p<0.05$, Tablo 7), madde kullanan birinci derece akrabası olan hastaların puan ortalamalarının olmayanlarınkinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Birinci derece akrabalarının madde kullanma durumuna göre hastaların sosyal çekilme, kişilerarası iletişim, bağımsızlık: yetkinlik, bağımsızlık: performans ve iş/meslek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Alt boyutlarının Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 105)

Özellikler	Sayı	İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (Toplam)	İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Alt Boyutları				
			Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç
			$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Yaş Grupları							
18-25 Yaş	39	2.85±0.47	2.98±0.75	2.65±0.53	2.55±0.68	2.91±0.67	3.19±0.50
26-35 Yaş	36	2.88±0.54	3.00±0.81	2.67±0.59	2.68±0.73	3.01±0.76	3.05±0.61
36 Yaş ve ↑	30	3.06±0.38	3.32±0.60	2.74±0.38	2.96±0.61	3.15±0.61	3.17±0.42
<i>F (sd*)</i>		1.875	2.231	0.284	3.204	1.068	0.791
<i>p</i>		0.159	0.113	0.753	0.045	0.347	0.456
Cinsiyet							
Erkek	97	2.92±0.49	3.08±0.75	2.69±0.52	2.72±0.70	3.03±0.70	3.15±0.53
Kız	8	2.85±0.37	3.19±0.65	2.63±0.32	2.63±0.56	2.85±0.44	3.00±0.45
<i>t (sd: 103)</i>		0.394	0.409	0.341	0.363	0.676	0.775
<i>p</i>		0.694	0.683	0.734	0.717	0.500	0.440
Eğitim Durumu							
OY ve İlköğretim	69	3.01±0.42	3.17±0.62	2.76±0.49	2.89±0.62	3.16±0.54	3.11±0.51
Lise ve Üniversite	36	2.74±0.52	2.91±0.91	2.53±0.52	2.37±0.70	2.74±0.85	3.19±0.53
<i>t (sd: 103)</i>		2.878	1.545	2.254	3.936	2.703	0.815
<i>p</i>		0.005	0.128	0.026	0.000	0.009	0.417
Gelir Durumu							
Kötü	18	3.05±0.52	3.23±0.82	2.75±0.49	3.00±0.81	3.19±0.69	3.12±0.58
Orta	69	2.96±0.40	3.14±0.59	2.75±0.46	2.75±0.58	3.08±0.56	30.09±0.49
İyi	18	2.63±0.60	2.70±1.05	2.38±0.62	2.26±0.77	2.58±0.96	3.32±0.57
<i>KW (sd: 2)</i>		5.384	3.058	6.165	10.713	5.316	2.678
<i>P</i>		0.068	0.217	0.046	0.005	0.070	0.262
Yaşadığı Yer							
İl	89	2.93±0.49	3.10±0.75	2.70±0.53	2.73±0.71	3.02±0.69	3.13±0.51
İlçe	16	2.85±0.42	2.98±0.70	2.60±0.40	2.59±0.54	2.96±0.71	3.16±0.59
<i>U</i>		633.000	622.000	615.000	595.500	680.500	651.500
<i>p</i>		0.481	0.420	0.385	0.296	0.778	0.587

Anne Eğitim Durumu							
Eğitimi Yok	59	2.97±0.42	3.16±0.64	2.73±0.50	2.80±0.61	3.15±0.57	3.05±0.53
İlköğretim	43	2.91±0.50	3.10±0.76	2.68±0.49	2.68±0.73	2.91±0.75	3.25±0.45
Lise ve Üniversite	3	1.94±0.14	1.50±0.60	1.81±0.33	1.47±0.31	1.78±0.69	3.33±0.99
<i>t (sd: 100)</i>		0.640	0.419	0.506	0.882	1.708	1.983
<i>p</i>		0.524	0.676	0.614	0.380	0.092	0.050
Baba Eğitim Durumu							
Eğitimi Yok	31	2.96±0.31	3.09±0.61	2.76±0.42	2.77±0.46	3.16±0.49	3.06±0.49
İlköğretim	59	2.89±0.52	3.08±0.75	2.66±0.55	2.72±0.76	2.92±0.73	3.13±0.51
Lise ve Üni.	15	2.91±0.59	3.09±0.99	2.60±0.51	2.55±0.81	3.08±0.85	3.31±0.59
<i>KW (sd: 2)</i>		0.274	0.541	0.805	1.202	2.558	2.152
<i>p</i>		0.872	0.763	0.669	0.548	0.278	0.341

* Annesi lise ve üniversite mezunu olan grupta örneklem sayısı az olduğu için analize alınmadı.

KW: Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U, t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre içselleştirilmiş damgalanma ölçeği ve alt boyutlarının madde puan ortalamalarının karşılaştırılması incelenmiştir (Tablo 8).

Hastaların yaş gruplarına göre içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin yalnız algılanan ayrımcılık alt boyutunun madde puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$, Tablo 9), farkın hangi yaş grupları arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tukey HSD ileri analizinde, 18-25 yaş grubundaki hastaların puan ortalamalarının 36 yaş ve üzerindeki hastalardan anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p<0.05$), diğer ikili yaş grupları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Yaş gruplarına göre içselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam ve diğer dört alt boyutunun (yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç) madde puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 8).

Hastaların cinsiyet ve yaşadığı yere, anne ve babanın eğitim durumuna göre içselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ve beş alt boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 8).

Hastaların eğitim durumuna göre içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin toplam puanı ($p<0.01$) ve alt boyutlardan kalıp yargıların onaylanması ($p<0.05$), algılanan ayrımcılık ($p<0.001$) ve sosyal geri çekilme ($p<0.01$) puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, lise ve üniversite mezunu olan hastaların puan ortalamalarının okuryazar ve ilköğretim mezunu olanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların eğitim durumuna göre içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin yabancılaşma ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 8).

Hastaların gelir durumuna göre içselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam puan ve alt boyutlardan yabancılaşma, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), kalıp yargıların onaylanması ($p<0.05$) ve algılanan ayrımcılık ($p<0.01$) alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 8). İki alt boyuttaki farkın hangi gelir grupları arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde (Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi);

- Kalıp yargıların onaylanması alt boyutunda, gelir durumu iyi olan hastaların puan ortalamalarının gelir durumu orta olanlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p: 0.015$), diğer ikili gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$),

- Algılanan ayrımcılık alt boyutunda ise, geliri iyi düzeyde olan hastaların puan ortalamalarının hem kötü ($p: 0.005$) hem de orta düzeyde olanlarından çok anlamlı olarak

daha düşük olduğu (p: 0.004), geliri kötü ve orta düzeyde olan gruplar arasında ise anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05, Tablo8).

Tablo 9. Bireylerin Aile ve Madde Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Alt boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 105)

Özellikler	Sayı	İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (Toplam)	İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Alt Boyutları				
			Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnc
			$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kullanılan Madde Türü							
Esrar	15	2.88±0.42	3.05±0.64	2.76±0.62	2.46±0.59	3.01±0.54	3.13±0.38
Eroin	34	3.16±0.37	3.45±0.53	2.83±0.41	3.04±0.63	3.36±0.47	3.15±0.55
Alkol	17	2.69±0.47	2.91±0.73	2.46±0.44	2.52±0.66	2.71±0.77	2.92±0.63
Alkol ve Madde	13	2.52±0.63	2.40±1.10	2.27±0.65	2.22±0.80	2.45±0.96	3.40±0.50
Karışık Madde	27	2.97±0.37	3.09±0.55	2.81±0.40	2.80±0.58	3.05±0.55	3.14±0.46
<i>KW (sd)</i>		17.710	16.829	13.858	15.008	17.044	6.258
<i>p</i>		0.001	0.002	0.008	0.005	0.002	0.181
İlk Madde Kullanma Yaşı							
9-17 Yaş	39	2.83±0.41	2.94±0.66	2.62±0.50	2.55±0.57	2.94±0.58	3.16±0.53
18-25 Yaş	49	2.94±0.55	3.11±0.83	2.72±0.54	2.78±0.77	3.05±0.79	3.10±0.55
26 Yas ve Üzeri	17	3.03±0.37	3.34±0.59	2.74±0.44	2.87±0.66	3.07±0.61	3.18±0.40
<i>KW (sd: 2)</i>		2.634	5.024	1.850	3.257	2.250	1.149
<i>p</i>		0.268	0.081	0.396	0.196	0.325	0.563
Birinci Derece Akrabalarda Madde Kullanma							
Var	42	2.89±0.54	2.96±0.85	2.64±0.59	2.71±0.72	2.92±0.81	3.27±0.46
Yok	63	2.94±0.43	3.16±0.65	2.71±0.45	2.71±0.67	3.08±0.59	3.05±0.54
<i>t (sd: 103)</i>		0.569	1.360	0.678	0.011	1.170	2.119
<i>p</i>		0.571	0.177	0.499	0.991	0.245	0.036

* Gruplar arası Sd: 2, Grup İçi Sd:102 , Toplam Sd: 104

KW: Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U, t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi.

Hastaların madde kullanımına ilişkin özelliklerine göre içselleştirilmiş damgalanma ölçeği ve alt boyutlarının madde puan ortalamalarının karşılaştırılması (Tablo 9) incelenmiştir.

Hastaların kullandıkları madde türüne göre içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin yalnız damgalanmaya karşı direnç alt boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), toplam puan ve diğer dört boyutunun puan ortalamaları arasında ise çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, Tablo 9). Toplam ve dört alt boyuttaki farkın hangi madde grupları arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde (Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi ($p<0.005$);

- İçselleştirilmiş damgalanma toplam puan ve sosyal geri çekilme boyutunda, esrar kullanan hastaların puan ortalamalarının hem eroin (toplam p : 0.001, s.g çekilme p : 0.002) hem de alkol+ madde kullananlarınkinden çok anlamlı olarak daha yüksek olduğu (toplam p : 0.002, s.g. çekilme p : 0.001), diğer ikili gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$).

- Yabancılaşma ve algılanan ayrımcılık alt boyutlarında, esrar kullanan hastaların puan ortalamalarının alkol+ madde kullananlarınkinden çok anlamlı olarak daha yüksek olduğu (yabancılaşma p : 0.002, a.ayrımcılık p : 0.003), diğer ikili gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

- Kalıp yargıların onaylanması alt boyutunda ise, ileri analizde ikili gruplar arasında %95 güvenilirlik düzeyinde anlamlı fark olmadığı belirlendi. Alfa % 90 güvenilirlik düzeyinde, esrar kullanan hastaların puan ortalamalarının hem eroin (toplam p : ,006, s.g çekilme p : ,007) hemde alkol+ madde kullananlarınkinden çok anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Birinci derece akrabalarında madde kullanan bireylerin olma durumuna göre hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puan, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme olmak üzere dört alt boyutun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), damgalanmaya karşı direnç alt boyutunun puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 9). Madde kullanan birinci derece akrabası olan hastaların damgalanmaya karşı direnç puan ortalamalarının olmayanlarınkinden daha yüksektir.

5. TARTIŞMA

Hastaların Sosyodemografik, Aile ve Madde Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Çalışmaya alınan hastaların %7.6'sını kadınlar, %92.4'ü erkek hastalar oluşturmaktadır. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunun erkek hastalardan oluşması, erkeklerin risk alma ve heyecan arama eğilimlerinin kızlardan daha fazla olmasından kaynaklanabilir (76). Diğer bir nedense; farklı bir çalışmada belirtildiği gibi kadın alkoliklerin çoğunun ev hanımlarından oluşması ve alkol bağımlısı olduklarını ev içinde kolaylıkla saklayabilmeleridir (116).

Konu ile ilgili daha önce yapılmış olan araştırmalardaki oranlara bakıldığında da benzer oranlar görülmektedir. Bulut ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastaların %96.8'i erkek , %3.2'si kadın olduğu saptanmıştır (122). Karataş'da (2009) ergenlerde saldırganlığın madde bağımlılığı ve diğer değişkenlerle ilişkisini araştırdığı çalışmasında, madde kullanımının erkeklerde, kızlara nazaran anlamlı olarak fazla olduğu sonucuna varmıştır. Erkeklerde %41 olan madde kullanım oranı, kızlarda %24 olarak bulunmuştur (76).

Bu çalışmadaki hastaların %37.1'inin 18-25 yaş arasında, %34.3'ünün 26-35 yaş arasında olduğu görülmüştür. Hastaların ilk madde kullanma yaşına göre dağılımına baktığımızda; %57.1'i 18-35 yaş ve %37.1'i 9-17 yaşları arasında başladıkları belirlenmiştir.

Acar'da (2006) yapmış olduğu araştırmasında katılımcıların ağırlıklı olarak 19-25 yaş arasında (%43.2) uyuşturucu ile tanıştıklarını, %32 civarında gencin uyuşturucuya 15-18 yaş arasında başladığını bulmuştur. Yaş ilerledikçe uyuşturucuya başlama oranı düşmektedir. Gençlik yılları insan hayatında yeni şeylerin başlama dönemidir. Uyuşturucu da bunlardan biridir. Gençlik uyuşturucu konusunda bilinçlendirmezse ve gerekli eğitim verilmezse kötü alışkanlıklardan biri olan uyuşturucu madde kullanım oranı her geçen gün artacaktır (77).

Çalışmaya katılanlar eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde, %65.7'sinin okur-yazar ve ilköğretim düzeyi gibi alt eğitim seviyesine sahip oldukları görülmektedir.

Karataş'ın (2009) yapmış olduğu çalışmasında ergenlerin madde kullanımı ve eğitim düzeyine göre dağılımının incelenmesi sonucunda; sırasıyla ergenlerin %42 oranı ile ilkokul, %34 oranı ile ortaokul, %16.7 oranı ile lise mezunu ergenlerin madde kullandığı

sonucu bulunmuştur. Madde kullanımının en fazla düşük eğitim düzeyinde olduğu görülmektedir (76).

Acar'ın (2006) "Türkiye'de Madde Bağımlılığı ve Gençlik" üzerine yaptığı araştırmada da araştırmacı, madde kullanımının en yaygın olduğu eğitim düzeyinin, ilkokul mezunlarının olduğu sonucunu bulmuştur (77).

Yumru ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları araştırmada, psikiyatri kliniğine madde bağımlılığı yönünden değerlendirilmeleri için gönderilen 96 adli olgunun, eğitim düzeyleri incelendiğinde, olguların %85'inin ilkokul mezunu ve okur-yazar olmayanlardan oluştuğu gözlenmiştir (123).

Kişilerin eğitim düzeyi yükseldikçe, bilgi ve bilinç düzeyi de artmaktadır. Akın'ın (1996) çalışmasına göre madde kullanıcılarının %65'i eğitim ve bilgi eksikliği nedeniyle madde kullanmaktadırlar (3). Öte yandan madde kullanıcıları, zamanlarının büyük bir bölümünü, maddeyi sağlamak veya kullanmak için harcadıklarından dolayı büyük bir çoğunluğu eğitimini sürdürememektedir (76).

Hastaların iş durumuna göre dağılımına bakıldığında; %89.5'inin çalıştığı sonucuna varılmıştır. Taşkent'in alkol/madde bağımlılarıyla ilgili yapmış olduğu çalışmasında, çalışan bireylerin oranı %51.6 olarak bulunmuştur (124).

Bulut ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada ise çalışıyor olma oranı %80.2'dir (122).

Aile her zaman kişinin hayata hazırlanması için gerekli psiko-sosyal destek özelliğini korumaktadır. Ancak madde bağımlılığı ile ilişkili süreçte; çalışmamızdan elde edilen verilere göre; medeni hal değişkeninde %46.7 oranında kişinin evli olduğu; yaşam ortamı değişkeninde ise 81.9 oranında kişinin ailesiyle (anne ve babası (46.7), eş ve çocuklar/büyük ebeveynler (35.2)) beraber yaşadığı; aile durumu değişkenine göre ise %82 oranında anne-babasının hayatta, %80'inin birlikte olduğu görülmektedir.

Yılmaz da yaptığı çalışmasında %50 oranında kişinin evli olduğunu, %84 oranında kişinin ailesiyle (anne babası veya kendi eşi ve çocukları ile) beraber yaşadığı, %82 oranında ailesinin halen var olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda; uyuşturucu madde kullananların çoğunun bir ailesinin olması ve ailesiyle birlikte yaşıyor olması, sadece kimsesiz ve yalnız olanların uyuşturucuya başlayacağı söylemini çürütmektedir. Bununla birlikte bir ailesi olup da gerçek manada yalnız olanların uyuşturucuya başlayabileceği gerçeği inkar edilemez. Madde bağımlılığı ile ilişkili kişilerin ailesinden ayrı ve yalnız yaşayan kişiler oldukları öngörüsünün aksine belki aile yapıları ile ilgili

problemler yaşadıkları yani ailenin kişi için gerekli denetim ve destek ortamını oluşturamadığı söylenebilir (125).

Çalışmamızda il merkezinde yaşayan madde ve alkol hastalarının sayısı (%84.8) ilçelere göre daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur. İstatistikler toplumun bazı kesimlerinin daha fazla uyuşturucu kullandığını ortaya koymasına rağmen, uyuşturucu bağımlıları toplumun her kesiminden gelebilmektedir (126). Kırsal kesimdekilerin uyuşturucu bağımlılığı oranının kente göre daha az olduğunu söyleyebiliriz (126).

Bu çalışmadaki aile eğitim düzeyi oranlarıyla ilgili elde edilen bulgulara göre annenin eğitim düzeyi babaya göre daha düşüktür. Annenin eğitim düzeyine göre okur-yazar olmayanların oranı %56.2'dir. Bu oran babalarda ise %29.5 düzeyindedir. Lise ve üniversite eğitim düzeyinde olan anne ve babaların çok düşük oranlarda olduğu görülmektedir. Anne ve babaların eğitim düzeylerinin düşük olmasının çocuklarına madde bağımlılığından korunma konusunda gerekli yönlendirmelerin yetersiz olabileceğini düşündürmektedir.

Bireylerin Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Alt boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımlarının İncelenmesi

Bireylerin SİÖ toplam puan ortalaması 103.25 ± 25.09 olarak bulunmuştur. Bireylerin SİÖ alt boyut puan ortalamaları ise sosyal çekilme için 9.31 ± 2.21 , kişiler arası işlevsellik için 4.68 ± 1.63 , öncül sosyal etkinlikler için 13.68 ± 10.40 , boş zaman değerlendirme için 13.16 ± 8.46 , bağımsızlık düzeyi-yetkinlik için 32.80 ± 5.53 , bağımsızlık düzeyi – performans için 21.40 ± 7.27 , iş/meslek için 8.22 ± 2.57 olarak bulunmuştur.

Sosyal işlevsellik ölçeğinden alınabilecek toplam puan 0 ile 223 olup, bu çalışmada ölçeğin toplam puan ortalaması 103.25 ± 25.09 olarak bulunmuştur. Bu değerlere göre hastaların işlevsellik puanlarının orta düzeyde olduğunu söylemek mümkündür. Bununla beraber, ölçeğin tüm alt boyutları açısından değerlendirildiğinde, benzer şekilde orta düzeyde işlevselliğe sahip oldukları görülmektedir. Öte yandan bu bulgular, madde-alkol bağımlılığının hastaların sosyal işlevselliklerini orta düzeyde olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Çalışmamızda, hastaların sosyal işlevsellik ölçeği alt boyutlarından en fazla etkilenenler sırasıyla; öncül sosyal etkinlikler, boş zaman değerlendirme, sosyal çekilme ve bağımsızlık düzeyi:performansın olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgu madde-alkol kullanımının bu alanlarda gerilemeye neden olduğunu düşündürmektedir. Elde edilen sonuca göre araştırmanın I. hipotezi (Madde bağımlılığı olan bireylerin sosyal işlevsellik düzeyleri azalmıştır) kabul edilmiştir

Güdük'ün (2010) şizofren hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmasında, sosyal işlevsellik ölçeği toplam puan ortalamasının 103.53 ± 25.35 olduğu görülmektedir. Sosyal işlevsellik ölçeğinin alt gruplarının puanları incelendiğinde ise; sosyal uğraş / sosyal çekilme puan ortalamasının 10.00 ± 2.86 , kişilerarası işlevsellik puan ortalamasının 5.45 ± 2.21 , öncül sosyal etkinlikler puan ortalamasının 12.79 ± 8.55 , boş zamanları değerlendirme puan ortalamasının 13.22 ± 5.25 , bağımsızlık düzeyi-yetkinlik puan ortalamasının 34.49 ± 4.51 , bağımsızlık düzeyi-performans puan ortalamasının 24.49 ± 8.59 , iş / meslek puan ortalamasının 3.02 ± 3.81 olduğu görülmektedir (106). Örneklem özelliğinin farklı olmasına rağmen sosyal işlevsellik düzeylerindeki etkilenme oranının benzer olduğu görülmüştür.

Addington ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmış olan şizofrenide sosyal işlevsellik çalışmasında ise puan ortalamaları sosyal geri çekilme için 9.93 ± 2.25 , kişiler arası işlevsellik için 6.85 ± 1.71 , boş zamanları değerlendirme için 21.26 ± 5.4 , bağımsızlık-performans için 28.63 ± 5.01 , bağımsızlık-yetkinlik için 35.23 ± 3.54 , iş-meslek için 4.64 ± 3.00 olarak bulunmuştur (109,127,11). Sosyal işlevsellik alanlarının puan ortalamaları bu çalışmalardaki (109,127,11) sonuçlardan biraz yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun ise hem örneklem özelliğinden hemde kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceğini söyleyebiliriz.

Ruhsal bozukluğu olan birçok hasta, bozukluğun sosyal işlev görmeyi bozması nedeniyle; sosyal geri çekilme, kişiler arası ilişkilerin azalması, sosyal etkinliklerde azalma, kendi başına yaşamını sürdürememe ve iş alanında işlevselliğin yitirilmesi ile ilgili becerilerin kaybı gibi belirtiler yaşamaktadır. Bu yetersizlikler hastanın ailevi, mesleki ve sosyal performansının düşmesine, ekonomik kayıplara, yaşam kalitesinde düşmeye, çeşitli nedenlerle daha fazla sağlık yardımı alabilmek için sağlık kurumlarına başvurmasına ve genel olarak toplum ve sağlık sistemi için ciddi bir yük oluşmasına neden olmaktadır. (106,109). Hastanın sosyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesinin, iyi klinik tedavi planı ve hastanın topluma dönüşü için hazırlanmasında önemli olduğu belirtilmektedir. Sosyal işlevsellik düzeyi ruhsal bozuklukların seyrinde belirleyici olabilir ve bu nedenle de tedaviye cevabın değerlendirilmesinde önemsenmelidir (106).

Bireylerin Damgalanma Düzeyine Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Bireylerin İRHDÖ toplam madde puan ortalaması 2.9 ± 0.48 olarak bulunmuştur. Bireylerin İRHDÖ'nün alt boyutlarının madde puan ortalamaları ise; yabancılaşma için 3.08 ± 0.74 , kalıp yargılarının onaylanması için 2.68 ± 0.51 , algılanan ayrımcılık; 2.71 ± 0.69 , sosyal geri çekilme; 3.01 ± 0.69 , damgalanmaya karşı direnç için 3.14 ± 0.52 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda, hastaların içselleştirilmiş damgalanma ölçeği alt boyutlarından en fazla etkilenenler sırasıyla; yabancılaşma, sosyal geri çekilme, algılanan ayrımcılık ve kalıp yargılarının onaylanması şeklinde olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulgu madde bağımlılığı olan bireylerin bu damgalanma alanlarında daha fazla içselleştirilmiş damgalanma algıladıklarını göstermektedir. Elde edilen sonuca göre araştırmanın II. hipotezi (Madde bağımlılığı olan bireyler yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşamaktadırlar) kabul edilmiştir.

İçselleştirilmiş damgalanma ölçeği alt boyutlarından damgalanmaya karşı direnç alt boyutu ortalamasının da oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Brohan ve arkadaşlarının (2010) iki uçlu bozukluk ve depresyon hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada, madde puan ortalamalarının yabancılaşma için 2.22 ± 1.09 , kalıp yargılarının onaylanması için 1.59 ± 0.78 , algılanan ayrımcılık için 1.91 ± 0.96 , sosyal geri çekilme için 1.98 ± 1.00 , damgalanmaya karşı direnç için 2.81 ± 0.98 sonuçlarına ulaşılmıştır (128). Bu sonuçlarla karşılaştırıldığında bizim çalışmamızın örneklemini oluşturan madde bağımlılarının daha fazla oranda içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları ifade edilebilir.

Bu çalışmada bireylerin damgalama düzeyine göre dağılım özellikleri incelendiğinde ise; %43.8'inin ciddi (46), %41.0'nın orta (43), %9.5'i hafif (10), %5.7'si minimum (6) düzeyde damgalandıkları saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen bu oranlara göre madde bağımlılığı olan hastaların, içselleştirilmiş damgalanma durumunun yüksek düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Bağımlılığın, bireyin kendini toplumdan yabancılaşmış, soyutlanmış hissetmesine ve kendini toplumdan geri çekmesine neden olduğu da düşünülebilir.

Keyes ve arkadaşları alkol hastalarının üzerinde yaptığı çalışmada, bağımlıların %21.25 ciddi, %17.69 orta, %17.17 hafif, %23.51 minimum düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşantısına maruz kalmışlardır (39). Alkolizm, özellikle ciddi damgalanmış bir ruhsal bozukluktur. Fakat kültürel farklılıklar muhtemeldir (38). İçselleştirilmiş damgalanma oranlarının bu çalışmadaki sonuçlardan biraz yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun ise hem örneklemin sadece alkol hastaları üzerinde çalışılmış olması, hemde kültürel farklılıklardan kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Ciddi mental hastalıklara sahip bireylerin 1/3'ü yüksek oranda içselleştirilmiş damgalanma yaşamaktadırlar (129). Ruhsal hastalıklarda çare aramayı engelleyen en önemli etmen ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlardır. Eksik yanlış ve çarpıtılmış bilgilerden ve kalıp yargılardan etkilenen bu tutumlar hastalıkların erken dönemde sağaltımın başlamasını engelleyen en önemli etkendir. Toplumda bulunan damgalanma endişesi, psikiyatriye

başvuruyu geciktirmektedir. Toplumdaki damgalamayı hisseden ve kendisini damgalayan bir kişi, belirtilerin başlangıç döneminde bunları yadsıyabilmekte ve tedavisiz kalmaktadır. Bu durum ilerlemiş hastalık, daha fazla tedavi maliyeti, topluma daha fazla ekonomik yük, daha kötü prognoz, bozulmuş aile ilişkileri kendine yardım için daha fazla alkol ve madde kullanım bozuklukları ile sonuçlanmaktadır.

Aslında psikiyatrik damgalanmanın ülkeden ülkeye değişen sonuçları vardır. Bunlar arasında olumsuz sınıflama, ayrımcılık, tedaviden kaçınma, toplum dışı bırakılma, sosyal rollerin tehdit edilmesi ve belki de şiddet ve öz kıyım bulunmaktadır (130).

Araştırmalar ruhsal bozukluklara sahip olan kişilere yönelik damgalama ve onların negatif sonuçlarını belgelemiştir (131). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin karşılaştığı birçok olumsuz sonuçlar ise; evsizlik, barınacak yerde ayırım, tutarsız yaşam koşulları, iş vermede ayırım, azalan özsaygı, yetersiz ve uygun olmayan tedavi, tedavi görememe, uzaklaşma, soyutlanma, yetkilendirme kaybı olarak sıralanabilir. (131,132).

Link ve ark. tarafından (1997) ruhsal bozukluk ve madde kullanımı olan kişiler üzerinde damgalamanın iyilik durumundaki etkilerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda; damgalamanın iyileşme üzerinde oldukça uzun süreli, güçlü ve olumsuz bir etkiye sahip olduğu ve tedavinin bile damgalanarak yaşamı güçleştirmeye devam ettiği bulunmuştur (133).

Bu sonuçlara göre, hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve olumsuz etkileriyle baş etmeye yönelik danışmanlık hizmetlerinin planlanması önerilebilir. Damgalanmayı azaltma ve tedavisine yönelik insanları teşvik etme madde bağımlılığının tedavisine yönelik entegre uygulamalar olmalıdır.

Bireylerin İçselleştirilmiş Damgalanma ile Sosyal İşlevsellik Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Depresyon hastalarında damgalanma algısı sosyal işlevsellikte bozulma ve tedaviyi yarım bırakmanın yordayıcısı olarak bildirilmiştir (13). Madde bağımlılığı tanısı alan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmayla sosyal işlevsellik arasındaki ilişkiyi araştıran literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu ilişkiyi araştıran çalışmamızda hem madde hem de alkol bağımlılığı olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile sosyal işlevsellikleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür ($p<0.05$). Yani hastaların algılanan içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça toplam sosyal işlevsellikleri azalmaktadır. Sonuçlara göre; araştırmanın III. hipotezi (Madde bağımlılığı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri arasında ilişki vardır) kabul edilmiştir.

Çalışmamızda hastaların özellikle sosyal işlevsellik alt boyutlarından ‘Sosyal Çekilme’, ‘Kişilerarası İletişim’ ve ‘Öncül Sosyal Etkinlikler’ puanları ile ‘İçselleştirilmiş Damgalanma’ ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgu hastaların damgalanma düzeyleri arttıkça bu alanlardaki sosyal işlevsellik düzeylerinin azaldığını göstermektedir. İçselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin ‘Yabancılaşma’ alt boyutunun puanları ile sosyal işlevsellik ölçeği alt boyutlardan ‘Sosyal Çekilme’, ‘Kişilerarası İletişim’ ve ‘Öncül Sosyal Etkinlikler’ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin ‘Kalıp Yargıların Onaylanması’ alt boyutunun puanları ile sosyal işlevsellik ölçeğinin yalnız ‘Kişilerarası İletişim’ alt boyutunun puanları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin algılanan ayrımcılık alt boyutunun puanları ile sosyal işlevsellik toplam puanı, alt boyutlardan sosyal çekilme, kişilerarası iletişim, öncül sosyal etkinlikler ve bağımsızlık/performans puanları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların ayrımcılık algıları arttıkça sosyal işlevsellik toplam ve dört alt işlevsellik düzeyi azalmaktadır.

Hastaların içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin sosyal geri çekilme alt boyutunun puanları ile sosyal işlevsellik toplam puanları, alt boyutlardan sosyal çekilme, kişilerarası iletişim, öncül sosyal etkinlikler ve bağımsızlık/performans puanları arasında orta düzeyde, boş zamanları değerlendirme boyutunun puanları ile zayıf düzeyde olmak üzere negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların sosyal geri çekilme düzeyleri arttıkça sosyal işlevsellik toplam ve beş alt işlevsellik alanında azalma olmaktadır.

Literatürde damgalanmanın, soyutlanma, uzun süreli arkadaşlık ilişkileri kurmada başarısızlık, aile içi geçimsizlik, zamanla artan depresif belirtiler, sosyal yetersizlikler gibi olumsuz sonuçlara yol açtığı bildirilmiştir (131,132). Bu sonuçlar da çalışmamızı destekler niteliktedir. Ruhsal hastalıklara yönelik toplumun olumsuz tutumlarının olduğu bilinmektedir. Toplumun ruhsal sorunları olan bireyleri dışlayıcı, soyutlayıcı tutumları, bu bireylerin de toplumdan uzaklaşmasına neden olmaktadır. Ruhsal hastalığın bireyler üzerinde kendilik değerinde azalma, suçluluk ve utanç duyguları yaşama gibi olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu durum hastaların arkadaşlık ilişkilerini, komşuluk ilişkilerini, iş bulmalarını ya da çalışma yaşamlarını da olumsuz etkilemektedir. Bu durumun ruhsal hastalığı olan bireyleri ümitsizliğe ve iç çatışmalara sürüklediği söylenebilir (121). Bu

durum, bireyi sosyal ortamdan uzaklaştırır, aileden çevreden koparır, yalnızlığa iter, bunalıma sürükler, sorumsuz yapar, bağımlıyı yaşayan bir ölü haline getirir (134). Daha sonra içselleştirilen önyargılar, benlik saygısı ve öz yeterliliğin azalması gibi negatif duygusal reaksiyonlara neden olur. Bu ön yargıların davranışsal alanı da etkilemesiyle kişi işini sürdürme veya bağımsız yaşama koşullarını devam ettirmede başarısızlıklar yaşayabilmektedir (135).

Hastaların içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin damgalanmaya karşı direnç alt boyutunun puanları ile sosyal işlevsellik toplam puanları arasında zayıf düzeyde, alt boyutlardan öncül sosyal etkinlikler ve boş zamanları değerlendirme puanları arasında orta düzeyde olmak üzere pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların damgalanmaya karşı dirençleri arttıkça sosyal işlevsellik toplam ve iki alt boyutundaki işlevsellikleri de artmaktadır.

Avusturalya’da ruhsal hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada, ruhsal hastalığı olan bireyler; etiketlenmenin azaltılması ile kendilerini daha iyi hissedebileceklerini, hastalıklarını daha iyi yönetebileceklerini, çalışma veya iş hayatına geri dönebileceklerini ve sosyal aktivitelere katılabileceklerini ifade etmişlerdir. Ancak günümüzde damgalanma ve ayrımcılık halen çözümlenememiş bir konudur (136).

Literatürde şizofreni, madde bağımlılığı ve kişilik bozuklukları tanılarının, anksiyete bozuklukları ve depresyon tanılarının daha fazla sosyal mesafeye ve damgalanmaya maruz kaldıkları görülmektedir (137).

Lysaker ve ark (2007) 33 şizofreni hastasında içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevsellik ve semptomlarla ilişkisini araştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevsellik ve klinik belirtilerle ilişkili olduğunu, pozitif belirtilerin bazı şizofrenili hastaları damgalanmaya yatkın hale getirdiğini bildirmişlerdir (138).

Bu çalışmanın en önemli sonucu sosyal işlevselliğe içselleştirilmiş damgalanmanın yapmış olduğu doğrudan etkiyi göstermiş oluşudur. Çünkü içselleştirilmiş damgalanma her ne kadar yeni bir kavramsa da toplumun ruhsal hastalığı olan kişilere uyguladığı ayrımcılıkla güçlenen bir sorundur (139).

Bireylerin sosyal işlevselliklerini düzeltmek tedavi yaklaşımlarının ortak bir amacıdır. Fakat hastalığa karşı sadece tedavi edici yaklaşım işlevselliklerini düzeltmek için yeterli değildir. Bir yandan toplumdaki ruhsal hastalıklı bireylere yönelik damgalanmaya karşı savaş verilirken diğer yandan onların öznel damgalanma yaşantılarının sorgulanması ve bir tedavi hedefi haline gelmesi işlevselliklerini düzeltmek için gereklidir.

Bu noktada koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin en az hastalığın tedavisi kadar önemli olduğunun vurgulanması gerekir. Bağımlılara yönelik, hizmet veren ve bu konuda araştırmalar yapan merkezlerin sayılarının artırılması önemlidir. Ruh sağlığı hizmetleri bu birimlerde maddelere bağımlı hale gelmiş kişilerin tedavileri ve rehabilitasyonları amaçlamalı ve gerekli olan biyopsikososyal girişimlerde bulunulmasını içermelidir.

Hastaların Sosyodemografik zelliklerine Göre Sosyal işlevsellik leği ve Alt boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çalışmamızda cinsiyet ile sosyal işlevsellik ve alt boyutları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Cinsiyetle hiçbir sosyal işlevsellik alanı arasında ilişki saptanamamış olması, araştırma örneklemini oluşturan kadın sayısının erkeklere göre çok düşük olmasından kaynaklanabilir.

Genel popülasyon üzerine yapılan çalışmalarda cinsiyet ile sosyal işlevsellik arasında bir bağlantı kurulamamıştır (108). Çalışmamız sonucu elde edilen bulgularla diğer çalışma bulguları benzerlik göstermektedir (140,141). Bu araştırma bulgusunun aksine; bir çalışmada kadınların erkeklere göre sosyal uyumunun daha iyi olduğu, fakat bunun yaşam kalitesinde daha fazla doyuma yol açmadığını belirtmiştir (142).

Bizim alışmamızda öncül sosyal etkinlikler alt boyutundaki, 18-25 yaş grubundaki hastaların puan ortalamalarının 36 yaş ve üzerindekilerden anlamlı olarak daha yüksek ($p<0.05$) olduğu, diğer ikili gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Daha genç yaş grubundaki kişiler 36 ve üzeri yaş grubundakilere göre sinema, tiyatroya gitme, gezi, partiye katılma gibi öncül sosyal etkinliklere daha fazla katıldıkları söylenebilir.

Acar (2006) yapmış olduğu çalışmasında, araştırmaya katılanların eğitim seviyesi ne kadar düşerse uyuşturucu madde kullanma oranı da o ölçüde artmaktadır. Eğitim ile uyuşturucu madde kullanımı arasında negatif bir ilişki vardır. Toplam katılımcıların %82.1'i lise öğrenimin altında eğitim düzeyine sahiptir. Üniversite ğrenimi grdğn söyleyenlerin oranı sadece %2.6'dır. Buradan eğitimin uyuşturucu madde bağımlılığını engellemede ne kadar etkili bir unsur olduğunu çıkarabiliriz (77).

Bu çalışmada eğitim seviyesi yüksek olanların düşük olanlara madde alkol hastalarının daha iyi sosyal işlevsellik düzeyinde olduğu, kişiler arası ilişkilerde daha uyumlu oldukları, daha fazla öncül sosyal etkinliklerde buldukları ve meslek/iş faaliyetlerinde daha iyi olduklarını tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Gelir durumu iyi olan olgularda, genel sosyal işlevsellik düzeyi ve işlevselliğin alt boyutları olan kişiler arası ilişkiler, boş zamanları değerlendirme ve iş/meslek puanlarının anlamlı biçimde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Dolayısıyla genel olarak eğitilmiş olmak gelir seviyesinin artmasına katkıda bulunmakla birlikte sosyal işlevselliği artırmada temel faktörlerden biri olduğu söylenebilir. Eğitim düzeyi düşükçe uyuşturucu madde kullanma ve bağımlılık oranı yükselmektedir. Eğitimsizliğin getirdiği ekonomik sıkıntı ya da fakirlik de insanları bu tür yollara sevk etmektedir denilebilir (77).

Annesinin eğitim düzeyi düşük olanlar (okur-yazar değil) diğerlerine göre sosyal işlevsellik düzeyleri daha olumsuz düzeyde etkilenmiştir ($p<0.05$). Bu bulguysa anne eğitiminin sosyal işlevsellikteki önemini ortaya koymaktadır.

Uyuşturucu ile mücadelede en büyük görev aileye düşmektedir. Çocukların her gün karşı karşıya kaldıkları anne ve babanın tutum, davranış ve ilişki biçimlerinin; onların eğitiminde çok önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Aile ilişkileri, çocuklar için, davranış biçimleri ve insan ilişkilerinin öğrenildiği bir sahne oluşturmaktadır. Madde kullanım konusunda da, benzer mekanizma işlenmekte olup; çocuklar, anne babanın maddeler konusundaki tutum ve davranışlarını gözlemlemekte ve benzer şeyleri uygulamaktadır (77). Bu nedenle ailelerin bilgi düzeyinin artırılmasının önleme ve erken tanıda önemli bir yeri vardır.

Çalışmada birinci derece akrabalarında madde kullanan bireylerin olma durumuna göre hastaların sosyal işlevsellik düzeyi, alt boyutlardan öncül sosyal etkinlikler ve boş zamanları değerlendirme puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), madde kullanan birinci derece akrabası olan hastaların puan ortalamalarının olmayanlarınkinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla bu gruptaki hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin olumsuz düzeyde etkilendiğini söyleyebiliriz.

Madde-alkol bağımlılığının ailedeki çocuklara etkisi önemli konulardan biridir (110). Birinci derece akrabalarında madde kullanan birisinin olması ailedeki diğer üyelerin hem madde kullanmaya başlamasında kolaylaştırıcı bir rol oynadığı, hem de madde bağımlılığının yol açtığı sosyal işlevsellik gibi sorunların artmasına neden olduğu söylenebilir.

Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastaların yaş gruplarına göre içselleştirilmiş damgalanma düzeylerine göre ise, 36 yaş ve üzerindeki 18-25 yaş grubundaki hastalara göre içselleştirilmiş damgalanma yaşantılarından daha yüksek oranda algılanan ayrımcılık yaşamışlardır. İleri yaş dönemi, kişilerin toplum tarafından daha çok yadırganabileceği ve başkalarının görüşlerinin kişi için daha çok önemli olduğu, bu nedenle kişinin sosyal değer yargılarına daha çok önem verdiği bir dönemdir. Toplumdan gelen yaşa bağlı bu olumsuz eleştirilerin, hastaların içselleştirilmiş damgalanmalarını etkilediği ve artırdığı düşünülebilir.

Çalışmada hastaların eğitim durumuna göre içselleştirilmiş damgalanma yaşantısının ve alt boyutlardan “Kalıp Yargıların Onaylanması” ($p<0.05$), “Algılanan Ayrımcılık” ($p<0.001$), ve “Sosyal Geri Çekilme” ($p<0.01$) puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu lise ve üniversite mezunu olan hastaların puan ortalamalarının okuryazar ve ilköğretim mezunu olanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgu, eğitim düzeyi düşük olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanmayı daha fazla oranda yaşadıklarını göstermektedir.

Başka bir çalışmada, alkol ve madde bağımlılarının eğitim düzeyi arttıkça damgalanma oranlarının benzer bir şekilde azaldığı görülmüştür. Ayrıca hastalar yine eğitim düzeyi arttıkça alkol ve madde bağımlılığını anlamlı ölçüde daha az ahlak sorunu olarak görmüşlerdir. Aynı şekilde hastaların eğitim düzeyi yüksek olduğunda madde bağımlılığını da kişilik sorunu olarak etiketlemelerinin azaldığı görülmüştür (20).

Coşkun'un Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (BRSHH)'ne başvuran hastalar ile özel bir psikiyatri ünitesine başvuran hastaların, içselleştirilmiş damgalanmalarını karşılaştırmak üzere yaptığı çalışmada, içselleştirilmiş damgalanmanın eğitim düzeyi arttıkça azaldığı görülmüştür (39,121,143). Eğitim düzeyindeki artışın, madde bağımlılığı konusunda bilgi sahibi olmada, daha önce edinmiş olabileceği kalıp yargılarını değiştirmede ve sağaltım için bir uzmana başvurmada artış sağlayabileceği ve bu durumun da içselleştirilmiş etiketlenmeyi azaltabileceği düşünülebilir.

Hastaların gelir durumuna göre içselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam puan ve alt boyutlardan ‘Kalıp Yargıların Onaylanması’ ($p<0.05$) ve ‘Algılanan Ayrımcılık’ ($p<0.01$) alt boyut madde puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gelir durumu iyi olanlar kendilerini bu alanlarda daha az damgalanmış olarak algılamaktadırlar.

Sarıkoç'un yaptığı çalışmada ruhsal sorunları nedeniyle ayaktan izlenen hastaların gelir düzeylerinin içselleştirilmiş damgalanmayla ilişkin bulgusu çalışmamız bulgusu ile paralellik göstermektedir (121).

Ersoy (2007) çalışmasında içselleştirilmiş damgalanmanın sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisinde, düşük veya orta düzeyde gelire sahip deneklerin yüksek gelir düzeyine sahip deneklerden anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar elde ettikleri sonucuna ulaşmıştır. Bu bulgulara göre, düşük gelire sahip kişiler içselleştirilmiş damgalanmaya daha açık gözükümlüdürler (39,121,37). Sosyo-ekonomik düzeyin damgalama tutumları üzerindeki etkileri açısından, üst sosyo-ekonomik düzeyden kişilerin ruhsal hastalıklarla ilgili olarak daha çok bilgi sahibi oldukları ve ruhsal hastalığı olan kişilere daha toleranslı baktıkları sonucuna varabiliriz. Bu durumda, gelir ve eğitim düzeyi daha yüksek olan kişilerin başka kişilerdeki ruh hastalıklarına karşı sergiledikleri bu toleranslı yaklaşımı kendilerine karşı da sergileyecekleri, dolayısıyla içselleştirilmiş damgalanmaya karşı daha dirençli olacakları düşünülebilir (37).

Çalışmamızda birinci derece akrabalarında madde kullanan bireylerin olma durumuna göre hastaların 'İçselleştirilmiş Damgalanma' toplam madde puanı, 'Yabancılaşma', 'Kalıp Yargıların Onaylanması', 'Algılanan Ayrımcılık' ve 'Sosyal Geri Çekilme' olmak üzere dört alt boyutun madde puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), 'Damgalanmaya Karşı Direnç' alt boyutunun puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Madde bağımlılığı açısından ailede de benzer birilerinin olması toplumun damgalanmaya yönelik olumsuz tutumlarına yönelik direncin daha fazla olmasına katkıda bulunmuştur.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Madde bağımlılığı tanısı alan hastaların içselleştirilmiş damgalanmaları ve sosyal işlevsellikleri ve bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Hastaların %37.1'inin 18-25 yaş arasında, %34.3'ünün 26-35 yaş arasında olduğu, %65.7'sinin okur-yazar ve ilköğretim düzeyi gibi alt eğitim seviyesine sahip oldukları görülmüştür.

2. Psikiyatri servisinde izlenen hastaların İRHDÖ toplam madde puan ortalaması 2.92 ± 0.48 , alt ölçeklerden; “Yabancılaşma” için 3.08 ± 0.74 , Kalıp Yargılarının Onaylanması” için 2.68 ± 0.51 , “Algılanan Ayrımcılık” için 2.71 ± 0.69 , “Sosyal Geri Çekilme” için 3.01 ± 0.69 , “Damga Karşı Direnç” için 3.14 ± 0.52 olarak bulunmuştur. Bireylerin damgalanma düzeyine göre dağılım oranları incelendiğinde ise; %43.8'inin ciddi (46), %41.0'inin orta (43), %9.5'i hafif (10), %5.7'si minimum (6) düzeyde damgalandıkları saptanmıştır.

3. Bireylerin SİÖ toplam puan ortalaması 103.25 ± 25.09 , alt boyut puan ortalamaları; “Sosyal Çekilme” için 9.31 ± 2.21 , “Kişiler Arası İşlevsellik” için 4.68 ± 1.63 , “Öncül Sosyal Etkinlikler” için 13.68 ± 10.40 , “Boş Zaman Değerlendirme” için 13.16 ± 8.46 , “Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik” için 32.80 ± 5.53 , “Bağımsızlık Düzeyi –Performans” için 21.4 ± 7.27 , “İş/Meslek” için 8.2 ± 2.57 olarak bulunmuştur.

4. İçselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmamızda hem madde hem de alkol bağımlılığı olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile sosyal işlevsellikleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür ($p < 0.05$). Yani hastaların algılanan içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça toplam sosyal işlevsellikleri azalmaktadır.

5. Cinsiyet ile sosyal işlevsellik ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).

6. 18-25 yaş grubundaki hastaların “Öncül Sosyal Etkinlikler” alt ölçeği puan ortalamaları, 36 yaş ve üzerindeki hastaların puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p < 0.05$), diğer ikili gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

7. Hastaların eğitim durumlarına göre, “Sosyal İşlevsellik” toplam puanı ve alt boyutlarından “Kişilerarası İletişim”, “Öncül Sosyal Etkinlikler”, “Boş Zamanları Değerlendirme”, “İş/Meslek” puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu çalışmada eğitim seviyesi yüksek olan madde alkol hastalarının daha iyi sosyal işlevsellik düzeyinde olduğu, kişiler arası ilişkilerde daha uyumlu oldukları, daha fazla öncül sosyal etkinliklerde buldukları ve meslek/iş faaliyetlerinde daha iyi olduklarını tespit edilmiştir.

8. Gelir durumu iyi olan olgularda, genel “Sosyal İşlevsellik Düzeyi” ve işlevselliğin alt boyutları olan “Kişiler Arası İlişkiler”, “Boş Zamanları Değerlendirme” ve “İş/Meslek” puanlarının anlamlı biçimde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

9. Anne eğitim durumuna göre, annesinin okur-yazar olmayan hastaların “Sosyal İşlevsellik” ölçeği toplam puanı ve alt boyutlardan “Boş Zamanları Değerlendirme” puan ortalamalarının annesi daha üst eğitim seviyesine sahip olanlarınkinden anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

10. Çalışmada birinci derece akrabalarında madde kullanan bireylerin olma durumuna göre hastaların sosyal işlevsellik düzeyi, alt boyutlardan “Öncül Sosyal Etkinlikler” ve “Boş Zamanları Değerlendirme” puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), madde kullanan birinci derece akrabası olan hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

11. Hastaların yaş gruplarına göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ise, 36 yaş ve üzerindeki 18-25 yaş grubundaki hastalara göre içselleştirilmiş damgalanma yaşantılarından daha yüksek oranda “Algılanan Ayrımcılık” yaşamışlardır.

12. Hastaların eğitim durumuna göre içselleştirilmiş damgalanma yaşantısının ve alt boyutlardan “Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Algılanan Ayrımcılık” ve “Sosyal Geri Çekilme” puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, lise ve üniversite mezunu olan hastaların puan ortalamalarının okuryazar ve ilköğretim mezunu olanlarınkinden içselleştirilmiş damgalanmayı daha fazla oranda yaşadıkları saptanmıştır.

13. Hastaların gelir durumuna göre içselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam puan ve alt boyutlardan “Kalıp Yargıların Onaylanması” ($p<0.05$) ve “Algılanan Ayrımcılık” ($p<0.01$) alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gelir durumu iyi olanlar kendilerini bu alanlarda daha az damgalanmış olarak algılamaktadırlar.

14. Hastaların anne ve babanın eğitim durumuna göre içselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ve beş alt boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

15. Çalışmamızda birinci derece akrabalarında madde kullanan bireylerin olma durumuna göre hastaların “İçselleştirilmiş Damgalanma” toplam puan, “Yabancılaşma”, “Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Algılanan Ayrımcılık” ve “Sosyal Geri Çekilme” olmak üzere dört alt boyutun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyutunun puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Madde bağımlılarında içselleştirilmiş damgalanmanın belirlenmesi ve buna yönelik girişimlerin tedavi planının bir parçası olması,
2. Toplumun madde bağımlısı olan hasta ve hastanın ailesine karşı tutumunun iyileştirilmesi ve önyargı, stigma ve ayrımcılığı ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerin başlatılması,
3. İçselleştirilmiş damgalanma, ruhsal hastalık etiketi almış hastaların sosyal işlevselliğini etkilemektedir. Bu nedenle ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalanmaya ilişkin öznel algıları araştırılmalı ve dışlamayı durdurmalı ve ihtiyacı olanları bakım almaya cesaretlendirilmeli,
4. Madde bağımlılarının tedavisinde, klinik belirtiler yanında hastaların sosyal işlevselliklerini arttırmaya odaklanılması,
5. Özellikle daha genç yaş grubundaki, daha düşük gelir ve eğitim düzeyindeki ve birinci derece akrabalarında madde-alkol bağımlılığı olan hastaların içselleştirilmiş etiketlenme ve sosyal işlevselliklerinin belirlenmesi ve özellikle bu bireylere damgalanmayla baş etmeye ve sosyal işlevselliğini arttırmaya yönelik danışmanlık hizmetlerinin yapılması,
6. Ruhsal hastalıklar konusunda yanlış bilgi, görüş ve tutumların değiştirilmesinin bir ruh sağlığı politikası olması,
7. Madde bağımlılığı olan bireyler haksız uygulamalarla karşılaştıklarında savunuculuğu üstlenilmesi, hastaların kendilerini ifade etmelerine olanak sağlanması,
8. Madde bağımlılığı olan bireylerin taburculuk sonrası günlük yaşantılarında karşılaştıkları sorunları etkin bir şekilde çözümlenmeleri ve işlevselliklerini geliştirebilmeleri için klinikte tedavi gören hasta ve hasta bakımında rol alan aile üyelerine hemşireler tarafından planlı eğitimler yapılması, taburculuk sonrası bu hastaların aralıklı izlemlerinin yapılması,

9. Toplumdaki her bireyin ruhsal hastalıklara karşı daha anlayışlı bir tutum ve davranış geliştirmesini amaçlamakla beraber bunu gerçekleştirmek için özel programların oluşturulması, programın amaçları arasında gerek yazılı, gerek görsel ve sesli medyada madde bağımlılığıyla ilgili doğru bilgilerin yer alması, önyargıların vurgulanması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
2. Güleç C, Koroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: 1997: p.299-321.
3. Akın M. Lise Öğrencilerinin Madde Kullanımının Zararlarına İlişkin Eğitim Gereksinimleri. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı. Antalya: 1997: p.281-288.
4. Altınöz F, Erkoç Ş, Özmen E. Alkol Fabrikasında Çalışanlarda Alkol Kullanım ve Bağımlılığı. 26. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı. İzmir: 1990: p.261-265.
5. Ögel K, Tamar D. Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12:47-52.
6. Uluhan F. Isparta İl Merkezinde Alkol Ve Psikoaktif Madde Kullanımının 12 Aylık Dağılımı Ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. 2006, Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta.
7. Declaration on Young People and Alcohol. World Health Organization. Available from: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20030204_1. 2001.
8. Akşit BT. Türkiye'de Madde İstismarı ve Godot Beklentisi. 3P Dergisi. 1997; 5(2):46-50.
9. Doğan YB. Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı. Dilbaz N (Editör). Bağımlılık Kavramı ve Model Anlayış, Ankara: 1997: p.1-8.
10. İçli T. Kriminoloji, 3. Baskı. Ankara: Semih Ofset Matbaası, 1999.
11. Addington J, Addington D. Neurocognitive and Social functioning in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1999; 25(1):173-182.
12. Güdük M. Şizofreni Hastalarında Zihin Kuramı Becerilerinin Başa Çıkma Tutumları Ve Sosyal İşlevsellik İle İlişkisi. 2010, Tıpta Uzmanlık Tezi, 100 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Ömer SAATÇIOĞLU).
13. Pyne JM, Kuc EJ, Schroeder PJ, Fortney JC ve ark. Relationship between perceived stigma and depression severity. Journal of Nervous and Mental Disease. 2004; 192:278-283.
14. Üçok A. Şizofreni hastası neden damgalanır. Klinik Psikiyatri. 2003; (1):3-8.
15. Taşkın EO. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. Taşkın EO (Editör). 1. Baskı, Meta Basım Matbaacılık, İzmir, 2007: p.4-7, 17-40, 73-114.

16. Becker T, Thornicroft G, Leese M ve ark. Social networks and service use among representative cases of psychosis in South London. *Br J Psychiatry*. 1997; 171:15-9.
17. Arkar H. Akıl Hastalarının Sosyal Reddedimi. *Düşünen Adam*. 1991; 4:6-9.
18. Arkar H. Akıl Hastaları İle İlgili Tutumlar. *Deneyim ve Psikopatoloji Tipinin Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi*. 1992; 3:243-48.
19. Eker D, Arkar H. Attitudes towards mental illness: a review. *Living with differences*. N Karancı (Ed)., Turkish Publication of Turkish Psychological Association. Ankara, 1997:67-85.
20. Arıkan Z, Genç Y, Etik Ç, Aslan S, Parlak İ. Alkol ve Diğer Madde Bağımlılıklarında Hastalar Ve Yakınlarında Etiketleme. *Bağımlılık Dergisi*. 2004; 5:52-56.
21. Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbell J. Perceptions of discrimination among persons with serious Mental Illness. *Psychiatric Services*. 2003; 54(8):1105-1110.
22. Gray AJ. Stigma in Psychiatry. *Journal of The Royal Society Medicine*. 2002; 95(2):72-76.
23. Chee CY, Ng TP, Kua EH. Comparing the stigma of mental illness in a general hospital with a state mental hospital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005; 40(8):648-53.
24. Vardar E. Alkol ve Madde Bağımlılığında Damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. Edirne: 2009; 10(2):62-63.
25. Çam O, Bilge A. Ruh Hastalığına Yönelik İnanç Ve Tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007; 8:215-223
26. World health report: mental health: new understanding, new hope. <http://www.who.int/whr/2001/en>.2001
27. Karancı A, Kökdemir D. Mentally ill: description, burden and coping with problems. *Crisis*, 1995;3:237-40.
28. Bahar A. Şizofreni ve Damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007;2(4):102-110.
29. Fink PJ, Tasman A. *Stigma And Mental Illness*. American Psychiatric Press Washington: 1992.
30. Taşkın EO. Damgalanma Süreci ve Şizofreniye Yönelik Damgalanma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009; 10(2):58-59.
31. Williamson IR. Internalized Homophobia and Health Issues Affecting Lesbians and Gay Men. *Health Education Research*. 2000; 15(1):97-107.

32. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009; 10(2):84-85.
33. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Oğuz Ş, Ögel K, Tamar D. Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları. Türk Psikiyatri Dergisi. 2003; 14(3):203-212.
34. Özmen E, Özmen D, Taşkın EO, Demet MM. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Depresyona Yönelik Tutumları. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003;4:87- 97.
35. Özmen E, Ögel K, Boratav C, Sağduyu A, Aker T, Tamar D. Depresyon İle İlgili Bilgi ve Tutumlar: İstanbul Örneği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2003; 14:89-100.
36. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(2):163-171.
37. Özten E, Cerit C, Yıldız M. Psikitik Bozukluk Görülen Hastalarda Hasta Olma ve Tedavi Görme ile İlgili Görüş Anketi Uygulanarak Kendini Damgalama Düzeylerinin Saptanması. XIII. Sosyal Psikiyatri Kongresi Kongre Tam Metin Kitabı. 2006: p.410-413.
38. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG and Angermeyer MC. The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies, Alcohol and Alcoholism. 2011;46(2): p.105–112.
39. Keyes KM, Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Link B, Olfson M, Grant BF, Hasin D. Stigma and Treatment for Alcohol Disorders in the United States. Am J Epidemiol 2010; 172:1364-1372.
40. Coşkun F. Gaziantep Üniversitesi Merkez Kampüsündeki Lisans Öğrencilerinde Alkol Ve Madde Kullanma Durumu. 2008, Gaziantep Üniversitesi, Tıp fakültesi, Uzmanlık Tezi, 188 sayfa, Gaziantep, (Prof. Dr. Birgül ÖZÇIRPICI).
41. T.C. Başbakanlık Gümrük Müsteşarlığı Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü Kaçakçılıkla Mücadele Daire Başkanlığı, Uyuşturucu Ve Kimyasal Maddeler, Ankara, 2003.
42. Uluğ B. Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. Güleç C, Köroğlu E (Editörler). Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997; 1:299-320.
43. Çalı H. Uyuşturucunun Uluslararası Boyutu ve Türkiye. Polis Okulu Müdürlüğü-Aksaray, 2000.
44. BOOTH M. Haşhaştan eroine uyuşturucunun 6000 yıllık öyküsü. Arıkan Ö, Sabah Yayınları, İstanbul, 1997.

45. Sayıl I. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Öncü Basımevi. Ankara. 2000.
46. Köknel Ö. Bağımlılık- alkol ve madde bağımlılığı. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 1998: p.17-18.
47. Bektaş H. Uyuşturucu Batağı. İstanbul: Milliyet Yayınları, 1991:p.16.
48. İlkay E. Cerrahpaşa Psikiyatri. İstanbul: Basın ve Yayınevi Müdürlüğü, 2002.
49. Uzun O. http://www.psikolojikdanisma.net/madde_kullanım_bozukluklari.htm. Erişim Tarihi: 13.09.2011.
50. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: 2000.
51. Saraçlı Ö. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol Ve Madde Kullanımı İle İlişkili Bireysel Ve Psikososyal Faktörler. 2007, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 136 sayfa, Zonguldak, (Yrd. Doç. Dr. Levent Atik).
52. Management of Substance Dependence, World Health Organization, (Erişim: 24.04.2011).
53. Altıntaş H, Temel F, Benli E, Çınar G, Gelirer Ö, Gün FA, Kernak A, Kundakçı N. Tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin madde bağımlılığı ile ilgili bilgi, görüş ve tutumları. Bağımlılık Dergisi. 2004; 5(3).
54. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığını araştıran çok merkezli bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12: 47-52.
55. Kayır H, İpekdal İ, Evrensel A, Uzbay T. GATA Askeri tıp fakültesinde gerçekleştirilen madde bağımlılığı konulu paneli dinlemeye gelenlerde bağımlılık yapıcı madde kullanımının anket yöntemi ile sorgulanması. Bağımlılık Dergisi. 2000; 2: 72-80.
56. Çorapçıoğlu A, Ögel K. Factors associated with ecstasy use in Turkish students. Addiction 2004; 99: 67-76.
57. Akvardar Y, Demiral Y, Ergör G, Ergör A. Substance use in a sample of Turkish medical students. Drug Alcohol Depend. 2003; 72: 117-121.
58. <http://www.yesilay.org.tr>. Erişim Tarihi. 15.05.2011.
59. <http://www.alopsikolog.net/pdf/p27.pdf>. Erişim Tarihi. 15.05.2011.
60. Altındağ A, Yanık M, Yengil E, Karazeybek AH. Şanlıurfa'da üniversite öğrencilerinde madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi. 2005; 6(2):60-64.

61. Taner S. Boğaziçi Üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. 2005, Boğaziçi Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul; p.55-65
62. Bağımlılık Yapıcı Maddeler Ve Bağımlılık İle Mücadele 2009 Yılı Ulusal Raporu EMCDDA 2010 YILLIK RAPORU, Ankara; 2010.
63. Kaplan HI, Sadock BJ. Abay E (Editör). Klinik Psikiyatri, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, 2004.
64. Ögel K, Tamar D, Çakmak D. Türkiye'de madde bağımlılığı. AMATEM'in 1997 Yılı Çalışmalarının Derleme Raporu. 1997; 8-43.
65. Çelik VM. Madde bağımlılığı ile mücadelede ortaöğretim öğretmenlerinin yeri ve önemi (Elazığ İli Örneği). 2006, Fırat Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ.
66. Emniyet Genel Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı 2005 Raporu.
67. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, DSM-IV, 4. Baskı, Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995: 219-251.
68. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 5. Baskı, Ankara, 1994: 393-420.
69. Le AD, Li Z, Funk D, Shram M, Li TK, Shaham Y. () Increased vulnerability to nicotine self-administration and relapse in alcohol-naive offspring of rats selectively bred for high alcohol intake. J Neurosci. 2006; 26(6):1872-9.
70. Andreasen N, Black D. Introductory Textbook of Psychiatry. Washington, 1991: 356-367.
71. Rankin J, Ashley M. Alcohol Related Health Problems. P Health Prev Med.1992; 43:623-644.
72. Uzbay T. Madde bağımlılığı ve dopaminerjik sistem. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri. 2005; 1(47): 65-72.
73. Mutlu E. (2007). <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/ucucumaddeler.doc>. Madde Bağımlılığı (Uçucu Maddeler). Erişim Tarihi 15.05.2011.
74. Kasatura İ. Gençlik ve bağımlılık. 1. Baskı. Evrim Yayınevi ve Bilgisayar San. Tic. LTD. Ş.T.İ. İstanbul, 1998.
75. Alpay N, Karamustafalıoğlu N, Kükürt R, Karaman HE. Madde kullanan hastaların gençlik dönemlerindeki hal ve gidiş bozuklukları. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 1998; 11(1):5-8.
76. Karataş C. Ergenlerde Saldırganlığın Madde Bağımlılığı ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi. 2009, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 124 sayfa, Ankara, (Yrd. Doç. Dr. Leyla Ercan).

77. Acar M. Türkiye’de Madde Bağımlılığı ve Gençlik. 2006, Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale.
78. Saygılı S. (2004). Uyuşturucu madde bağımlılığı <http://www.saglikbilgisi.com/makale/Uyu%C5%9Fturucu%20madde%20ba%C4%9F%C4%B1ml%C4%B1l%C4%B1l%C4%9F%C4%B1>. Erişim Tarihi:10.05.2011.
79. Çavuşoğlu F. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler Ve Aileden Aldıkları Sosyal Desteğin Etkisi. 2009, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 92 sayfa, Samsun, (Prof. Dr. Zuhal BAHAR).
80. Koçanlı M. Uyuşturucu Madde Bağımlılığında Ailenin Etkisi Ve Bağımlı Sayısının Azaltılmasında Jandarmanın Etkinliği. İstanbul da Bir Uygulama. 2005, Kara Harp okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
81. Öztürk O. Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları. 2. Baskı, Meteksan Limited Şirketi Baskı Tesisleri, Ankara, 1983.
82. Özden S. Uyuşturucu madde bağımlılığı (Teşhis-Tedavi-Tedbir). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1992.
83. Ögel K. Bağımlılığı önleme anne- babalar öğretmenler için kılavuz. 2. baskı, İstanbul: Hünkar Matbaası, 2002.
84. Babaoğlu AN. Uyuşturucu ve tarihi bağımlılık yapan maddeler. 1. Baskı, İstanbul: Yaylacık Matbaası, 1997.
85. Zor C. Ortaöğretim Öğrenci Ailelerinin Uyuşturucu Madde Kullanımının Zararları İle Korunma Yolları Hakkındaki Görüşleri (Ankara İli Örneği). 2005, Pamukkale üniversitesi, sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 129 sayfa, Ankara, (Yrd. Doç. Dr. Muammer KUNT).
86. Şahin M. Madde Bağımlılığı Konusunda Türkiye’ de Yapılmış Olan Lisansüstü Tezler Üzerine Bir Değerlendirme. 2007, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tezsiz Yüksek Lisans, 100 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Ayşegül YARPUZ).
87. Uluğ B. Alkol kullanımı ile ilişkili bozukluklar. Köroğlu E, Güleç C (editörler). Psikiyatri Temel Kitabı, 2. baskı. Ankara : HYB Basım Yayın, 2007: p.161-172.
88. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000’den çeviren Köroğlu E, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001.

89. Coşkunol H. Alkol Ve Trafik. Genişletilmiş 2. Baskı. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi,. 2010: 101-137.
90. World Health Organization: Alcohol in developing societies: a public health approach. Summary. Geneva, Switzerland, 2002.
91. World Health Organization: Global status report on alcohol. Geneva, Switzerland, 2004.
92. Sher L. Alcohol And Suicide. Neurobiological And Clinical Aspects. Sci World J, 2006; 6:700-6.
93. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 2. Baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 2001: p.496-576.
94. Gökçen G. Alkol Bağımlıları Ve Sosyal İçicilerin Ego Durumları, Çocukluk Kararları Ve Psikolojik Uyum Açısından İncelenmesi. 2009, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
95. Arıkan Z, Coşar B, Işık A., Candansayar, S. ve Işık, E. Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevelansı. Kriz Dergisi. 1996; 4(2), 93-100.
96. Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., & Narusk, A. The 1995 ESPAD report: Alcohol and other drug use among students in 26 European countries. Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and other drugs. 1997.
97. Tekin M. Üniversite Öğrencilerinde Bilişsel Model Çerçevesinde Sosyal Anksiyete Bozukluğu Ve Alkol Kötüye Kullanımı İlişkisi. 2008, Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 80 sayfa, Muğla, (Doç. Dr. Tevfik ALICI).
98. Ekuklu G, Deveci S, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltik A. Alcoholism prevalence and some related factors in Edirne Turkey. Yonsei. Medical Journal. 2004; 45(2):207-214.
99. Kalyoncu ÖA. Plastik Düşler. İstanbul: Kapital, 2010.
100. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locks BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse- Results from ECA Study, JAMA, 1990; 21(264):19.
101. Robins LN, Regier DA, Locke BZ, An Overview of Psychiatric Disorders in America; Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study, Free Press, New York, 1990
102. Açıkyürek K. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Gölbaşı Alkol Servisi'nde, Yatarak Tedaviye İlk Kez Ve Tekrarlayan Kereler Başvuran, Alkol Bağımlısı Erkek Hastaların Bilişsel Modele Göre Karşılaştırılması. 2008, Gazi Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Ankara.

103. Sağkal T, Gürkân A. Psikiyatri Hemşireliği Sürecinin Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisinde Kullanımı. Ege Üniversitesi. 2008; 9(3):148-153.
104. Tosun M. Madde Bağımlılığına Genel Bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 2008; 62:201-220.
105. Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri, 2005; 1(47): 61-64.
106. Güdük M. Şizofreni Hastalarında Zihin Kuramı Becerilerinin Başa Çıkma Tutumları ve Sosyal İşlevsellik İle İlişkisi. 2010, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul,
107. Erol A, Ünal EK, Aydın ET, Mete L. Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2009; 20(4):313-321.
108. Şirin B. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Ruh Sağlığı Bozulmuş Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Sosyal İşlevsellik Durumunun Değerlendirilmesi. 2008, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 138 sayfa, İstanbul.
109. Akpınar Ş. Şizofrenik Hastalara Uygulanan Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programının Yaşam Kalitesi Ve Sosyal İşlevsellik Düzeylerine Etkisi. 2008, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 128 sayfa, Sivas.
110. Sevin Ç. Erbay E. Madde bağımlılarının tedavi sonrası sosyal yaşama uyumları ve sosyal hizmet uygulamaları. Bağımlılık Dergisi. 2008; 9(1).
111. Köknel Ö. Alkol ve madde bağımlılığı altkültürü. Bağımlılık Dergisi. 2001; 2(2):71-
112. <http://www.menacam.com/madde-bagimlilik-t26697.html>. (Erişim Tarihi: 15.05.2011).
113. <http://www.megatr.info/gereksiz-deneme/43169-genclerde-gorulen-bazi-psikiyatrik-durumlar.html> (Erişim Tarihi: 15.05.2011).
114. http://www.ukdpc.org.uk/resources/Getting_serious_about_stigma_overview.pdf. (Erişim Tarihi: 15.05.2011).
115. Corrigan P. The impact of stigma on severe mental illness. Cogn Behav Pract.1998; 5:201-22.
116. The National Council on Alcoholism and Drug Dependence, New Jersey, Reducing Stigma, A few Thoughts Marty Mann on Stigma, Originale article appeared in NCADDAmethyst,1994; 2(3).
117. Alcohol and Drug Dependence is not a Mental Illness or Behavioral Disorder, Policy Position Paper 4, Alcohol and Drug Problems Association of North America, 2000.

118. National Council on Alcoholism and Drug Dependence / Northwest Ohio, Northwest Ohio's Voice On Alcohol and Other Drug Addiction Issues.
119. Öz F. Ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin eğitimi, işlevselliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009; 10(2):10-11.
120. Ergün G. Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakış Açısı. 2005, Akdeniz üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Antalya.
121. Sarıkoç G. Ruhsal Sorunları Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların İçselleştirilmiş Etiketlenmeleri. 2011, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
122. Bulut M, Savaş H.A, Cansel N, Selek S, Kap Ö Yumru M, Vırt O. Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. Bağımlılık Dergisi. 2006; 7(2):65-70.
123. Yumru M,Savaş H, Tutkun H, Herken , Karasu M, Dülger, E. Gaziantep Üniversitesi'nde adli psikiyatrik açıdan incelenmiş olan olguların değerlendirilmesi: yüksek oranda alkol-madde kullanımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005; 6:30-35.
124. Taşkent A. Alkol ve/veya Madde Bağımlıları İle Bağımlılığı Olmayan Bireylerin Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Yaşantılar Ve Bağımlılık şiddetinin Savunma Mekanizmaları Üzerindeki Etkisinin incelenmesi. 2010, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 128, İstanbul, (Doç. Dr. Figen KARADAĞ).
125. Yılmaz M. (2011). Türkiye'de Madde Kullanımı Ve Bağımlılığı. <http://www.caginpulisi.com.tr/28/65-66-67-68.htm>. (Erişim Tarihi19.10.2011).
126. Acar M. (2006). Madde Bağımlılığı.candidates2003.emcdda.europa.eu/.../substance-addiction-turkish.doc (Erişim Tarihi:07.12.2011).
127. Danacı AE, Karaca N., Deveci A. Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Türkiye'de Psikiyatri. 2005;7(3):103-108.
128. Brohan E, Gauci D, Sartoriu N, Thornicroft G, And For the GAMIAN–Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study. Journal of Affective Disorders. 2010. JAD-04728;8.
129. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group-based Treatment or internalized stigma among persons with severe mental illness. Int.J. Group Psychother. 2011;61(4):577-95.

130. Hocking B. Reducing mental illness stigma and discrimination — everybody's business. *MJA*. 2003; 178 (9) Suppl 5: p.47-48.
131. Bostancı N. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar. *Düşünen Adam*. 2005;18(1): 32-38.
132. Corrigan MC, Rüsch N, Corrigan P.W. Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*. 2004;20(8),529-539.
133. Link BG, et al: On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behaviour* 1997;38(1):177-190.
134. <http://www.ortadogugazetesi.net/haber.php?haber=toplumsal-ekonomik-fiziksel-cokusun-nedeni-madde-bagimliliği&id=10031>. (Erişim Tarihi: 15.10.2011).
135. Stuber J, Meyer I, Link B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science and Medicine*. 2008;67(3):351-357.
136. Sane Research Bulletin 4. (January 2007). Stigma and mental illness.. http://www.sane.org/images/stories/information/research/0701_info_rb4.pdf. (Erişim: 07.12.2011).
137. Gaebel W, Baumann, AE. Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the open doors program in Germany. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2003; 48(10):657-662.
138. Lysaker PH, Vohs JL, Tsai J. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research*. 2009;110:165-172.
139. Doğanavşargil Ö.Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi. 2009, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 66 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Reyhan UÇKU).
140. Saraswat N, Rao K, Subbakrishna DK, Gangadhar BN. The Social Occupational Functioning Scale (SOFS): a brief measure of functional status in persons with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2006;81:301-309.
141. Vandiver VL. Quality of life, gender and schizophrenia: a cross-national survey in Canada, Cuba and USA. *Community Mental Health Journal*. 1998;34:501-522.
142. Röder-Wanner UU, Oliver JPJ, Priebe S. Does quality of life differ in schizophrenic women and men? an empirical study. *International Journal of Social Psychiatry*. 1997;43:129- 143.

143. Coşkun S, Caymaz GN. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Özel Bir Psikiyatri Ünitesine Başvuran Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyi Yönünden Karşılaştırılması. 3. Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı. Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Akçakoca, 2009.

8. EKLER

EK-I

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1- Yaş:

2- Cinsiyet

- a) Erkek b) Kadın

3- Eğitim Durumu

- a) Okuryazar
b) İlköğretim
c) Lise
d) Üniversite

4- Sağlık güvenceniz?

- a)Yok
b) SSK/Emekli sandığı
c) Yeşil kart
d) Diğer belirtiniz....

5- Anne-baba hayatta mı?

- a) Evet b) Hayır

6- Birlikte mi yaşıyorlar?

- a) Evet b) Hayır

7- Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a)Kötü b)Orta c)İyi

8- Medeni Durumunuz:

- a)Bekar
b)Evli
c)Boşanmış/Ayrı Yaşıyorlar

9- Kimlerle aynı evde yaşıyorsunuz?

- a) Yalnız
b) Anne ve baba
c) Eş ve çocuklar ve büyük ebeveynler

d) Arkadaş vs.

10- Mesleğiniz nedir?

a) Öğrenci

b) Memur

c) İşçi

d) Ev hanımı

e) Emekli

f) Serbest

11- Alkol, esrar, ekstazi, eroin, kokain, uçucu madde ya da herhangi başka uyuşturucu/uyarıcı maddelerden;

Hangi maddeyi.....kullandınız?

Ne kadar süre,.....kullandınız?

İlk ne zaman..... başladınız?

12-Birinci derece akrabalarda madde kullanan var mı?

a) Var b) Yok

13- Annenizin eğitim düzeyi nedir?

a)Okur-yazar değil

b) Okur-yazar

c) İlkokul

d) Ortaokul

e) Lise

f) Yüksek

14- Babanızın eğitim düzeyi nedir?

a)Okur-yazar değil

b) Okur-yazar

c) İlkokul

d) Ortaokul

e) Lise

f) Yüksek

15- Göç Durumu:

a)İç göç b) Dış göç c) Yok

16- Yaşadığımız yer?

a) İl b) İlçe c) Köy/Kasaba

EK-II

İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (İRHDÖ)

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

“Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1) rakamını ;

“Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını ;

“Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını ;

“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını daire içine alarak

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

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

14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez. 1 2 3 4
15. Sırf ruhsal hastalığımın dolaylı insanlara bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar. 1 2 3 4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim. 1 2 3 4
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti. 1 2 3 4
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler. 1 2 3 4
19. Ruhsal hastalığımın dolaylı benimle ilgili çoğu karar başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım. 1 2 3 4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum. 1 2 3 4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir. 1 2 3 4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar. 1 2 3 4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz. 1 2 3 4

24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı. 1 2 3 4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez. 1 2 3 4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum. 1 2 3 4
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var. 1 2 3 4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar. 1 2 3 4
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz. 1 2 3 4

EK-III

SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama.....

Hafta sonu ortalama.....

(eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz?(Örn. odada tek başına, tek başına dolaşarak, radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek vb.)

Tek başına geçirdiğiniz saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az.....

3-6 Zamanın bir kısmı.....

6-9 Zamanın önemli bir kısmı.....

9-12 Zamanın büyük bir kısmı.....

12 Hemen hemen zamanın hepsi.....

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

a)Hemen hemen hiç b)Nadiren c)Bazen d) Sık sık

4. Evden ne sıklıkta çıkıyorsunuz?

a)Hemen hemen hiç b)Nadiren c)Bazen d) Sık sık

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

a)Onlardan kaçınma b)Huzursuz olma c)Onları kabul etme d)Onlardan hoşlanma

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var? (düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.).....

2. Karşı cinsten bir arkadaşınız var mı? (eğer evli değilseniz)

a)Evet b) Hayır

3. Anlamlı veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkta başarıyorsunuz?

a)Hemen hemen hiç b)Nadiren c)Bazen d) Sık sık

4. Şu sıralar insanlarla konuşmak size ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?

a)Çok kolay b)Oldukça kolay c)Orta d)Oldukça zor e)Çok zor

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

Son 3 ay içinde aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığınızı göstermek üzere uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	<i>Hiç</i>	<i>Nadiren</i>	<i>Bazen</i>	<i>Sık sık</i>
Sinema				
Tiyatro/konser				
Kapalı salon sporunu izleme				
Açık alan sporunu izleme				
Sanat galerisi/müze				
Sergi				
ilgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko vb.				
Gece kulübü/sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp/dernek				
Kahve/kafelere gitme				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılmak				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş- nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma / bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örn. koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (el sanatları, resim yapma)				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Yeterli	Yardım gerekir	Yapamaz	Bilinmiyor
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Paranın hesabını yapma				
Kendiniz için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				

Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkama, düzenli olma vb.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendiniz için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Alışveriş yapma (yardımsız)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme vb.				
Düzenli olarak yıkama vs.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren vb. binme				
Para harcama				
Paranın hesabını yapma				
Kendiniz için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

İŞ / MESLEK

Düzenli bir işiniz var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

- a)Evet b)Hayır

1. Eğer Yanıtınız Evetse: Ne tür bir iş?.....

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?.....

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz?.....

2. Eğer Yanıtınız Hayırsa: En son ne zaman bir işte çalıştınız.....

Ne tür bir işti?.....

Haftada kaç saat çalışırdınız?.....

- Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi? a) Evet b) Hayır

- Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz? a) Evet b) Hayır

- Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

a)Kesinlikle evet b)Zorlanırım c)Kesinlikle hayır

- Ne sıklıkta yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz? (örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilanlarına bakma)

a)Hemen hemen hiç b)Nadiren c)Bazen d)Sık sık

ÖZ GEÇMİŞ

25.02.1987 yılında Hatay 'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Hatay' da tamamladı. 2005 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunu kazandı. Öğrenimini bitirdikten sonra 2009 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisansa başladı. 2009-2010 yılları arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde hemşire olarak çalıştı. 2011 yılında Erzurum Atatürk Üniversitesinde ÖYP kapsamında araştırma görevlisi olarak başladı. ÖYP kapsamında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesinde dil eğitimine devam etmektedir.